

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай	
Александрович	F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A
Бунькова Елена	
Борисовна	F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
6 семестр				
1	Стоматологическое просвещение населения.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2	Гигиена полости рта	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3	Организация стоматологической помощи взрослому и детскому населению.	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4	Асептика и антисептика в практике врача-стоматолога	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
5	Диагностика и неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
6	Стратегии повышения устойчивости зубов к кариесу	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

			задач	
7	Показания и применение в детском возрасте современных пломбировочных материалов.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
8	Эндодонтическое лечение временных и постоянных зубов у детей	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
9	Этиология и патогенез кариеса зубов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
10	Анатомия зубов, гистологические изменения при кариесе.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
11	Диагностика и планирование лечения кариеса	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
12	Общие принципы лечения кариеса.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
13	Особенности лечения кариеса 1, 2, 5 класса по Блэку	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение	Пятибалльная шкала оценивания

			Решение ситуационных задач	
14	Особенности лечения кариеса 3,4 класса по Блэку	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
15	Болезни пульпы зуба	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
16	Диагностика пульпита	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
17	Принципы лечения больных с пульпитом. Методы лечения	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
18	Особенности обезболивания при болезнях пульпы зуба	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
19	Система защиты эмали зубов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
20	Введение в пародонтологию Современный взгляд на этиологию заболеваний пародонта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	Пятибалльная шкала оценивания

		ПК-9	реферативное сообщение Решение ситуационных задач	
21	Особенности обследования пациентов с патологией пародонта»	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
22	Гингивит	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
23	Искусственные коронки зубов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
24	Ортопедическое лечение при частичном отсутствии зубов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
25	Болезни прорезывания зубов.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
26	Абсцессы полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
27	Дифференциальная диагностика одонтогенного острого	ОПК-1 ПК-5	Устный ответ, стандартизированный	Пятибалльная шкала оценивания

	периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.	ПК-6 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	
28	Аллергические заболевания слизистой оболочки рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
29	Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта. СПИД	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
30	Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта. Проявление сифилиса в полости рта. Туберкулёз	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
31	Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
32	Травматические поражения слизистой оболочки полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
33	Строение слизистой оболочки полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных	Пятибалльная шкала оценивания

			задач	
34	Обтурация системы корневого канала.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
35	Препарирование системы корневого канала.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
36	Патология твердых тканей зубов.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
37	Принципы врачебной этики и деонтологии. Обследование стоматологического больного	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
38	Диагностика заболеваний периодонта пульпарного происхождения	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
39	Современные аспекты диспансеризации детей у стоматолога.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
40	Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	Пятибалльная шкала оценивания

		ПК-9	реферативное сообщение Решение ситуационных задач	
41	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
42	Изменения слизистой оболочки полости рта при болезнях крови и кроветворных органов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
43	Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
44	Поражение слизистой оболочки полости рта при пузырьных дерматозах.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
45	Хейлиты. Хроническая трещина	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
46	Глосситы. Глоссалгия.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
47	Конструирование искусственных зубных рядов в полных съемных	ОПК-1 ПК-5	Устный ответ, стандартизированный	Пятибалльная шкала оценивания

	зубных протезах.	ПК-6 ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	
48	Реакция тканей протезного ложа при пользовании полными съёмными протезами.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
49	Заболевания слюнных желез	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
50	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
51	Пародонтит и другие заболевания пародонта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
52	Лечение заболеваний пародонта. Поддерживающая терапия	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
53	Хирургические методы лечения заболеваний пародонта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

54	Терапевтические аспекты острой травмы зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
55	Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
56	Профилактика осложнений на этапах эндодонтического лечения.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
57	Болезни периапикальных тканей	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
58	Препарирование и obturation системы корневого канала при «болезнях периапикальных тканей»	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
59	Повторное эндодонтическое лечение	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
60	Восстановление анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

			задач	
61	Одонтогенный очаг хронической инфекции	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
62	Изменения полости рта при системных заболеваниях и нарушениях обменных процессов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
63	Морфологические и функциональные нарушения в челюстно-лицевой области, обусловленные полным отсутствием зубов	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
64	Поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
65	Основные виды поражений твердых тканей, возникающих до прорезывания.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
66	Общая характеристика поражений зубов, возникающих после прорезывания.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
67	Основные формы некариозных поражений зубов, возникающие после прорезывания	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	Пятибалльная шкала оценивания

		ПК-9	реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	
68	Одонтогенный синусит	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
69	Неодонтогенные и специфические заболевания челюстно-лицевой области	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
70	Поражения тройничного и лицевого нервов. Синдром жжения полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- - устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- иные формы контроля, определяемые преподавателем

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 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

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)
6 семестр**

Тема 1. Стоматологическое просвещение населения

1. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек,

максимально исключают факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья - это определение

- а) стоматологического просвещения
- б) анкетирования населения
- в) первичной профилактики стоматологических заболеваний

2. Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме - это форма проведения стоматологического просвещения

- а) индивидуальная
- б) групповая
- в) массовая

3. Проведение "урока здоровья" в организованном детском коллективе - это форма проведения стоматологического просвещения

- а) индивидуальная
- б) групповая
- в) массовая

4. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта - это форма проведения стоматологического просвещения

- а) индивидуальная
- б) групповая
- в) массовая

5. Активным методом стоматологического просвещения является

- а) издание научно-популярной литературы
- б) проведение выставок средств гигиены полости рта
- в) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
- г) телевизионная реклама

6. Пассивным методом стоматологического просвещения является

- а) проведение бесед, лекций, докладов
- б) издание научно-популярной литературы
- в) проведение "урока здоровья" в школе
- г) беседа с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме

7. Эффективность стоматологического просвещения может быть оценена

- а) по результатам анкетирования населения
- б) по количеству поставленных пломб
- в) по количеству стоматологических клиник
- г) по качеству оказания стоматологической помощи населению

8. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:

- а) физическое, социальное и психологическое благополучие;
- б) возможность трудовой деятельности;
- в) наличие или отсутствие болезней;
- г) наличие благоустроенного жилища;
- д) полноценное питание.

9. Психологическими особенностями детей младшего школьного возраста являются

- а) вспыльчивость
- б) любознательность
- в) интерес к эстетике, внешнему виду
- г) стремление к самоутверждению

10. Во время урока здоровья в дошкольном учреждении с детьми проводят

- а) лекции
- б) чтение сказок на медико-гигиеническую тему
- в) чтение памяток для родителей
- г) вечера вопросов и ответов

Ответы

1-а	2-а	3-б	4-в	5-в	6-б	7-а	8-а	9-,	10-,
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2 Гигиена полости рта

1. При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов стандартным методом чистки зубов движения головки зубной щетки совершаются в направлении:

- а) вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
- б) вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)
- в) горизонтальном (вправо-влево, вперед-назад, параллельно десне)
- г) головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

2. Использование флоссов рекомендуется для удаления зубного налета с поверхностей зубов

- а) вестибулярных
- б) окклюзионных
- в) апроксимальных
- к) всех вышеперечисленных

3. В качестве фторидсодержащих компонентов в состав лечебно-профилактических зубных паст включают

- а) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция
- б) фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа
- в) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид
- г) фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

4. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится

- а) дикальцийфосфат
- б) лаурилсульфат натрия
- в) полиэтиленгликоль
- г) гидроколлоиды

5. График изменения кислотно-основного состояния полости рта в течение определенного времени

- а) парабола Пахомова
- б) кривая Stefana
- в) кривая Шпее
- г) кривая Willsona

6. Для определения индекса гигиены по Грину-Вермилиону окрашивают поверхности:

- а) вестибулярную 11,12 зубов
- б) язычную 36, 46, 31,41
- в) вестибулярную 11, 31, 16, 26 и язычную 36, 46
- г) вестибулярную 11, 31, 36, 26 и язычную 41,46

7. Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста:

- а) 1 года
- б) 2 года
- в) 3 года
- г) 6 лет
- д) сразу после прорезывания первого временного зуба

8. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется

- а) пелликула
- б) мягкий зубной налет
- в) налет курильщика
- г) наддесневой зубной камень

9. При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета используют раствор

- а) 2% метиленового синего
- б) 1% бриллиантового зеленого
- в) 5% спиртовой раствор йода
- г) раствор Шиллера-Писарева

10. У детей до 5-6 лет гигиеническое состояние полости рта оценивают с помощью индекса

- а) Грин-Вермиллиона
- б) Федорова-Володкиной
- в) РНР
- г) кпу(п)

Ответы

1-а	2-в	3-в	4-б	5-б	6-в	7-д	8-б	9-г	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 3. Организация стоматологической помощи взрослому и детскому населению.

1. Врачебный кабинет на одну стоматологическую установку должен занимать площадь не менее

- а) 10 м²
- б) 12 м²
- в) 14 м²

2 Современная стоматологическая установка включает

- а) сухожаровой шкаф
- б) кресло автоматического управления
- в) светильник "рефлектор"
- г) письменный стол врача
- д) компрессор и приспособления для проведения необходимых манипуляций в полости рта

3. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):

1. 4,5
2. 3,3
3. 3,0
4. 2,8
5. 2,0

4. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

1. диспансеризации населения
2. плановой санации полости рта
3. эпидемиологического стоматологического обследования
4. профилактических осмотров
5. профилактических мероприятий

5. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года
4. 5 лет
5. 10 лет

6. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет):

1. 3, 6, 9
2. 6, 9, 12
3. 6, 12, 15
4. 9, 12, 15
5. 12, 15, 18

7. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет):

1. 18-25
2. 25-30
3. 30-40
4. 35-44
5. 50-65

8. Документом для регистрации данных эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ является:

1. медицинская карта стоматологического больного
2. карта для оценки стоматологического статуса (ВОЗ)
3. история болезни пациента

4. листок учета проведения профилактических мероприятий

5. специальной документации не существует

9. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты:

1. гигиенисты

2. врачи-стоматологи

3. стоматологические медицинские сестры

4. врачи-эпидемиологи

5. санитарные врачи

10. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период:

1. подготовительный

2. обследования

3. подведения итогов

4. анализа результатов

5. планирования программы профилактики

Ответы

1-а	2-д	3-3	4-3	5-4	6-3	7-4	8-2	9-2	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 4. Асептика и антисептика в практике врача-стоматолога

1. Автоклавированием стерилизуются:

1. зеркала

2. марлевые тампоны, наконечники

3. одноразовый шприц

4. пластмассовый шпатель

5. боры

2. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются:

1. лотки

2. эндодонтический инструментарий

3. шовный материал

4. зеркала

5. наконечники

3. Что такое стерилизация:

1) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с использованием физических средств

2) удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений и остатков лекарственных препаратов и материалов

3) уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорных форм, предупреждение распространения ряда инфекционных заболеваний, возбудители которых передаются через кровь, биологические жидкости

4) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с использованием химических средств

4. Предстерилизационная очистка предусматривает:

1) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с использованием физических средств

2) удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений и остатков лекарственных препаратов и материалов

3) уничтожение всех микроорганизмов, в том числе и спорных форм, предупреждение распространения ряда инфекционных заболеваний, возбудители которых передаются через кровь, биологические жидкости

4) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с использованием химических средств

5. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

1) перевязочного материала

2) белья

3) ватных валиков

4) цельнометаллических инструментов

5) шовного материала

6. С помощью амидопирамовой пробы определяют

1) остатки крови на инструментах

2) остатки моющих средств

3) стерильность инструментов

4) наличие жира

5) наличие углеводов

7. Для определения остатков крови при контроле качества стерилизации применяют пробу:

1) фенолфталеиновую

2) бензидиновую

3) водородистую

4) хлоргексидиновую

5) парафиновую

8. Процент спиртового хлоргексидина, который применяется для обработки рук хирурга

1) 2%

2) 0,06%

3) 0,5%

4) 1%

5) 5%

9. Уничтожение микробов на стоматологических щипцах является задачей:

1) антисептики;

2) асептики;

3) химиотерапии.

10. К антисептикам относятся:

1) йодиол

2) хлоргексидин

3) трипсин

4) хемотрипсин

5) метилурацил

Ответы

1-2	2-2	3-3	4-4	5-1	6-1	7-2	8-1	9-1	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

8 семестр

Тема 5 Диагностика и неотложная помощь на амбулаторном приеме врача-стоматолога

1. Обморок - это

а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

б) аллергическая реакция на антиген

в) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

2. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

а) внутривенно 1 мл атропина

б) внутривенно 1 мл мезатона

в) внутримышечно 1 мл норадреналина

3. Коллапс - это

а) аллергическая реакция на антиген

б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4. Во время коллапса кожные покровы

а) сухие, бледные

б) влажные, бледные

в) сухие, гиперемированные

г) влажные, гиперемированные

5. Пульс во время коллапса

а) частый, нитевидный

б) нитевидный, редкий

в) частый, хорошего наполнения

г) редкий, хорошего наполнения

6. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне

- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции

7. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

8. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

9. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60**
- в) 90

10. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

Ответы

1-в	2-б	3-в	4-б	5-б	6-г	7-д	8-б	9-а	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

9 семестр

Тема 6 Стратегии повышения устойчивости зубов к кариесу

1. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- а) 6-8
- б) 9-12
- в) 12-14
- г) 16-18

д) в любое время после прорезывания зуба

2. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- а) сразу
- б) через 2-3 года
- в) через 4-6 лет
- г) через 10-12 лет

д) срок не ограничен

3. Силанты - это материалы для:

- а) пломбирования кариозных полостей
- б) пломбирования корневых каналов
- в) герметизации фиссур
- г) изолирующих прокладок

д) лечебных прокладок

4. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- а) профессионального очищения фиссуры
- б) контролируемой чистки зубов
- в) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора

г) покрытия фиссуры фторлаком

д) избирательного пришлифовывания бугров моляров

5. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

а) плохая гигиена полости рта

б) узкие и глубокие фиссуры

в) неполное прорезывание коронки зуба

г) средний или глубокий кариес

д) повышенное содержание фторида в питьевой воде

6. При проведении процедуры покрытия зубов фторлаком первой проводится манипуляция:

а) очищение зубов от налета

б) нанесение фторлака

в) высушивание зубов

г) изоляция от слюны

д) протравливание эмали

7. 0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

а) день

б) неделю

в) 2 недели

г) полгода

д) год

8. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

а) покрытие зубов фторлаком

б) фторирование питьевой воды

в) фторирование молока

г) прием таблеток фторида натрия

д) фторирование соли

9. Основной источник поступления фторида в организм человека - это:

а) пищевые продукты

б) питьевая вода

в) воздух

г) лекарства

д) витамины

10. Снижению риска возникновения кариеса и естественному самоочищению полости рта способствуют следующие особенности питания:

а) увеличение частоты приема пищи

б) высокое содержание в пище Сахаров

в) употребление преимущественно мягкой пищи, не требующей интенсивного жевания

г) употребление в пищу сырых овощей и фруктов, твердой сухой пищи

д) регулярный прием поливитаминов

Ответы

1-а	2-а	3-в	4-в	5-г	6-а	7-а	8-а	9-б	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема7 Показания и применение в детском возрасте современных пломбировочных материалов.

1. Гидроокись кальция обладает

а) мумифицирующим эффектом

б) противовоспалительным

в) одонтотропным действием, стимулирует функцию одонтобластов

г) девитализирующим действием

д) фунгицидным действием

2. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариозном поражении применяют

а) прокладки на основе гидроокиси кальция

б) пасту с гормональными препаратами

в) пасту с антибиотиками

г) резорцин-формалиновую пасту

д) имудон

3. Нанофлюор содержит

- а) фторид олова
- б) глицерофосфат кальция
- в) гидроксиапатит
- г) кальция монофторфосфат
- д) гидрокарбонат натрия

4. Стоматологический материал Life

- а) универсальный прокладочный материал
- б) изолирующий прокладочный материал
- в) материал для прямого и непрямого покрытия пульпы
- г) материал для пломбирования корневых каналов
- д) материал для герметизации фиссур

5. Пломбировочный материал Admira относится к группе

- а) цементов
- б) амальгам
- в) композитов
- г) компомеров
- д) ормокеров

6. Пломбировочный материал Vitremer относится к группе

- а) цементов
- б) амальгам
- в) композитов
- г) компомеров
- д) ормокеров

7. Методика Боровско-Леуса лечения постоянных зубов при кариесе в стадии пятна

- а) препарирование с последующим пломбированием
- б) аппликация раствора фторида натрия
- в) аппликация раствора глюконата кальция
- г) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
- д) импрегнация 30% р-ром нитрата серебра

8. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:

- в) антисептики;
- б) фтористое и азотнокислое серебро;
- в) гемостатики;
- г) биологически активные вещества;
- д) антибиотики.

9. Лечебные прокладки для лечения глубокого кариозного поражения у детей:

- а) дайкал
- б) дентин паста
- в) цинкоксидэвгеноловая паста
- г) витремер
- д) дайрект

10. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять

- а) амальгаму
- б) силикатные цементы
- в) стеклоиономерные цементы
- г) композиты химического отверждения

Ответы

1-в	2-а	3-в	4-в	5-д	6-а	7-г	8-б	9-а	10-в
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема8. Эндодонтическое лечение временных и постоянных зубов у детей.

1. Корневые каналы временных зубов пломбируют

- а) цементами
- б) пастами
- в) гуттаперчевыми штифтами
- г) бумажными штифтами
- д) не пломбируют

2. Перед пломбированием корневые каналы высушивают

- а) бумажными штифтами
- б) струей воздуха
- в) стерильными ватными турундами
- г) гуттаперчевыми штифтами
- д) эфиром

3. Задачи механической инструментальной обработки корневого канала:

- а) достичь верхушки и удалить содержимое канала
- б) расширить канал, запломбировать его до верхушки
- в) обработать кариозную полость, экстирпировать содержимое канала, obturировать его
- г) создать доступ к каналам, очистить, придать форму, подготовить к пломбированию канал
- д) раскрыть устья каналов, удалить со стенок канала прединтин, сгладить канал, запломбировать его

4. Ростковая зона корня зуба на рентгенограмме определяется как очаг разрежения костной ткани

- а) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
- б) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
- в) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
- г) которая рентгенологически не определяется
- д) в области шейки зуба

5. При хроническом периодонтите несформированных зубов стадия развития корня

- а) соответствует возрасту ребенка
- б) в связи с некрозом пульпы и прекращением дентиногенеза корень сформирован меньше
- в) формирование корней идет быстрее
- г) не соответствует возрасту ребенка
- д) не определяется

6. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть

- а) системная гипоплазия эмали постоянных зубов
- б) местная гипоплазия постоянных зубов
- в) несовершенный дентиногенез
- г) несовершенный амелогенез
- д) клиновидный дефект

7. Причина возникновения отлома эндодонтических инструментов в корневом канале

- а) плохое качество металлического сплава, из которого изготовлен инструмент
- б) кальцификация в канале
- в) отсутствие прямолинейного доступа к апикальной части корня
- г) форсирование инструментальной обработки — применение файлов через размер
- д) применение слишком толстого инструмента для этого канала

8. Мышьяковистая паста используется

- а) для девитализации пульпы
- б) для мумификации пульпы
- в) для фиксации пульпы
- г) для стимуляции дентиногенеза
- д) для снятия воспаления в пульпе зуба

9. Медикаментозное средство для антисептической обработки корневых каналов

- а) капрофер
- б) йодиол
- в) гипохлорит натрия
- г) раствор Шиллера - Писарева
- д) 3% раствор перекиси водорода

10. Апексогенез это

- а) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором завершение роста корня происходит физиологическим путем
- б) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором апикальное отверстие закрывается с помощью osteo-цементного барьера

Ответы

1-б	2-а	3-г	4-б	5-б	6-б	7-в	8-а	9-в	10-а
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема9 Этиология и патогенез кариеса зубов

1. Местным фактором риска возникновения кариеса является

- а) высокое содержание фторида в питьевой воде
- б) низкое содержание фторида в питьевой воде
- в) неудовлетворительная гигиена полости рта
- г) наличие сопутствующих соматических заболеваний

2. Среди стрептококков наибольшее значение в возникновении кариеса имеют

- а) *Str. mutans*
- б) *Str. mitis*
- в) *Str. sanguis*
- г) *Str. Salivarius*

3. В возникновении кариеса важную роль играет

свойство микроорганизмов

- а) устойчивость к антибиотикам
- б) образование органических кислот
- в) способность вызывать дисбактериоз

4. Комплекс общих мер, направленных на укрепление здоровья человека в соответствии с возрастом, общим состоянием, учетом его склонностей -это профилактика:

- а. первичная
- б. вторичная
- в. третичная

5. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое

- а) поверхностном
- б) подповерхностном
- в) глубоком

6. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области

- а) фиссур и естественных ямок
- б) режущего края и бугров
- в) контактных поверхностей
- г) шейки

7. Эмаль временных зубов содержит минеральных веществ по сравнению с эмалью постоянных зубов

- а) больше
- б) меньше
- в) то же количество

8. Молярное соотношение Са/Р в эмали в среднем составляет

- а) 1,37
- б) 1,47
- в) 1,67
- г) 1,87

9. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали

- а) микротвердость
- б) растворимость
- в) проницаемость

10. Деминерализация эмали начинается в ее слое

- а) поверхностном
- б) подповерхностном
- в) глубоком

Ответы

1-в	2-а	3-б	4-а	5-а	6-б	7-б	8-в	9-в	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 10 Анатомия зубов, гистологические изменения при кариесе.

1. Ca₁₀(PO₄)₆(OH)₂ - это

- а) карбопатит
- б) хлорпатит
- в) брушит
- г) витлокит
- д) гидроксипатит

2. Для твердых тканей зуба характерно кальцийфосфорное соотношение

- а) 1,67
- б) 1,3
- в) 2,1

3. Растворимость гидроксипатита эмали зубов при снижении pH ротовой жидкости

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

4. Микротвердость эмали при кариесе в стадии пятна

- а) снижается
- б) повышается
- в) не изменяется

5. Проницаемость эмали повышена

- а) в стадии белого пятна
- б) при флюорозе
- в) при гипоплазии
- г) при истирании

6. Процессы ионного обмена, минерализацию и деминерализацию обеспечивает

- а) микротвердость
- б) проницаемость
- в) растворимость

7. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание протеина в теле поражения

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

8. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание кальция в теле поражения

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

9. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание фосфора в теле поражения

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

10. При кариесе зуба в стадии белого пятна содержание фтора в теле поражения

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) не изменяется

Ответы

1-д	2-а	3-а	4-а	5-а	6-б	7-в	8-б	9-б	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 11 Диагностика и планирование лечения кариеса

1. Полость при поверхностном кариесе локализуется в пределах

- а) эмали
- б) эмали и дентина
- в) эмали, дентина и предентина

2.Полость при среднем кариесе локализуется в пределах

- а) эмали
- б) эмали и дентина
- в) эмали, дентина и преддентина

3.Полость при глубоком кариесе локализуется в пределах

- а) эмали
- б) эмали и дентина
- в) эмали, дентина и преддентина

4.Методы диагностики кариеса в стадии пятна

- а) окрашивание и ЭОД
- б) рентгенография и ЭОД
- в) рентгенография и термодиагностика
- г) термодиагностика и люминесцентная стоматоскопия
- д) люминесцентная стоматоскопия и окрашивание

5.Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

- а) при эрозии эмали
- б) при кариесе в стадии белого пятна
- в) при клиновидном дефекте
- г) при гипоплазии
- д) при кариесе в стадии пигментированного пятна

6. Для витального окрашивания эмали зубов при диагностике кариеса используют

- а) эритрозин
- б) фуксин
- в) метиленовый синий
- г) йодистый калий
- д) раствор Шиллера-Писарева

7.Реминерализующая терапия предполагает поступление в очаг деминерализации веществ

- а) минеральных
- б) органических

8.Глубокий кариес дифференцируют

- а) со средним кариесом
- б) с хроническим пульпитом
- в) с хроническим периодонтитом
- г) с флюорозом

9.Протравливание эмали обеспечивает контакт эмали зуба с композиционным материалом по принципу

- а) микросцепления
- б) химического взаимодействия
- в) адгезии

10.Герметики используют для профилактики

- а) кариеса
- б) флюороза
- в) гипоплазии

Ответы

1-а	2-б	3-в	4-д	5-б	6-в	7-а	8-а	9-а	10-а
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 12 Общие принципы лечения кариеса.

1.Для лучшей ретенции композиционного материала эмаль подготавливают путем

- а) фторирования
- б) создания фальца
- в) кислотного протравливания

2.К реставрационным пломбирочным материалам относятся

- а) цинк-эвгеноловая паста
- б) стеклоиономерный цемент
- в) гидроокись калия

г) композиционные материалы

д) компомеры

3. Перечислите методы пломбирования полостей

а) сэндвич-методика

б) степ-бэк

в) туннельный метод

4. В состав композиционного материала входят

а) ортофосфорная кислота

б) наполнитель

в) силаны

г) смола

5. Для протравливания эмали перед пломбированием композиционным материалом используется кислота

а) соляная

б) плавиковая

в) ортофосфорная

6. Стеклоиономерный цемент используется

а) для эстетического пломбирования

б) для пломбирования временных зубов

в) для фиксации штифтовых конструкций

г) для создания культи зуба под коронку

7. К группам композиционных материалов относятся

а) микрофиллы

б) макрофиллы

в) гибридные

г) нейтрофилы

8. К бондинговым системам относятся

а) праймер

б) кислота

в) адгезив

г) полировочная паста

9. Цвет пломбировочного материала для эстетической реставрации следует выбирать при следующих условиях

а) в темноте на высушенной поверхности зуба

б) при искусственном освещении

после протравливания поверхности зуба кислотой

в) при естественном освещении на влажной поверхности зуба

10. Для реставрации фронтальной группы зубов используется

а) амальгама

б) микронаполненные композиты

в) фосфат цемента

г) дентин паста

Ответы

1-б	2-б	3-а	4-б	5-в	6-б	7-а	8-а	9-б	10-в
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 13 Особенности лечения кариеса 1, 2, 5 класса по Блэку

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после их прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:

а) гипоплазия

б) эрозия

в) истирание

г) кариес

д) флюороз

2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

а) кислот

б) щелочей

- в) кариесогенных факторов
- г) абразивного фактора
- д) температурных факторов

3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

- а) СРITN
- б) РМА
- в) ИДЖ
- г) КПУ
- д) УИГ

4. Иммунные зоны зуба:

- а) фиссуры и углубления на зубах
- б) пришеечная треть видимой коронки зуба
- в) жевательные поверхности зубов
- г) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- д) небные и язычные поверхности зубов

5. В качестве изолирующей прокладки в полостях II класса по Блэку под композитные материалы используют

- а) водный дентин
- б) дентин пасту
- в) силикофосфатный цемент
- г) стеклоиономерный цемент
- д) силикатный цемент

6. По классификации Блэка различают:

- а) 5 классов кариозных полостей
- б) 6 классов кариозных полостей
- в) острый и хронический кариес
- г) кариес эмали, дентина и цемента

7. Средний кариес по МКБ-10 это:

- а) кариес эмали
- б) кариес дентина
- в) кариес цемента
- г) кариес неуточненный

8. При глубоком кариесе полость локализуется в пределах:

- а) эмали
- б) эмали и дентина
- в) эмали, дентина и цемента
- г) эмали, дентина и прединтина

9. Кариес цемента – это:

- а) полость 4 класса
- б) полость 2 класса
- в) полость 5 класса
- г) полость, расположенная ниже уровня десны

10. Стабилизировавшийся кариес – это:

- а) белое пятно
- б) небольшая полость
- в) глубокая кариозная полость
- г) пигментированное кариозное пятно

Ответы

1-г	2-в	3-г	4-г	5-г	6-б	7-б	8-г	9-г	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 14 Особенности лечения кариеса 3,4 класса по Блэку

1. Сложности в достижении адгезии к дентину связаны:

- а) с гидрофильностью дентина;
- б) разным строением и проницаемостью в разных участках;
- в) высоким содержанием органических веществ;
- г) всё перечисленное.

2. Просвет дентинных трубочек занимает максимальную площадь:

- а) в области эмалево-дентинной границы;
- б) вблизи пульпы;
- в) в средних слоях дентина.

3. Укажите методики протравливания дентина:

- а) техника тотального протравливания;
- в) обработка дентина кондиционером;
- б) обработка дентина самопротравливающим праймером;
- г) всё перечисленное.

4. Укажите основные принципы современной концепции адгезивной подготовки:

- а) удаление смазанного слоя с эмали, дентина, цемента;
- б) микроретенция компонентов адгезивной системы к тканям зуба;
- в) адгезия к влажному непересушенному дентину;
- г) всё перечисленное.

5. Укажите толщину гибридного слоя в дентине:

- а) 0,5–5 мкм;
- б) 5–10 мкм;
- в) менее 0,5 мкм.

6. Выделяют ли фтор современные адгезивные системы?

- а) не выделяют;
- б) выделяют в следовых количествах, не оказывающих профилактического эффекта;
- в) выделяют в количествах, оказывающих выраженный профилактический эффект.

7. По классификации ММСИ различают:

- а) 5 классов полостей
- б) острый и хронический
- в) 6 классов полостей
- г) кариес в стадии пятна, поверхностный, средний и глубокий

8. По классификации МКБ-10 различают:

- а) 5 классов полостей
- б) острый и хронический кариес
- в) кариес эмали, кариес дентина, кариес цемента, приостановившийся кариес
- г) 6 классов полостей

9. Местные причины развития кариеса:

- а) зубная бляшка
- б) резистентность тканей зуба
- в) углеводистые пищевые остатки
- г) все вышеперечисленное

10. Общие факторы развития кариеса:

- а) неполноценная диета
- б) стресс
- в) наследственность
- г) соматические заболевания
- д) все вышеперечисленное

Ответы

1-а	2-а	3-а,в	4-а	5-а	6-б	7-г	8-в	9-г	10-д
-----	-----	-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 15 Болезни пульпы зуба

1. Термин «пульпит» обозначает воспаление ткани пульпы и данное состояние

- 1) характеризует обратимые изменения в пульпе
- 2) характеризует необратимые изменения в пульпе
- 3) утверждения 1 и 2 верны

- 4) утверждения 1и2 не верны
- 2. Гистологические изменения ткани как ответная реакция на повреждение и начало клинических проявлений по времени**
- 1) не совпадают
 - 2) совпадают
- 3. Дентин, вырабатываемый в пульпе зуба в ответ на раздражение, называется**
- 1) первичный
 - 2) вторичный
 - 3) третичный
 - 4) иррегулярный
 - 5) третичный (иррегулярный)
- 4. При глубоком кариозном поражении дентина**
- 1) пульпа зуба находится в состоянии обратимого воспаления
 - 2) пульпа зуба находится в состоянии необратимого воспаления
 - 3) пульпа зуба может быть в состоянии как обратимого, так и необратимого воспаления
- 5. «Случайное вскрытие пульпы» является самостоятельным диагнозом**
- 1) да, такое состояние имеет свой код в МКБ
 - 2) нет, такого диагноза не существует
- 6. Некроз пульпы при травме зуба**
- 1) всегда проявляется клинически
 - 2) может протекать бессимптомно
- 7. С-волокна располагаются преимущественно**
- 1) в области рогов пульпы
 - 2) в области тела пульпы
- 8. Гистологические изменения в ткани пульпы появляются**
- 1) при изменении целостности твердых тканей зуба
 - 2) при кариозном поражении большого объема дентина
- 9. Изменение клеточного состава пульпы при воспалении может быть определено**
- 1) клинически при осмотре
 - 2) при гистологическом исследовании
- 10. Ответная реакция пульпы при развитии кариозного процесса**
- 1) всегда проявляется определенной симптоматикой у пациента
 - 2) всегда переходит в стадию необратимого воспаления
 - 3) верны утверждения 1и 2
 - 4) утверждения 1и2 не верны

Ответы

1-3	2-1	3-5	4-3	5-1	6-2	7-2	8-1	9-2	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 16 Диагностика пульпита

- 1. Диагноз «пульпит» может быть поставлен**
- 1) после определения состояния пульпы конкретного зуба на момент обследования пациента
 - 2) при определении глубины кариозного поражения дентина в конкретном зубе
 - 3) на основании характерных жалоб пациента
- 2. Острое воспаление в пульпе характеризуется**
- 1) наличием самопроизвольной боли
 - 2) наличием боли только от температурных раздражителей
- 3. Критерием обратимости воспаления в пульпе является**
- 1) состояние кровотока
 - 2) состояние нервных волокон
- 4. Иррадиация боли при пульпите обусловлена**
- 1) особенностями иннервации зубочелюстной системы
 - 2) особенностями строения системы корневого канала конкретного зуба
 - 3) психоэмоциональным статусом пациента
- 5. Термические пробы определяют**
- 1) состояние кровотока в пульпе

2) состояние нервных волокон в пульпе

3) состояние ткани пульпы как таковой

6. Электроодонтометрия определяет

1) состояние кровотока в пульпе

2) состояние нервных волокон в пульпе

3) состояние ткани пульпы как таковой

7. Лучевая диагностика выявляет

1) функциональные изменения

2) морфологические изменения

8. Зондирование с целью определения целостности дна кариозной полости проводится

1) после обезболивания до препарирования

2) после препарирования кариозной полости при адекватном обезболивании

3) при обследовании пациента для определения характера боли

9. Среди представленных отметьте критерии для характеристики болевого симптома при пульпите

1) причина

2) интенсивность

3) время наступления

4) продолжительность

5) все перечисленные

10. Методами, определяющими состояние кровотока в пульпе, являются

1) ЭОД

2) ЛДФ

3) ПМ

4) термопроба

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	1	1	1	1	2	2	2	2	5	2,3

Тема 17 Принципы лечения больных с пульпитом. Методы лечения.

1. Выберите критерии, правильные для определения :

основные принципы при лечении зуба с воспалением пульпы - это

1) адекватное обезболивание

2) соблюдение асептики и антисептики

3) индивидуальная схема приема антибиотиков

4) верны все пункты

2. Лечение зуба с воспалением пульпы возможно

1) только при полном ее удалении

2) только при частичном ее удалении

3) только при полном ее сохранении

4) ни один ответ не верен

3. Лечение зуба с полным сохранением пульпы возможно

1) при ее обратимом воспалении

2) при ее случайном вскрытии

3) при наличии ограниченного воспаления в коронковой части

4) верно 1и2

4. Девитализация пульпы – это

1) обязательный этап при лечении зуба методом витальной экстирпации

2) обязательный этап при лечении зуба методом девитальной экстирпации

3) обязательный этап «биологического метода» лечения пульпита (лечения обратимого воспаления пульпы)

5. Создание эндодонтического доступа – это

1) этап лечения методом витальной экстирпации

2) этап лечения «биологическим методом»

6. Изоляция рабочего поля при выполнении эндодонтического лечения обеспечивает

- 1) магнификацию рабочего поля
- 2) профилактику аспирации инородных тел и жидкостей
- 3) условия для выполнения эндодонтического лечения
- 4) верно 2и3

7. Лечение зуба с воспалением пульпы проводится только в том случае, если

- 1) анатомическую целостность коронковой части можно восстановить прямым методом
- 2) возможно восстановление анатомической целостности коронковой части зуба и введение его в функцию

8. Лечение гнойного пульпита всегда выполняется в одно посещение

- 1) да
- 2) нет

9. Для прямого покрытия пульпы можно применять

- 1) СИЦ
- 2) Адгезивы
- 3) СИЦ, модифицированные полимером
- 4) композиты двойного отверждения
- 5) ни одна из перечисленных групп материалов для прямого покрытия пульпы не применима
- 6) 1и3

10. После витальной ампутации коронковая пульпа

- 1) полностью восстанавливает прежний объем ткани
- 2) переходит из состояния «обратимое воспаление» в состояние «нормальная»
- 3) утверждения 1и2 не верны
- 4) верны утверждения 1и2

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	4	4	4	2	1	4	2	2	5	3

Тема 18 Особенности обезболивания при болезнях пульпы зуба

1. Алгоритм этапа местного обезболивания при лечении пульпита от стадии заболевания

- 1) зависит
- 2) не зависит

2. Алгоритм этапа местного обезболивания от морфологии системы корневого канала

- 1) зависит
- 2) не зависит

3. Алгоритм местного обезболивания от групповой принадлежности зуба и челюсти

- 1) зависит
- 2) не зависит

4. Интралигаментарная анестезия выполняется только при лечении моляров нижней челюсти

- 1) верно
- 2) нет, не верно

5. Внутрипульпарная анестезия выполняется только в однокорневых зубах

- 1) верно
- 2) нет, не верно

6. Для лечения зубов с воспалением пульпы всегда применяется раствор артикаина гидрохлорида 4%

- 1) да
- 2) нет
- 3) только если нет «Септанеста» или «Ультракаина» и «Убистезина»

7. Метод девитальной экстирпации выполняется

- 1) без обезболивания
- 2) максимально возможное обезболивание на всех этапах обязательно
- 3) с обезболиванием по просьбе пациента

8. При выполнении прямого покрытия пульпы можно использовать внутрипульпарную анестезию

- 1) да, можно
- 2) нет, нельзя

9. Оставшийся раствор анестетика в карпуле может использоваться повторно, если хранить карпулу в холодильнике, потому что стерильность его сохраняется

- 1) это грубое нарушение
- 2) да, такое использование не противоречит нормам асептики и антисептики

10. Лечение пульпита в молярах нижней челюсти возможно только при выполнении проводниковой анестезии

- 1) да, другие способы неэффективны
- 2) нет, проводниковая анестезия выполняется только при неэффективности интралигаментарной и инфильльтрационной
- 3) нет, так как проводниковое обезболивание при лечении моляров нижней челюсти вообще не проводится

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2

Тема 19. Система защиты эмали зубов

1. Кутикула зуба представляет собой

- а) производное гликопротеидов слюны
- б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа
- в) скопление микроорганизмов и углеводов
- г) скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами

2. Пелликула зуба образована

- а) коллагеном
- б) кератином
- в) гликопротеидами слюны
- г) редуцированными клетками эпителия эмалевого органа

3. Пелликула образуется на поверхности зуба

- а) до прорезывания
- б) после прорезывания
- в) в процессе прорезывания

4. К минерализованным зубным отложениям относится

- а) пищевые остатки
- б) мягкий зубной налет
- в) зубной камень
- г) налет курильщика

5. При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта - рН слюны

- а) смещается в кислую сторону
- б) смещается в щелочную сторону
- в) остается без изменений

6. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие:

- а) снижения рН зубного налета
- б) повышения проницаемости эмали в зоне поражения
- в) нарушения Са/Р соотношения эмали
- г) разрушения поверхностного слоя эмали
- д) колонизации бактерий на поверхности зуба

7. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализируются на коронке зуба в области:

- а) режущего края
- б) бугров жевательной поверхности
- в) язычной поверхности
- г) пришеечной области

д) типичной локализации нет

8. В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

- а) актиномицетам
- б) вирусам
- в) стрептококкам
- г) стафилококкам
- д) вейлонеллам

9. Реминерализации - это:

- а) частичное восстановление плотности поврежденной эмали
- б) потеря кальция, фосфора, магния из поврежденного подповерхностного участка эмали
- в) увеличение частоты приема углеводов
- г) разрушение структуры эмали под действием органических кислот
- д) инвазия бактерий в ткани пародонта

10. Процессы минерализации и реминерализации эмали обеспечиваются за счет поступления из ротовой жидкости:

- а) белков, витаминов
- б) кислорода, водорода
- в) кальция, фосфатов, фторидов
- г) белков, кислорода
- д) органических кислот

Ответы

1-б	2-в	3-б	4-в	5-а	6-б	7-г	8-в	9-а	10-в
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 20. Введение в пародонтологию Современный взгляд на этиологию заболеваний пародонта».

1. Пародонт- это

- 1) зуб, десна, периодонт
- 2) десна, периодонт, кость альвеолы
- 3) зуб, десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

2. Пародонтит- заболевание

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное

3. Пародонтит различают

- 1) локализованный
- 2) генерализованный
- 3) развившийся

4. Образованию зубного налета способствует

- 1) аномалия прикуса
- 2) неудовлетворительная чистка зубов
- 3) ортодонтические конструкции
- 4) курение
- 5) углеводная пища
- 6) ксеростомия
- 7) употребление цитрусовых
- 8) прием твердой пищи

5. Язвенно-некротический гингивит встречается при

- 1) ВИЧ-инфекции
- 2) стоматите Венсана
- 3) сифилисе
- 4) лейкозе
- 5) отравлении солями тяжелых металлов

б) сахарном диабете

6. Предрасполагают к возникновению катарального гингивита

- 1) прием противососудистых препаратов
- 2) заболевания желудочно-кишечного тракта
- 3) гиповитаминоз

7. К локальному пародогтиту приводит

- 1) отсутствие контактного пункта
- 2) нависающий травмирующий край пломбы
- 3) прием противосудорожных препаратов

8. Маргинальная десна -это

- 1) десневой сосочек и десна вокруг зуба
- 2) десна, окружающая зуб
- 3) десна, покрывающая альвеолярный отросток

9. Этиологическим фактором пародонтита являются

- 1) пародонтальные патогены
- 2) патология прикуса
- 3) системные заболевания

10.Патогенетическими факторами пародонтита являются

- 1) пародонтальные патогены
- 2) местные и общие факторы риска
- 3) системные заболевания

Ответы

Тест№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	1,2	1,2,3,4,5,6,	1,2,4,5,	2,3	1,2	2	1	2,3

Тема 21 Особенности обследования пациентов с патологией пародонта

1. Раствор эритрозина применяют для

- 1) определения индекса гигиены
- 2) определения индекса ПМА
- 3) контроля чистки зубов
- 4) определения индекса СРITN

2.Раствор фуксина применяют для

- 1) определения индекса гигиены
- 2) определения индекса ПМА
- 3) контроля чистки зубов
- 4) определения индекса СРITN

3. Раствор Шидлера-Писарева применяют для

- 1) определения индекса гигиены
- 2) определения индекса ПМА
- 3) контроля чистки зубов
- 4) определения индекса СРITN

4. Индекс определяет тяжесть

- 1) гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза

5. Проба Кулаженко определяет состояние

- 1) неспецифической резистентности
- 2) стойкость капилляров десны к вакууму
- 3) воспаление десны

6. Полярография применяется для определения

- 1) состояния капилляров

- 2) микроциркуляции
- 3) парциального давления кислорода
- 4) парциального давления углекислого газа

7. Виды рентгенограмм, применяемых для диагностики заболеваний пародонта

- 1) контактная внутриротовая
- 2) ортопантомограмма
- 3) внутриротовая в прикусе
- 4) панорамная
- 5) боковая

8. Наличие пародонтального кармана характерно для

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита

9. Наличие ложного десневого кармана характерно для

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита

10. При язвенно-некротическом гингивите необходимо сделать анализ крови

- 1) общий клинический
- 2) биохимический
- 3) на ВИЧ-инфекцию
- 4) на сахар

Ответы

Тест.№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1,3	1,3	1,2,3	2	2	3	1,2,4	2	3	1,3

Тема 22 Гингивит

1. Катаральный гингивит – заболевание:

- 1) воспалительное.
- 2) дистрофическое.
- 3) воспалительно-дистрофическое.

2. К возникновению катарального гингивита предрасполагают:

- 1) прием противосудорожных препаратов.
- 2) заболевания желудочно-кишечного тракта.
- 3) гиповитаминоз С.
- 4) острая вирусная инфекция.

3. Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:

- 1) деформация десневых сосочков.
- 2) карман до 3 мм.
- 3) кровоточивость при зондировании.

4. При катаральном гингивите количество десневой жидкости:

- 1) увеличивается.
- 2) уменьшается.
- 3) не изменяется.

5. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- 1) кровоточивость при зондировании десневой борозды.
- 2) гиперемия межзубных сосочков.
- 3) мягкий зубной налет.
- 4) наддесневой зубной камень.
- 5) поддесневой зубной камень.
- 6) карманы до 5 мм.

6. Изменения на рентгенограмме при катаральном гингивите:

- 1) характерны.
- 2) не характерны.

7. Катаральный гингивит легкой степени тяжести включает воспаление десны:

- 1) папиллярной.
- 2) папиллярной и маргинальной.
- 3) маргинальной и альвеолярный.
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной.

8. Катаральный гингивит средней степени тяжести включает воспаление десны:

- 1) папиллярной.
- 2) папиллярной и маргинальной.
- 3) маргинальной и альвеолярный.
- 4) альвеолярной, маргинальной и папиллярной.

9. Гингивит острый катаральный средней степени тяжести:

- 1) кортикальная пластинка межзубной перегородки разрушена.
- 2) кортикальная пластинка и костная ткань межзубной перегородки сохранена, остеосклероз.
- 3) убыль костной ткани межзубной перегородки на 1/2 длины корней зубов.
- 4) резорбция межальвеолярной перегородки на 1/3 длины корней зубов.
- 5) изменений нет.

10. При гингивите карман определяется:

- 1) клинически.
- 2) гистологически.
- 3) рентгенологически.

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	1	1	2	1	2	5	1

Тема 23 Искусственные коронки зубов

1. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

1. плотно
2. с зазором 0,2 мм
3. с зазором для фиксирующего материала
4. в различных участках по-разному
5. глубоко погружаясь под десну

2. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют:

1. боры колесовидные
2. сепараторы
3. фрезы
4. односторонние сепарационные диски
5. штрипсы

3. По функции различают искусственные коронки:

1. литые
2. фасеточные
3. временные
4. пластмассовые
5. цельнолитые

4. По конструкции различают искусственные коронки:

1. телескопические
2. частично-съёмные
3. фасетки
4. восстановительные
5. пластмассовые

5. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1. вестибулярной стенки зуба
2. зубного ряда - включенный
3. зубного ряда - концевой
4. коронковой части зуба

5. отсутствующего зуба

6. К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

1. стальные боры
2. алмазные головки
3. твердосплавные боры
4. твердосплавные фрезы
5. силиконовые диски

7. При препарировании зубов под штампованные коронки культия зуба создается:

1. с параллельными стенками
2. с сохраненным экватором зуба
3. в виде конуса
4. в форме цилиндра
5. в виде обратного конуса

8. По функции различают искусственные коронки:

1. восстановительные, комбинированные
2. временные, с облицовкой
3. восстановительные, фиксирующие
4. опорные (фиксирующие), пластмассовые

9. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1. разрушенной коронкой зуба более 60%
2. значительными изменениями в периодонте
3. подвижностью III степени
4. некачественно запломбированными каналами
5. продольным переломом корня

10. Противопоказание к изготовлению цельнолитных коронок:

1. разрушение коронки зуба
2. зубы с живой пульпой у взрослых
3. пломбирование корневых каналов на 3/4
4. зубы, пломбированные гуттаперчей
5. наличие локализованного гингивита

Ответы

1-1	2-4	3-3	4-1	5-4	6-2	7-4	8-1	9-1	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 24. Ортопедическое лечение при частичном отсутствии зубов

1. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

1. окклюзионной поверхности
2. вестибулярной поверхности
3. контактных поверхностей
4. оральной поверхности
5. созданием уступа

2. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1. виниром
2. фасеткой
3. вкладкой
4. коронкой
5. имплантатом

3. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1. дефект коронковой части зуба
2. генерализованный гингивит
3. пародонтит тяжелой степени
4. включенный дефект зубного ряда
5. полное отсутствие зубов

4. Опорными частями мостовидного протеза являются:

1. коронки, полукоронки, искусственные зубы

2. вкладки, искусственные зубы
3. коронки, вкладки, штифтовые зубы
4. штифтовые зубы, искусственные зубы
5. искусственные зубы, коронки

5. Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:

1. протез с отлитыми из металла опорными частями и телом
2. полный съемный протез
3. несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям
4. штампованная коронка
5. полимеризованная конструкция

6. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

1. седловидную
2. промывную
3. касательную
4. опорную
5. телескопическую

7. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

1. седловидную
2. промывную
3. касательную
4. опорную
5. телескопическую

8. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

1. 2 минут
2. 15 минут
3. 60 минут
4. 24 часов
5. 48 часов

9. Отгиск является отображением тканей протезного ложа:

1. позитивным
2. негативным
3. активным
4. пассивным
5. агрессивным

10. Алы инагную слепочную массу замешивают на:

1. холодной воде
2. 3% растворе поваренной соли
3. прилагаемом к материалу катализаторе
4. горячей воде
5. физиологическом растворе

Ответы

1-3	2-2	3-4	4-3	5-3	6-3	7-2	8-2	9-2	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 25 Болезни прорезывания зубов

1. Затрудненное прорезывание зуба «мудрости» связано с:

- 1) нарушением обмена веществ;
- 2) уменьшением нижнечелюстного угла;
- 3) несоблюдением гигиены полости рта;
- 4) уменьшением ретромолярного расстояния.

2. Ретромолярное расстояние в норме равно:

- 1) 5мм;
- 2) 29мм;
- 3) 22мм;
- 4) 2мм.

3. Ретромолярным называется расстояние между:

- 1) медиальной и дистальной поверхностями коронки зуба «мудрости»;

- 2) между дистальной поверхностью коронки зуба «мудрости» и передним краем ветви нижней челюсти;
- 3) между медиальной поверхностью коронки второго моляра и медиальной поверхностью коронки зуба «мудрости»;
- 4) между дистальной поверхностью коронки второго моляра и нижнечелюстным отверстием.

4. Перикоронит – это:

- 1) синоним острого периодонтита зуба «мудрости»;
- 2) дистопия (неправильное положение) зуба «мудрости»;
- 3) воспаление слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры коронки зуба «мудрости»;
- 4) обострение хронического периодонтита зуба «мудрости».

5. Если зуб «мудрости» имеет правильное положение, то при наличии симптомов перикоронита необходимо:

- 1) экстренно удалить зуб;
- 2) сделать периостотомию;
- 3) иссечь капюшон;
- 4) трепанировать коронку зуба и удалить пульпу.

6. Если зуб «мудрости» имеет неправильное положение (дистопия), шансов прорезаться в зубной дуге нет, то, при наличии симптомов перикоронита, показано:

- 1) сделать периостотомию и удалить зуб;
- 2) ограничиться удалением зуба;
- 3) назначить физиолечение и антибактериальную терапию;
- 4) выполнить рассечение «капюшона», назначить противовоспалительную терапию. После купирования острого воспаления удалить зуб (нередко необходимо атипичное удаление).

7. Перикоронит может осложниться:

- 1) ретромолярным абсцессом;
- 2) абсцессом челюстно-язычного желобка;
- 3) флегмоной крыловидно-челюстного пространства;
- 4) абсцессом подглазничной области;
- 5) патологическим переломом нижней челюсти.

8. Для перикоронита нижних зубов «мудрости» характерно:

- 1) затрудненное дыхание;
- 2) воспалительная контрактура жевательных мышц;
- 3) боли при глотании;
- 4) гнойное выделение из носа;
- 5) хруст в области ВНЧС.

9. Перикоронит чаще возникает у лиц в возрасте:

- 1) 5-7 лет;
- 2) 20-30 лет;
- 3) 50-60 лет;
- 4) старше 70 лет.

10. Если «причинный» зуб дистопирован и предстоит атипичное удаление, то оказание экстренной помощи больному с острым одонтогенным периоститом в этом случае должно состоять в

- 1) атипичном удалении «причинного» зуба;
 - 2) вскрытии воспалительного очага (периостотомии);
 - 3) пункции очага воспаления;
 - 4) вскрытии воспалительного очага, назначении консервативной противовоспалительной терапии.
- Атипичное удаление «причинного» зуба выполняется после стихания острого воспаления.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2,4	2	4	3	3	4	1,2,3	2,3	2	4

Тема 26 Абсцессы полости рта

1. Особенностью вскрытия нёбного абсцесса является:

- 1) прокол абсцесса

- 2) линейный разрез до кости
- 3) линейный разрез до надкостницы
- 4) иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы двумя полуовальными разрезами
- 5) крестообразный разрез

2. Иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы при вскрытии нёбного абсцесса создаёт условия для:

- 1) зияния раны
- 2) адекватного оттока воспалительного экссудата
- 3) профилактики распространения воспалительного процесса на нёбную пластинку и гайморову пазуху
- 4) свободного носового дыхания

3. Основными симптомами абсцессов и флегмон парафарингиального пространства являются:

- 1) контрактура жевательных мышц
- 2) диплопия
- 3) ксеростомия
- 4) болезненное глотание
- 5) отёк век

4. Варианты разрезов при вскрытии флегмон височной области являются:

- 1) разрез по верхнему своду преддверия полости рта
- 2) разрез в проекции скуловой дуги
- 3) разрез по линии прикрепления височной мышцы к одноимённой кости
- 4) радиальные разрезы по ходу волокон височной мышцы
- 5) разрез впереди козелка уха

5. При вскрытии флегмоны височной области контрапертура накладывается:

- 1) по переходной складке преддверия полости рта в проекции моляров
- 2) в проекции нижнего края орбиты
- 3) по носогубной складке
- 4) параллельно скуловой дуге
- 5) параллельно нижнему краю нижней челюсти

6. Характерными симптомами острого одонтогенного периостита челюсти являются:

- 1) симптом «выросшего» зуба;
- 2) воспалительная контрактура жевательных мышц III-й степени;
- 3) гиперемия и отек слизистой оболочки, а также плотный болезненный инфильтрат по переходной складке в пределах нескольких зубов.

7. Для острого одонтогенного периостита на верхней челюсти характерно:

- 1) острая боль в «причинном» зуба, усиливающаяся при накусывании;
- 2) подвижность «причинного» и нескольких рядом стоящих зубов;
- 3) наличия свища с гнойным отделяемым;
- 4) температурная реакция в пределах 38-39°C
- 5) все перечисленное верно.
- 6) все перечисленное неверно

8. При остром одонтогенном периостите верхней челюсти в воспалительный процесс вовлекаются:

- 1) пульпа «причинного» зуба;
- 2) клетчаточные пространства около нижней челюсти;
- 3) надкостница челюсти;

4) подъязычная слюнная железа.

9. Абсцессы подглазничной области вскрывают разрезом:

- 1) в проекции нижнего края орбиты;
- 2) по носогубной складке;
- 3) по линии смыкания зубов;
- 4) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции моляров;
- 5) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции клыка и премоляров.

10. Оптимальным оперативным доступом при флегмоне подглазничной области является:

- 1) разрез по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта;
- 2) разрез по носогубной складке;
- 3) разрез в проекции нижнего края орбиты;
- 4) разрез в щечной области.

Ответы

1-4	2-2	3-4	4-4	5-2	6-3	7-6	8-2	9-4	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 27 Дифференциальная диагностика одонтогенного острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.

1. Периостит-это:

- 1) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;
- 2) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- 3) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.
- 4) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который поражает ткани периодонта.
- 5) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который поражает ткани периодонта, и распространяются на мягкие ткани

2. Наиболее частой причиной возникновения периостита является:

- 1) Хронический верхушечный периодонтит;
- 2) Одонтогенный остеомиелит;
- 3) Обострившейся верхушечный периодонтит;
- 4) Болезни прорезывания зуба мудрости на нижней челюсти

3. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:

- 1) не изменены
- 2) болезненные;
- 3) увеличены;

4. Острый одонтогенный периостит челюсти – это:

- 1) осложнение глубокого кариеса;
- 2) осложнение одонтогенного гайморита;
- 3) осложнение острого пульпита;
- 4) осложнение хронического гранулирующего периодонтита в стадии обострения.

5. Характерными симптомами острого одонтогенного периостита челюсти являются:

- 1) симптом «выросшего» зуба;
- 2) воспалительная контрактура жевательных мышц III-й степени;
- 3) гиперемия и отек слизистой оболочки, а также плотный болезненный инфильтрат по переходной складке в пределах нескольких зубов.

6. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:

- 1) с хроническим гранулирующим периодонтитом
- 2) с хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) со средним кариесом
- 4) с кистогранулемой
- 5) с хроническим фиброзным пульпитом

7. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) среднего кариеса

8. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита

- 4) острого периодонтита
 5) хронического гангренозного пульпита
9.Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
 2) хронического гранулематозного периодонтита
 3) хронического гранулирующего периодонтита
 4) кистогранулемы
 5) хронического гангренозного пульпита

10. 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

Ответы

1-2	2-3	3-3	4-4	5-3	6-5	7-2	8-3	9-2	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 28 Аллергические заболевания слизистой оболочки рта

1. Анафилактический шок протекает как заболевание :

- а) острое ;
 б) хроническое.

2. Крапивница и отёк Квинке :

- а) контагиозны ;
 б) неконтагиозны.

3. При лекарственной аллергии выявляются :

- а) гиперемия ,отёк ;
 б)отёк ,гиперемия ,афта ;
 в) гиперемия ,отёк ,геморрагия

4. Аллергологические пробы при лекарственной аллергии проводят :

- а) в острый период ;
 б) период ремиссии;
 в) продромальный период.

5. Лечение при лекарственном стоматите :

- а) эпителизирующее ;
 б) антибактериальное ;
 в) десенсибилизирующее ;
 г) противовоспалительное.

6. Прогноз при крапивнице и отёке Квинке :

- а) благоприятный ;
 б) неблагоприятный.

7. Сезонность при отёке Квинке

- а) выражена ;
 б) не выражена.

8. Первичный элемент при крапивнице и отёке Квинке :

- а) пузырь ;
 б) волдырь.

9. При аллергическом стоматите поднижнечелюстные лимфатические узлы :

- а) увеличены ,болезненны ;
 б) не увеличены.

10. При лекарственной аллергии проводят дополнительные исследования :

- а) иммунограмма ;
 б) общий клинический анализ крови ;
 в) цитологическое исследование ;

г) серологическое исследование.

Ответы

1-а	2-б	3-а,в	4-б	5-а,б,в	6-б	7-б	8-б	9-а	10-а,б,в
-----	-----	-------	-----	---------	-----	-----	-----	-----	----------

Тема 29 Грибковые заболевания полости рта. СПИД

1. Причины кандидоза :

- а) переохлаждение ;
- б) стресс ;
- в) дисбактериоз ;
- г) аллергия на антибиотики ;
- д) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта .

2. Элементы поражения при кандидозе :

- а) пятно;
- б) корка;
- в) налёт ;
- г) папула,
- д) бугорок.

3. Материал для бактериоскопического исследования берут :

- а) до еды ;
- б) после еды ;
- в) натошак.

4. Налёт при кандидозе содержит :

- а) единичные клетки *Candida* и клетки эпителия ;
- б) смешанную флору полости рта, лейкоциты ;
- в) фузобактерии , клетки эпителия ;
- г) множество почкующихся форм бластоспор и дрожжевой псевдомицелий.

5. Дрожжевую заеду дифференцируют с заедой :

- а) стрептококковой;
- б) туберкулёзной ;
- в) сифилитической ;
- г) экзематозной ;
- д) арибофлавинозной.

6. Ограничение в пищевом рационе при кандидозе :

- а) жиров;
- б) углеводов ;
- в) минеральных солей ;
- г) белков.

7. Прогноз заболевания :

- а) благоприятный;
- б) неблагоприятный.

8. При ВИЧ -инфекции в полости рта часто наблюдается :

- а) кандидоз ;
- б) саркома Капоши ;
- в) многоформная экссудативная эритема ;
- г) волосистая лейкоплакия ;
- д) неходжкинская лимфома.

9. Источником ВИЧ -инфицирования являются :

- а) больные ВИЧ инфекцией / СПИДом;
- б) грызуны ;
- в) носители ВИЧ ; г
-) кровососущие насекомые ;
- д) домашние животные.

10. При лечении ВИЧ-инфицированного больного стоматологу не рекомендуется использовать :

- а) механическую бормашину ;
- б) ультразвуковые приборы ;
- в) турбинные наконечники ;
- г) слюноотсос

д) рентгенографию.

Ответы

1-в	2-в	3-в	4-г	5-а	6-а,б,в	7-а	8-а,б,г	9-а,в	10-б,в
-----	-----	-----	-----	-----	---------	-----	---------	-------	--------

Тема 30 Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта . Проявление сифилиса в полости рта. Туберкулёз

1.Язвенно-некротический стоматит имеет природу :

- а) аллергическую ;
- б) инфекционную ;
- в) аутоиммунную.

2.Возбудители заболевания :

- а)анаэробы ;
- б) аэробы.

3.Возбудители заболевания являются флорой :

- а)патогенной ;
- б) резидентной

4. Дополнительное исследование для уточнения диагностики :

- а)клинический анализ крови ;
- б)анализ крови на содержание глюкозы;
- в)анализ крови на ВИЧ ;
- г) бактериоскопический анализ ;
- д)анализ крови на реакцию Вассермана;
- е)рентгенографию альвеолярного отростка.

5. Симптомы язвенно-некротического стоматита Венсана :

- а)боль при приёме пищи ;
- б)повышение температуры тела ;
- в)общее недомогание ;
- г)бледность кожных покровов ;
- д)гнилостный запах изо рта ;
- е)кровоточивость десны ;
- ж) регионарный лимфаденит ;
- з) появление и быстрое схлопывание пузырьков.

6. Активность в отношении анаэробной флоры проявляет :

- а) йодиол ;
- б)метронидазол ;
- в)солкосерил

7.Препараты применяемые для местного лечения стоматита Венсана :

- а)противовирусные препараты ;
- б) антисептики ;
- в) обезболивающие средства ;
- г)прижигающие средства ;
- д) протеолитические ферменты ;
- е) кератопластики

8. Лечение зубов пациентам с гингивитом Венсана проводят :

- а) в остром периоде ;
- б) после стихания воспалительных явлений.

9. Общее лечение пациента со стоматитом :

- а) противомаларийные препараты ;
- б)гормональные средства ;
- в) жаропонижающие средства ;
- г) антимикробные средства ;
- д) поливитамины

е) антигистаминные средства.

10 Прогноз :

- а) благоприятный ;
- б) неблагоприятный.

Ответы

1-б	2-а	3-б	4-в,г,е	5-а,б,в	6-б	7-б,в,д	8-б	9-в,г,д	10-б
-----	-----	-----	---------	---------	-----	---------	-----	---------	------

Тема 31 Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта

1. Акантолиз-это:

- а) утолщение клеток шиповатого слоя;
- б) скопление жидкости внутри клеток;
- в) разрастание сосочкового слоя ;
- г) скопление жидкости между клетками шиповатого слоя;
- д) расплавление межклеточных цитоплазматических связей.

2. Элементы поражения при простом герпесе располагаются :

- а) подэпителиально;
- б) внутриэпителиально.

3. В остром периоде простого герпеса плановое лечение зубов :

- а) показано ;
- б) не показано.

4. Первичным элементом поражения при простом герпесе является :

- а) пятно;
- б) папула;
- в) пузырьёк;
- г) узел;
- д) пузырь.

5. В крови при герпесе определяются :

- а) лейкопения ;
- б) лейкоцитоз;
- в) повышение СОЭ;
- г) понижение СОЭ;
- д) повышение числа эозинофилов;
- е) повышение числа палочкоядерных нейтрофилов.

6. Профилактика вирусных заболеваний включает:

- а) диспансерное наблюдение;
- б) соблюдение диеты ;
- в) санацию очагов хронической инфекции в полости рта;
- г) повышение защитных сил организма ;
- д) ограничение контакта с инфекционными больными.

7. Препараты, снижающие активность возбудителя заболевания :

- а) мазь Солкосерил;
- б) Ацикловир в таблетках;
- в) Аспирин в таблетках ;
- г) Зовиракс в таблетках ;
- д) Преднизолон мазь.

8. С целью ускорения эпителизации применяют :

- а) Бутадионовая мазь ;
- б) Бонафтоновая мазь;
- в) Солкосерил желе и мазь;
- г) Ретинола ацетат 3,4 % масляный раствор.

9. Для общего лечения простого герпеса применяют :

- а) витамины;
- б) ферменты;
- в) гормональные препараты;;
- г) противогрибковые препараты;
- д) болеутоляющие;
- е) противовирусные препараты;

ж) антигистаминные препараты

з) жаропонижающие.

10. При простом герпесе для уточнения диагноза необходимо провести :

а) биопсию;

б) анализ крови на сахар ;

в) общий клинический анализ крови;

г) цитологическое исследование мазка-отпечатка; реакцию Вассермана

Правильные ответы 1-д ; 2-б ; 3- б ; 4- в ; 5- а,б,е ; 6- в,г,д ; 7- б,г ; 8- в,г ; 9- а,д,е,ж,з; 10- г.

Ответы

1-д	2-б	3-б	4-в	5-а,б,е	6-в,г,д	7-б,г	8-в,г	9-а,д,е	10-г
-----	-----	-----	-----	---------	---------	-------	-------	---------	------

Тема 32 Травматические поражения слизистой оболочки полости рта

1. Травматическую язву относят к предракам :

а) облигатным;

б) факультативным.

2. Признаки озлокачествления травматической язвы:

а) безболезненность при пальпации;

б) уплотнение краёв и основания;

в) ороговение краёв

г) эозинофилия;

д) плотные, спаянные, безболезненные регионарные лимфатические узлы.

3. Антидоты мышьяка :

а) унитиол;

б) препараты йода ;

в) раствор бикарбоната натрия;

г) слабые растворы кислот.

д) жжёная магнезия.

4. Дифференциальную диагностику химической травмы проводят с :

а) острым герпетическим стоматитом;

б) язвенно-некротическим гингивитом Венсана;

в) щелочным некрозом;

г) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

5. Термический ожог является травмой :

а) острой;

б) хронической

6. При повреждении покрывки пузыря образуется :

а) афта;

б) эрозия ;

в) язва.

7. Первичный морфологический элемент при лейкоплакии:

а) налёт;

б) папула;

в) эритема;

г) гиперкератотическое пятно;

д) бляшка;

е) корка

8. Локализация элементов при лейкоплакии :

а) кожа;

б) слизистые оболочки полости рта;

в) кожа и слизистые оболочки полости рта.

9. Вероятность озлокачествления :

а) малая;

б) большая.

10 .Наиболее эффективный препарат для нормализации обменных процессов в эпителии:

- а) аскорутин ;
- б) зиртек
- в) рибофлавин;
- г) масляный раствор витамина А.

Ответы

1-б	2- а,б,в,д	3-а,б,д	4-б,в	5-б	6-а	7-а	8-б	9-а	10-г
-----	---------------	---------	-------	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 33. Строение слизистой оболочки полости рта.

1.Пятно превращается в афту при :

- а) многоформной экссудативной эритеме;
- б) красном плоском лишае;
- в) простом герпесе;
- г) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите.

2.Узелок -первичный морфологический элемент поражения при:

- а) красном плоском лишае;
- б) простом герпесе;
- в) многоформной экссудативной эритеме; г) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите.

3 Пузырёк -элемент при:

- а) простом герпесе;
- б) вульгарной пузырчатке;
- в) ящуре;
- г) пузырно-сосудистом синдроме;
- д) опоясывающем лишае;
- у) ветряной оспе.

4. папула диаметром около 1 см, белесоватого цвета, возвышающаяся над поверхностью слизистой оболочки, с плотным инфильтратом в основании характерна для :

- а) лейкоплакии;
- б) сифилиса;
- в) многоформной экссудативной эритемы.

5. Линейный дефект слизистой оболочки полости рта-это

- а) афта;
- б) язва
- в) эрозия ;
- г) трещина.

6. Первичные элементы поражения :

- а) эрозия, язва, трещина, экхимоз;
- б) рубец, абсцесс, корка, чешуйка;
- в) бугорок, узелок, пустула, пузырь.

7.Папулы на слизистой оболочке полости рта сливаются в рисунок при:

- а) лейкоплакии;
- б) красном плоском лишае;
- в) красной волчанке;
- г) герпесе.

8.При остром псевдомембранозном кандидозе возникает:

- а) чешуйка;
- б) корка;
- в) налёт.

9. Образование петехий и экхимозов связано с

- а) ороговением;
 б) пигментацией; в) кровоизлиянием.

10. Симптом Никольского относят к методам исследования :

- а) основным;
 б)дополнительным

Ответы

1-г	2-а	3- а,в,д,е	4-б	5-г	6-в	7-б	8-в	9-в	10-б
-----	-----	---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 34. Обтурация системы корневого канала.

1. Способ обтурации системы корневого канала определяется

- 1) предпочтениями пациента
 2) морфологией системы корневого канала
 3) предпочтениями врача

2. Жидкая гуттаперча может соединяться с дентином корня

- 1) да, если она правильно разогрета
 2) нет, гуттаперча ни в каком состоянии и ни в какой фазе не способна соединяться с дентином корня

3. При сохраненной апикальной констрикции граница обтурации должна быть

- 1) у рентгенологической верхушки
 2) у физиологической верхушки
 3) в анатомической верхушке

4. Герметик в составе корневой пломбы выполняет роль

- 1) рентгеноконтрастного соединения для оценки качества обтурации
 2) смазки для инструментов, с помощью которых выполняется этап обтурации
 3) утверждения 1и2 не верны

5. Осложнения вследствие ошибок на этапе обтурации системы корневого канала

- 1) возможны, но не требуют дополнительного вмешательства
 2) не возможны
 3) возможны и могут потребовать дополнительных действий от стоматолога

6. Обтурация системы корневого канала твердеющей пастой обеспечивает герметизм корневой пломбы

- 1) да, обеспечивает
 2) нет, не обеспечивает

7. Основным компонентом стандартизированного гуттаперчевого штифта в % отношении является

- 1) оксид цинка
 2) гуттаперча
 3) целлюлоза

8.На исход эндодонтического лечения влияние окажет преимущественно

- 1) качество обтурации системы корневого канала
 2) герметизм постоянной реставрации
 3) качество обтурации и постоянной реставрации одинаково важны для благоприятного исхода эндодонтического лечения

9. Наличие пломбирочного материала за пределами корня говорит о том, что корневой канал плотно и равномерно обтурирован на всем протяжении

- 1) да, это так
 2) нет, это не так

10. Контроль качества обтурации осуществляется путем

- 1) выполнения внутриротовой рентгенографии
 2) по субъективным ощущениям пациента

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	2	2	2	3	3	2	1	3	2	1

Тема 35 Препарирование системы корневого канала.

1. Понятие «препарирование системы корневого канала» включает в себя

- 1) работу эндодонтическими инструментами
- 2) воздействие растворами целенаправленного действия
- 3) сочетание работы эндодонтическими инструментами и воздействия растворами целенаправленного действия

2. Инструментальную систему для препарирования системы корневого канала необходимо выбирать исходя из

- 1) предпочтений врача
- 2) морфологии скк и диагноза
- 3) морфологии скк
- 4) диагноза

3. Эндодонтический доступ - это

- 1) полость, обеспечивающая прямолинейный доступ инструмента к устью каждого корневого канала
- 2) полость, позволяющая одновременно видеть устья всех корневых каналов

4. Во всех клинических ситуациях наружная форма эндодонтического доступа должна повторять форму полости зуба

- 1) да
- 2) нет

5. Устья всех корневых каналов в многокорневых зубах всегда необходимо расширять

- 1) нет, такая тактика приведет к убыли дентина и ослаблению зуба
- 2) да, такая тактика необходима для правильного препарирования системы корневого канала

6. При сохраненной апикальной констрикции корневой канал препарируется до

- 1) анатомической верхушки
- 2) физиологической верхушки
- 3) рентгенологической верхушки

7. Гипохлорит натрия и хлоргексидина биглюконат в одном корневом канале в одно посещение сочетать

- 1) можно
- 2) нельзя

8. Гипохлорит натрия и хлоргексидина биглюконат обладают идентичными свойствами

- 1) да
- 2) нет

9. Абсолютно все эндодонтические инструменты стандартизированы по ISO

- 1) да
- 2) нет

10. Единственным методом, определяющим рабочую длину корневого канала, является электрометрический

- 1) нет
- 2) да

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	3	2	1	2	1	2	1	2	2	1

Тема 36. Патология твердых тканей зубов.

1. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

1. 0,1-0,2
2. 0,2-0,3
3. 0,3-0,5
4. 0,6-0,8
5. более 0,8

2. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1. разрушенной коронкой зуба более 60%
2. значительными изменениями в периодонте
3. подвижностью III степени
4. некачественно запломбированными каналами
5. продольным переломом корня

3. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

1. штампованную искусственную коронку
2. металлический штифт, введенный в корневой канал
3. штифт в корневом канале с искусственной коронкой
4. пластмассовую коронку
5. комбинированную коронку

4. Противопоказание к изготовлению цельнолитных коронок:

1. разрушение коронки зуба
2. зубы с живой пульпой у взрослых
3. пломбирование корневых каналов на 3/4
4. зубы, пломбированные гуттаперчей
5. наличие локализованного гингивита

5. Искусственные коронки классифицируют по:

1. месторасположению
2. окклюзионным контактам
3. групповой принадлежности зубов
4. технологии изготовления
5. фиксации

6. Недостатком металлокерамических коронок является:

1. высокая эстетичность
2. восстановление окклюзионной поверхности
3. прочность
4. большой объем снимаемых тканей
5. технология изготовления

7. Искусственная коронка должна:

1. восстанавливать анатомическую форму зуба
2. опираться на десну
3. завышать прикус
4. занижать прикус
5. создать ретенционные пункты для пищи

8. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

1. низкая эстетичность
2. меньшая травматичность
3. высокая прочность
4. точное воспроизведение рельефа анатомической формы
5. плотное прилегание в пришеечной области

9. При изготовлении металло-пластмассовой коронки твердые ткани со-шлифовываются на (мм):

1. 0,20-0,22
2. 0,35-0,38
3. 1,3-1,5.
4. 1,5-2,0
5. 2,0-2,5

10. Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:

1. фиксация коронок
2. припасовка коронок
3. снятие оттисков
4. одонтопрепарирование
5. изготовление модели

Ответы

1-5	2-1	3-3	4-3	5-4	6-4	7-1	8-1	9-3	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 37. Принципы врачебной этики и деонтологии. Обследование стоматологического больного.

1. Обследование стоматологического больного проводится

- а) в приемном отделении больницы
- б) в перевязочной городской поликлинике
- в) в стоматологической поликлинике

2. Обследование стоматологического больного начинают

- а) с осмотра полости рта
- б) с внешнего осмотра больного
- в) с пальпирования лимфатических узлов
- г) с рентгенологического обследования

3. Основной метод обследования стоматологического больного

- а) рентгенологический
- б) клинический
- в) цитологический
- г) лабораторный

4. Обследование стоматологического больного проводится

- а) врачом-терапевтом
- б) рентгенологом
- в) стоматологом

5. Объем тканей, обследуемых при осмотре полости рта

- а) зубы
- б) слизистая оболочка полости рта и "причинный зуб"
- в) язык
- г) все области и ткани полости рта

6. Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают

- а) с осмотра полости рта
- б) с выяснения жалоб
- в) с анамнеза жизни
- г) с анамнеза болезни

7. Наиболее часто используемый метод исследования при травматических повреждениях челюстно-лицевой области

- а) цитологический
- б) гистологический
- в) рентгенологический
- г) УЗИ

8. Рентгенограммы, используемые для диагностики патологических процессов в верхнечелюстном синусе

- а) обзор костей лицевого скелета в носо-лобной проекции
- б) дентальная рентгенограмма
- в) обзор костей лицевого скелета в носо-подбородочной проекции
- г) радиовизиография

9. Наиболее часто используемый метод обследования слюнных желез по поводу слюнно-каменной болезни

- а) рентгенологический с наливкой железы
- б) рентгенологический без наливки железы
- в) цитологическое исследование
- г) компьютерная томография

10. На ортопантограмме получают

- а) развернутое рентгеновское изображение верхней челюсти
- б) рентгеновское изображение височно-нижнечелюстного сустава
- в) развернутое рентгеновское изображение нижней челюсти
- г) развернутое рентгеновское изображение верхней и нижней челюстей
- д) развернутое рентгеновское изображение верхней, нижней челюстей и височно-нижнечелюстного сустава

Ответы

1-в	2-б	3-б	4-а	5-г	6-б	7-в	8-в	9-а	10-д
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 38 Диагностика заболеваний периодонта пульпарного происхождения.

1. При остром апикальном периодонтите пульпарного происхождения состояние пульпы характеризуется как:

- 1) Нормальная
- 2) Обратимое воспаление
- 3) Необратимое воспаление
- 4) Некроз

2. Укажите жалобу, не характерную для заболеваний периодонта

- 1) Боль от температурных раздражителей
- 2) Боль при накусывании
- 3) Чувство «выросшего зуба»

3. Укажите, какой из перечисленных признаков, характерных для заболевания периодонта, невозможно определить клинически

- 1) Наличие свища
- 2) Подвижность зуба
- 3) Присутствие в системе корневого канала биопленки
- 4) Присутствие в системе корневого канала распада пульпы
- 5) Наличие очага деструкции костной ткани
- 6) Отсутствие реакции на температурные раздражители

4. Какие диагностические методы используются при обследовании пациента с хроническим периодонтитом?

- 1) ЭОД
- 2) Лучевая диагностика
- 3) Температурная проба
- 4) ЛДФ

5. Свищевой ход всегда располагается в проекции верхушки корня причинного зуба

- 1) Да
- 2) Нет

6. Жалоба на «боль при накусывании на зуб» может указывать на:

- 1) Наличие экссудата в периодонтальной щели
- 2) Наличие трещины в зубе
- 3) Неполноценный гибридный слой
- 4) Верно 1, 2, 3
- 5) Верно 1 и 2

7. Подтвердите или опровергните утверждение: «после постановки клинического диагноза «Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения» всем пациентам должны назначаться в общем лечении антибактериальные препараты».

- 1) Да
- 2) Нет

8. При диагностике острого периодонтита перкуссию проводят

- 1) Вертикальную и горизонтальную
- 2) Вертикальную и горизонтальную в сравнении с другими сегментами
- 3) Можно вообще не проводить, если пациент указывает на конкретный зуб

9. При наличии у пациента периапикального абсцесса со свищем, лицо будет симметричным

- 1) Да
- 2) Нет

10. Асимметрия лица характерна для хронического апикального периодонтита

- 1) Да
- 2) Нет

Ответ

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	4	1	3	2	2	4	2	3	1	2

Тема 39. Современные аспекты диспансеризации детей у стоматолога.

1. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

- а) устранении факторов риска
- б) предупреждении возникновения факторов риска
- в) повышении уровня здоровья
- г) назначении корригирующих (лечебных) мероприятий
- д) выявлении факторов риска

2. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта - "факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо

- а) один раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год
- г) диспансерный осмотр 3 раза в год
- д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год

3. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта

- 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
- д) диспансерные осмотры не целесообразны

3. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов

- 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
- д) диспансерные осмотры по показаниям с учетом формы активности кариеса

4. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом

- 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
- д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

5. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса

- 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
- д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

6. Обязательными мероприятиями при осуществлении стоматологической диспансеризации школьников являются

- а) прием детей по обращаемости
- б) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса
- в) распределение детей на диспансерные группы с учетом степени активности кариеса 1 раз в году
- г) перевод детей из одной диспансерной группы в другую при каждом диспансерном осмотре
- д) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

7. Осуществлять диспансерное наблюдение детей с нарушениями функций (речи, дыхания, жевания, глотания) в организованных детских коллективах целесообразнее

- а) заведующему детским стоматологическим отделением
- б) врачу-стоматологу амбулаторного поликлинического приема

- в) детскому врачу-стоматологу, осуществляющему санацию организованных детских коллективов
- г) детскому стоматологу-ортодонту
- д) специально выделенному детскому врачу-стоматологу профилактического отделения

8. Клинические прогностические критерии для диспансеризации детей школьного возраста III-V группы:

- а) плохая гигиена полости рта
- б) появление очагов деминерализации эмали постоянных зубов у ребенка в возрасте до 9 лет
- в) высокий прирост кариеса постоянных зубов в течение года
- г) наличие вредных привычек
- д) нет правильных ответов

9. Признаки хорошо организованной диспансеризации:

- а) увеличение количества детей I и во II диспансерной группе
- б) уменьшение количества детей I и во II диспансерной группе
- в) уменьшение количества осложнений кариеса временных зубов
- г) снижение значений показателей распространенности и интенсивности кариеса
- д) повышение значений показателей распространенности и интенсивности кариеса

10. Какая концентрация фторида в зубной пасте должна быть назначена пациентам в возрасте 6-10 лет с высоким риском развития кариеса зубов

- а) без фтора
- б) 500 ppm
- в) 900 ppm
- г) 1450 ppm

Ответы

1-б	2-б	3-а	4-в	5-д	6-в	7-в	8-б, в	9-а	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--------	-----	------

Тема 40 Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

1. Патогистологическая картина при ограниченном предраковом гиперкератозе:

1. воспалительная инфильтрация
2. наличие акантолитических клеток
3. картина неспецифического воспаления
4. акантолиз
5. дисконплексаия и полиморфизм шиповатых клеток

2. Лечение ограниченного предракового гиперкератоза и бородавчатого предрака сводится к:

1. аппликациям кератопластиков
2. электрокоагуляции
3. антисептической обработке
4. иглорефлексотерапии
5. хирургическому удалению очага поражения

3. Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти:

1. стресс
2. инсоляция
3. бактериальная инфекция
4. пониженная саливация
5. авитаминозы

4. Элементы поражения при хейлите Манганотти:

1. эрозия
2. чешуйка
3. рубец
4. трещина
5. налет

5. Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят к:

1. факультативному предраку
2. облигатному предраку
3. дерматозам
4. раку

5. доброкачественным опухолям

6. Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:

1. сифилитическая папула
2. аллергический стоматит
3. хроническая трещина губ
4. десквамативный глоссит
5. химический ожог

7. Болезнь Боуэна относят к:

1. дерматозам
2. облигатным предракам
3. факультативным предракам
4. вирусным заболеваниям
5. аллергическим состояниям

8. Морфологические элементы при болезни Боуэна:

1. папула
2. пузырь
3. рубец
4. пятно
5. чешуйка

9. Признаки озлокачествления эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:

1. наличие фибринозного налета
2. воспаление вокруг очага поражения
3. появление жжения
4. уплотнение краев и основания очага поражения
5. гиперсаливация

10. Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии:

1. ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек
2. пузырь с серозным содержимым
3. воспалительное пятно
4. эрозия
5. язва

Ответы:

1-5	2-5	3-2	4-1	5-1	6-3	7-2	8-4	9-4	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 41 Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит это заболевание :

- а) инфекционно-аллергическое;
- б) инфекционное;
- в) вирусное ;
- г) токсико-аллергическое.

2. Локализуется на слизистой оболочке :

- а) щёк ;
- б) языка ;
- в) дна полости рта;
- г) твёрдого нёба ;
- д) десны.

3. Элемент поражения при ХРАС :

- а) пятно ;
- б) афта ;
- в) язва ;
- г) трещина ;
- д) корка.

4. Дифференциальная диагностика хронического рецидивирующего стоматита проводится с :

- а) травматической эрозией ;

- б) вторичным папулёзным сифилисом ;
- в) ВИЧ-инфекцией ;
- г) хроническим герпетическим стоматитом ;
- д) десквамативным глосситом.

5.Дополнительные методы исследования :

- а)общий клинический анализ крови ;
- б)биохимический анализ крови ;
- в)содержание сахара в крови ;
- г) кожные пробы с микробными аллергенами.

6. Для обезболивания применяют:

- а) 1-2% раствор лидокаина ;
- б) 1% раствор тримекаина;
- в)5% метилурациловую мазь.

7.Для антибактериальной и противовоспалительной терапии применяют :

- а) 0,25 % раствор хлорамина ;
- б) 0,06 % раствор хлоргексидина ;
- в) 0,5 %раствор этония натрия ;
- г)10% эмульсия галаскорбина.

8.Для гипосенсибилизирующей терапии используют :

- а)супрастин ;
- б) димедрол ;
- в) тавегил ;
- д) тиосульфат натрия

9.Для ускорения эпителизации используют :

- а)витамин А; ,
- б)каротолин;
- в)метрогил Дента ;
- г) холисал ;
- д)мундизал-гель.

10. Считают благоприятным исходом хронического рецидивирующего афтозного стоматита :

- а) выздоровление ;
- б) увеличение межрецидивных периодов ;
- в) переход в перманентную форму.

Ответы

1-а	2-б	3-б	4-а,б,г	5-а,г	6-а,б	7-а,б	8-а,б,в	9-а,б	10-а,б
-----	-----	-----	---------	-------	-------	-------	---------	-------	--------

Тема 42 Изменения слизистой оболочки полости рта при болезнях крови и кроветворных органов.

1.При анемии Аддисона — Бирмера назначают витамин В12 :

- а) внутрь;
- б) парентерально

2.Ярко-красный болезненный язык с атрофией сосочков называется глосситом :

- а) десквамативным ;
- б)< географическим > ;
- в) Миллера- Гунтера.

3.Причина глоссита Миллера- Гунтера :

- а) вирус гриппа ;
- б) дефицит витамина В12;
- в)снижение высоты нижнего отдела лица.

4.Синергистом витамина В12 является :

- а) фолиевая кислота ;
- б) витамин С ;

в) витамин РР.

5. Фактор Кацгла не вырабатывается при :

- а) сахарном диабете ;
- б) анемии Аддисона- Бирмера ;
- в) авитаминозе С

6. При анемии Аддисона-Бирмера цветовой показатель :

- а) выше 1 ;
- б) ниже 1 ;
- в) норма.

7. При витамин В12 -дефицитной анемии гемограмма выявляет :

- а) уменьшение количества эритроцитов ;
- б) уменьшение количества лейкоцитов ;
- в) снижение гемоглобина.

8. Болезнь Верльгофа наблюдается чаще у :

- а) женщин пожилого возраста ;
- б) молодых мужчин ;
- в) женщин молодого возраста .

9. Дополнительные методы исследования при агранулоцитозе :

- а) клинический анализ крови ;
- б) исследование времени кровотечения ;
- в) пункция костного мозга.

10 Симптомы при остром лейкозе :

- а) боль при глотании ;
- б) повышение температуры тела ;
- в) боль в костях;
- г) профузные кровотечения из десны ;
- д) невралгическая боль . е родов ; б) Исчезает через 1,5- 6 месяцев после родов; в) исчезает через год после родов.

Ответы

1-б	2-в	3-б	4-а	5-б	6-а	7-а,в	8-в	9-а,в	10-а,б,г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-----	-------	----------

Тема 43 Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах

1 Первичный элемент при красном плоском лишае :

- а) папула ;
- б) пятно ;
- в) пузырьёк.

2. Красный плоский лишай чаще встречается у :

- а) мужчин
- б) женщин.

3. Формы красного плоского лишая :

- а) типичная ;
- б) атипичная ;
- в) плоская ;
- г) эрозивно-язвенная ;
- д) буллёзная ;
- е) гиперкератотическая ;
- ж) экссудативно-гиперемическая.

4. При цитологическом исследовании соскоба с эрозии при плоском лишае выявляют клетки:

- а) специфические ;
- б) неспецифические.

5. Плоский лишай провоцируют :

- а) переохлаждение ;
- б) стресс;
- в)аллергическая реакция на пищевые продукты ;
- г) раздражающая пища.

6. Красный плоский лишай контагиозным заболеванием :

- а)является ;
- б) не является.

7. К факультативным предракам относят формы красного плоского лишая :

- а)типичную ;
- б) атипичную ;
- в)эрозивно-язвенную ;
- г) буллёзную ;
- д)гиперкератотическую ;
- ж)экссудативно -гиперемическую .

8. Элементы красного плоского лишая встречаются на :

- а)слизистой оболочке рта ;
- б) кожных покровах и слизистых оболочках ;
- в) кожных покровах.

9.Плоский лишай ороговением :

- а) сопровождается ;
- б) не сопровождается.

10. Плоский лишай встречается чаще в :

- а) молодом возрасте ;
- б) пожилым возрасте.

Ответы

1-а	2-б	3- а,б,г,д,е,ж	4-б	5- б,в,г	6-б	7- в,д	8-б	9-а	10-б
-----	-----	-------------------	-----	-------------	-----	--------	-----	-----	------

Тема 44 Поражение слизистой оболочки полости рта при пузырьных дерматозах

1.Пузырчатку к предракам :

- а) относят ;
- б) не относят.

2.Морфологические элементы при пузырчатке :

- а)волдырь ;
- б) пузырьёк ;
- в) зрозия ;
- г) пузырь ;
- д)папула ;
- е)пустула.

3. Первичный морфологический элемент располагается :

- а)субэпителиально ;
- б)внутриэпителиально.

4.Для вульгарной пузырчатки характерен положительный симптом :

- а) Никольского ;
- б) субэпителиальной перифокальной отслойки.

5. Этиология пузырчатки :

- а)известна ;
- б) неизвестна.

6. В соскобе с поверхности эрозии при пузырчатке обнаруживают :

- а) гигантские многоядерные клетки ;
- б) акантолитические клетки ;

в) атипичные клетки, голые ядра.

7. При красной волчанке отмечается :

- а) пузырь ;
- б) пятно ;
- в) папула ;
- г) атрофия.

8. К красной волчанке предрасполагает :

- а) бактериальная инфекция ;
- б) переохлаждение ;
- в) инсоляция ;
- г) травма ;
- д) сахарный диабет.

9. В очаге поражения красной волчанкой гистологически выявляют :

- а) папилломатоз ;
- б) паракератоз ;
- в) гиперкератоз ;
- д) спонгиоз.

10. Диспансерное наблюдение при красной волчанке :

- а) показано ;
- б) не показано.

Ответы

1-б	2-в,г	3-б	4-а	5-б	6-б	7-б,г	8-б,в,г	9-б,в	10-а
-----	-------	-----	-----	-----	-----	-------	---------	-------	------

Тема 45 Хейлиты

1. Возникновению трещин губ способствуют:

- 1. вирусы
- 2. вредные привычки
- 3. сухость губ
- 4. врожденные особенности архитектоники губ
- 5. верно 2), 3) и 4)

2. Хроническими трещинами чаще страдают:

- 1. женщины
- 2. дети
- 3. мужчины
- 4. пол не имеет значения
- 5. верно 1) и 2)

3. Морфологические элементы хронических трещин губ:

- 1. язва
- 2. афта
- 3. трещина
- 4. кровянистая корка
- 5. верно 3) и 4)

4. Наиболее часто поражается трещинами:

- 1. комиссура
- 2. верхняя губа
- 3. нижняя губа
- 4. периоральная кожа
- 5. слизистая оболочка губы

5. Атопический хейлит - это:

- 1. самостоятельное заболевание
- 2. симптом системной атопии
- 3. осложнение герпетической инфекции
- 4. макрохейлит
- 5. верно 3) и 4)

6. В этиологии атопического хейлита выделяют:

- 1. генетический фактор

2. сенсibilизацию
3. стрептококковую инфекцию
4. вирусную инфекцию
5. верно 1) и 2)

7. При atopическом хейлите поражается:

1. красная кайма губ
2. слизистая оболочка
3. углы рта
4. кожа периоральной области
5. верно 1), 3) и 4)

8. Гландулярный хейлит - это гиперплазия мелких желез:

1. сальных
2. потовых
3. слюнных
4. слизистых
5. верно 1) и 2)

9. Лечение glandулярного хейлита сводится к:

1. аппликации стероидных мазей
2. прижиганию 30% раствором нитрата серебра
3. криодеструкции
4. электрокоагуляции
5. верно 1) и 4)

10. Причины возникновения эксфолиативного хейлита:

1. острая пища
2. вредные привычки (облизывание, кусание губ)
3. иммунодефицитное состояние
4. психоэмоциональное напряжение
5. верно 2) и 4)

Ответы

1-5	2-4	3-5	4-3	5-2	6-5	7-5	8-3	9-5	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 46 Глосситы. Глоссалгия

1. Характер изменений на языке при десквамативном глоссите:

1. изменений нет
2. «лакированный» язык
3. очаги десквамации
4. глубокие борозды
5. гипертрофия сосочков языка

2. Десквамативный глоссит дифференцируют с:

1. ромбовидным глосситом
2. вторичным сифилисом
3. хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом
4. многоформной экссудативной эритемой
5. герпетическим стоматитом

3. Лечение десквамативного глоссита направлено на:

1. изменение pH среды полости рта
2. эпителизацию эрозий
3. улучшение трофической функции язычного нерва
4. устранение приступов невралгических болей
5. верно 1) и 2)

4. Складчатый язык - это:

1. следствие приема острой пищи
2. результат хронической травмы зубами
3. врожденная аномалия развития
4. осложнение сердечно-сосудистой патологии
5. следствие гормональных нарушений

5. Для складчатого языка характерно наличие:

1. трещин
2. эрозий
3. складок
4. язв
5. гиперкератоза

6. При складчатом языке больные жалуются на:

1. самопроизвольные боли
2. боль при приеме пищи
3. необычный вид языка
4. жжение во время еды
5. жжение после еды

7. При черном волосатом языке повышенному ороговению и гипертрофии подвержены сосочки:

1. грибовидные
2. листовидные
3. желобоватые
4. нитевидные
5. Грушевидные

8. В развитии черного волосатого языка имеет значение:

1. употребление горячей пищи
2. курение
3. неудовлетворительная гигиена
4. несанированная полость рта
5. стресс

9. Дифференциальную диагностику черного волосатого языка проводят с:

1. десквамативным глосситом
2. многоформной экссудативной эритемой
3. глоссалгией
4. налетом от пищевых красителей
5. острым герпетическим стоматитом

10. Бактериоскопия при черном волосатом языке чаще всего выявляет:

1. стафилококки
2. грибы Candida и лептотрихии
3. вирусы
4. анаэробы
5. стрептококки

Ответы

1-3	2-2	3-3	4-3	5-3	6-3	7-4	8-2	9-4	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 47 Конструирование искусственных зубных рядов в полных съемных зубных протезах

1. Окклюзия - частный случай артикуляции, характеризующийся:

1. всеми перемещениями нижней челюсти
2. смыканием зубов
3. разобщением зубных рядов
4. широким открыванием рта
5. боковыми движениями нижней челюсти

2. Окклюзатор - аппарат, воспроизводящий:

1. все движения нижней челюсти
2. смыкание и размыкание челюстей
3. движения нижней челюсти влево
4. движения нижней челюсти вправо
5. движения нижней челюсти вперед

3. Артикуляция - понятие, включающее в себя соотношение челюстей при:

1. центральной окклюзии
2. боковой окклюзии
3. передней окклюзии

4. всевозможных положениях нижней челюсти

5. состоянии физиологического покоя

4. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

1. моделировочным

2. базисным

3. профильным (восколит)

4. бюгельным

5. Липким

5. Искусственные зубы на приточке устанавливают при:

1. третьем классе дефектов зубного ряда по Кеннеди

2. отсутствии одного зуба в переднем участке зубного ряда

3. концевом одностороннем дефекте зубного ряда

4. первом классе дефектов зубного ряда по Кеннеди

5. большой протяженности дефекта зубного ряда

6. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассу с используют

1. модель

2. кламмеры

3. искусственные зубы

4. искусственные зубы, кламмеры

5. модель, искусственные зубы, кламмеры

7. Свободное наложение пластиночного протеза (при дефекте зубного ряда)

1. завышения высоты нижнего отдела лица

2. дефектов базиса при недопаковке пластмассы

3. прилегания базисной пластмассы к шейкам зубов

4. занижения высоты нижнего отдела лица

5. ошибки при постановке искусственных зубов

8. Один из факторов, обуславливающих болевые ощущения при пользовании

1. толщина базиса протеза

2. укорочение границ базиса

3. степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов

4. не выверенные окклюзионные контакты

5. снижение высоты нижнего отдела лица

9. Одним из преимуществ пластмассовых искусственных зубов в съемном протезе

1. большей твердости

2. механическом соединении с базисом

3. возможности поставить зубы на приточке

4. возможности поставить зубы при прогеническом прикусе

5. большей цветостойкости

10. При замене воскового базиса съемного протеза на пластмассовый используют

1. модель

2. искусственные зубы

3. искусственные зубы и кламмеры

4. модель, искусственные зубы, кламмеры

5. модель с искусственными зубами, поставленными на приточке

Ответы

1-2	2-2	3-4	4-2	5-2	6-5	7-3	8-4	9-3	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 48 Реакция тканей протезного ложа при пользовании полными съемными протезами.

1. Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:

1. физиологическим

2. полуфизиологическим

3. нефизиологическим

4. комбинированным

5. опирающимся

2. Съёмные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):

1. 20
2. 50
3. 70
4. 90
5. 100

3. При расположении протеза на челюсти (в покое) плечо удерживающего кламмера должно:

1. оказывать давление на зуб
2. быть пассивным
3. отстоять от поверхности зуба
4. располагаться в окклюзионной зоне
5. плотно прилегать к десне

4. Свободное наложение пластиночного протеза (при дефекте зубного ряда)

1. завышения высоты нижнего отдела лица
2. дефектов базиса при недопаковке пластмассы
3. прилегания базисной пластмассы к шейкам зубов
4. занижения высоты нижнего отдела лица
5. ошибки при постановке искусственных зубов

5. Один из факторов, обуславливающих болевые ощущения при пользовании протезом

1. толщина базиса протеза
2. укорочение границ базиса
3. степень стертости окклюзионной поверхности искусственных зубов
4. не выверенные окклюзионные контакты
5. снижение высоты нижнего отдела лица

6. Бюгельный протез передает жевательное давление на:

1. естественные зубы
2. жевательные мышцы
3. слизистую оболочку полости рта и естественные зубы
4. височно-нижнечелюстной сустав
5. слизистую оболочку полости рта, мышцы, естественные зубы

7. Отросток удерживающего кламмера должен располагаться:

1. между экватором и десной
2. между экватором и окклюзионной поверхностью
3. на вестибулярной поверхности зуба
4. в области ската альвеолярного гребня с оральной стороны
5. по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами

8. При наличии сильных болей больному рекомендуется съёмный пластиночный протез:

1. не снимать до посещения врача
2. снять и надеть за 3—4 часа перед посещением врача
3. снять и сразу придти к врачу
4. снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
5. снять и после исчезновения воспалительных явлений придти к врачу

9. Первая коррекция съёмного пластиночного протеза производится:

1. в день наложения протеза
2. на следующий день после наложения протеза
3. через неделю после наложения протеза
4. через месяц
5. только при появлении болей

10. При изменении дикции после наложения съёмного пластиночного протеза

1. изготовить новый протез
2. укоротить границы протеза
3. пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти
4. провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов
5. создать разобщение между фронтальными зубами

Ответы

1-3	2-2	3-2	4-3	5-4	6-3	7-5	8-2	9-2	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 49 Заболевания слюнных желез

1. При сиалодохитах поражается:

- 1) строма железы;
- 2) паренхима железы;
- 3) система выводных протоков;
- 4) внутрижелезистые лимфоузлы.

2. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является:

- 1) боль в железе;
- 2) гипосаливация;
- 3) гиперсаливация;
- 4) воспаление устья протока;
- 5) увеличение железы во время приёма пищи.

3. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется:

- 1) расширением главного протока;
- 2) сужением протоков всех порядков;
- 3) множественными полостями в железе;
- 4) ампульным расширением протоков II-IV порядков.

4. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится:

- 1) при сильных болях;
- 2) при абсцедировании;
- 3) при множественных полостях в железе;
- 4) при наличии гнойного отделения из протоков.

5. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желёз относится:

- 1) болезнь Шегрена;
- 2) болезнь Микулитца;
- 3) эпидемический паротит
- 4) интерстициальный сиалоаденит.

6. Наиболее часто встречается сиалометриаз:

- 1) околоушной;
- 2) подъязычной;
- 3) малых слюнных желёз;
- 4) поднижнечелюстной слюнной железы.

7. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке выполняют Рё-графию:

- 1) ортопантограмму;
- 2) тела нижней челюсти;
- 3) внутриротовую дна полости рта;
- 4) поднижнечелюстной слюнной железы.

8. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является:

- 1) физиотерапия;
- 2) химиотерапия;
- 3) гормонотерапия;
- 4) аутогемотерапия;
- 5) хирургическое вмешательство.

9. Основным методом хирургического лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является:

- 1) экстирпация железы;
- 2) удаления конкремента;

- 3) пластика выводного протока;
- 4) рассечение вартонова протока.

10. Для профилактики проталкивания конкремента во внутрижелезистые протоки при удалении его из вартонова протока необходимо выполнить:

- 1) бужирование вартонова протока;
- 2) заполнение контрастным веществом;
- 3) прошивание протока дистальнее камня;
- 4) прошивание протока медиальнее камня.

Ответы

1-3	2-5	3-2	4-2	5-4	6-4	7-3	8-5	9-2	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 50 Заболевания височного-нижнечелюстного сустава

1. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:

- 1) артрит ВНЧС;
- 2) опухоль;
- 3) мастоидит;
- 4) периостит в/ч

2. Ведущими симптомами анкилоза ВНЧС являются:

- 1) шум в ушах;
- 2) нарушение глотания;
- 3) множественный кариес;
- 4) резкое ограничение подвижности н/ч.

3. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:

- 1) нарушение окклюзии;
- 2) мастоидит;
- 3) невралгия III ветви тройничного нерва;
- 4) глоссалгия;
- 5) перелом мышечного отростка н/ч в детском возрасте.

4. Форма анкилоза ВНЧС:

- 1) гнойный;
- 2) фиброзный;
- 3) гипертрофический;
- 4) катаральный;
- 5) атрофический.

5. Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:

- 1) шум в ушах;
- 2) нарушение глотания;
- 3) множественный кариес;
- 4) болевой синдром;
- 5) полное отсутствие движений в ВНЧС.

6. Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

- 1) нижней макрогнатией;
- 2) верхней микрогнатией;
- 3) верхней ретрогнатией;
- 4) профилем «птичьего» лица;
- 5) сужением лица.

7. Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется:

- 1) прерывистой суставной щелью;
- 2) сплошным костным конгломератом;
- 3) четко контурирующимися элементами суставных структур;
- 4) равномерным расширением суставной щели.

8. Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается в:

- 1) редрессации;
- 2) физиотерапии;
- 3) артропластике;
- 4) создание ложного сустава;
- 5) остеотомии в/ч

9. Лечение костного анкилоза ВНЧС заключается:

- 1) редрессации;
- 2) физиотерапии;
- 3) артропластике;
- 4) антибиотикотерапии;
- 5) механотерапии.

10. Основным хирургическим методом лечения контрактур н/ч является:

- 1) иссечение рубцов;
- 2) рассечение рубцов;
- 3) остеотомия ветви н/ч;
- 4) рассечение и иссечение рубцов с последующей пластикой операционных дефектов.

Ответы

1-1	2-4	3-5	4-2	5-5	6-4	7-2	8-1	9-3	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 51. Пародонтит и другие заболевания пародонта

1. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести

- 1) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок;
- 2) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет;
- 3) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба;
- 4) наличие большого количества зубных отложений;
- 5) кровоточивость десневых сосочков.

2. Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?

- 1) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня;
- 2) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок;
- 3) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости;
- 4) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов;
- 5) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет.

3. Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита?

- 1) нет;
- 2) имеются, глубиной до 6 мм;
- 3) имеются, глубиной до 3 мм;
- 4) имеются ложные десневые карманы;
- 5) имеются костные карманы.

4. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите средней степени тяжести

- 1) не имеется;
- 2) наблюдается очень редко;
- 3) наблюдается часто;
- 4) выявляется только при проведении бензидиновой пробы;
- 5) выявляется при проведении формалиновой пробы.

5. Каковы данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени пародонтита?

- 1) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
- 2) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня;
- 3) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка;
- 4) изменений в костной ткани нет;
- 5) явления остеопороза в губчатой кости.

6. К пародонтомам относят

- 1) эпюлис
- 2) фиброматоз
- 3) акантоз
- 4) липоматоз

7. К идиопатическим заболеваниям относятся

- 1) болезнь Таратынова
- 2) болезнь Папийонна – Лефевра
- 3) болезнь Хенда – Крисчена – Шюллера
- 4) все выше перечисленные

8. Пародонтит дифференцируют с заболеваниями

- 1) гингивит
- 2) идеопатические заболевания
- 3) пародонтомы
- 4) старческая атрофия
- 5) поражение десен солями тяжелых металлов

9. Наличие пародонтального кармана характерно для

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита

10. Наличие ложного десневого кармана характерно для

- 1) пародонтита
- 2) пародонтоза
- 3) гипертрофического гингивита

Ответы

Тест№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	3	3	1	1,2	4	1,2,3	1	3

Тема 52 Лечение заболеваний пародонта. Поддерживающая терапия

1. Критерием выбора метода хирургического вмешательства при лечении пародонтита является

- 1) жалобы больного
- 2) глубина карманов
- 3) длительность заболевания
- 4) общее состояние больного

2. При глубине кармана до 3-5 мм целесообразно провести

- 1) кюретаж
- 2) открытый кюретаж
- 3) лоскутную операцию

3. При глубине кармана на 4-5 мм целесообразно провести

- 1) кюретаж
- 2) открытый кюретаж
- 3) лоскутную операцию

4. При глубине кармана более 5 мм целесообразно провести

- 1) кюретаж
- 2) открытый кюретаж
- 3) лоскутную операцию

5. Удаление наддесневого камня проводят

- 1) до кюретажа пародонтальных карманов
- 2) в процессе кюретажа
- 3) после кюретажа

6. Удаление поддесневого камня проводят

- 1) до кюретажа пародонтальных карманов
- 2) в процессе кюретажа
- 3) после кюретажа

7. К противовоспалительным средствам относятся

- 1) гепариновая мазь
- 2) аспириновая мазь
- 3) бутадиононовая мазь
- 4) мазь солкосерила
- 5) масляный раствор витамина А

6) облепиховое масло

8. К эпителизирующим средствам относятся

- 1) гепариновая мазь
- 2) аспириновая мазь
- 3) бутадионовая мазь
- 4) мазь солкосерила
- 5) масляный раствор витамина А
- 6) облепиховое масло

9. Протеолитические ферменты используются при

- 1) кровоточивости десны
- 2) гноетечении
- 3) некрозе десны
- 4) ретракции десны

10. Метранидозол используют при лечении

- 1) катарального гингивита
- 2) язвенно-некротического гингивита
- 3) пародонтоза
- 4) гипертрофического гингивита

Ответы

Тест№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	2	3	1	2	2,3	5,6	2,3	2

Тема 53 Хирургические методы лечения заболеваний пародонта

1. 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

2. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция
4. гингивотомия
5. гингивэктомия

3. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция
4. гингивотомия
5. гингивэктомия

4. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:

1. гингивотомия
2. гингивэктомия
3. лоскутная операция
4. экстирпация зуба
5. Кюретаж

5. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

1. пародонтита легкой степени
2. пародонтита средней степени

3. пародонтита тяжелой степени
4. пародонтоза средней степени
5. пародонтоза тяжелой степени
- 6. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:**

1. пародонтиту легкой степени
2. пародонтиту средней степени
3. пародонтиту тяжелой степени
4. пародонтозу средней степени
5. пародонтозу тяжелой степени

7. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. жалобы пациента
2. длительность заболевания
3. кровоточивость десны при чистке зубов
4. глубина пародонтального кармана
5. степень подвижности зубов

8. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:

1. диспансеризация
2. антибактериальная терапия
3. десенсибилизирующая терапия
4. прием фторсодержащих таблеток
5. герметизация фиссур зубов

9. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

1. вертикальный
2. горизонтальный неравномерный
3. горизонтальный равномерный 4) смешанный
4. очаговый

10. Рецессия десны характерна для:

1. катарального гингивита
2. гипертрофического гингивита
3. язвенно-некротического гингивита
4. пародонтита
5. пародонтоза

Ответы

1-1	2-2	3-3	4-1	5-1	6-3	7-4	8-1	9-3	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 54. Терапевтические аспекты острой травмы зубов у детей.

1. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка шести лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:

- а) удалить
- б) сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- в) оставить под наблюдением
- г) сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
- д) сохранить, используя биологический метод лечения

2. В выборе врачебной тактики при вколоченном вывихе временного центрального резца решающее значение имеет:

- а) возраст ребенка
- б) поведение ребенка
- в) желание родителей
- г) время, прошедшее после травмы

3. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

- а) зуб удалить
- б) трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- в) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
- г) репозиция, фиксация, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- д) наблюдение

4. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает:

- а) вывих зуба полный
- б) отлом коронки
- в) ушиб зуба
- г) вывих зуба неполный

5. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде вывиха:

- а) неполного
- б) внедренного
- в) полного

6. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:

- а) множественный кариес этих зубов и его осложнения
- б) глубокий прогнатический прикус
- в) мелкое преддверие рта
- г) мезиальная окклюзия

7. При переломе коронки в пределах эмали во временных зубах (с несформированными и сформированными корнями) необходимо

- а) реминерализующая терапия
- б) наблюдение за состоянием пульпы
- в) сошлифовывание острых краев дефекта, реминерализующая терапия и наблюдение за состоянием пульпы
- г) реставрация коронки цементными пломбами
- д) реставрация коронки композитными пломбами

8. При переломе корня вблизи верхушки или средней части постоянного несформированного и сформированного зуба требуется выполнить

- а) витальную экстирпацию
- б) шинирование
- в) пломбирование канала пастой
- г) пломбирование канала цементом
- д) удаление зуба до линии отлома

9. Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы

- а) на рентгенограмме изменений нет
- б) периодонтальная щель равномерно расширена
- в) периодонтальная щель расширена на одной стороне
- г) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба
- д) периодонтальная щель «отсутствует» у верхушки зуба

10. Способы доставки отломка коронки зуба в стоматологическую клинику:

- а) в стерильной вате
- б) в сухой стерильной марлевой повязке
- в) в целлофановом пакете
- г) в физиологическом растворе

Ответы

1-а	2-а	3-г	4-б	5-б	6-б	7-в	8-б	9-а	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 55 Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей.

1. Пародонт – это

- а) зуб, десна, периодонт
- б) десна, периодонт, кость альвеолы
- в) зуб, десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня

2. Наличие истинного пародонтального кармана характерно

- а) для гингивита
- б) для пародонтита
- в) для пародонтоза
- г) для пародонтомы
- д) для периодонтита

3. Для катарального гингивита характерно

- а) кровоточивость десен
- б) наличие пародонтальных карманов
- в) ретракция десны
- г) атрофия альвеолы
- д) побледнение десны

4. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- а) наследственность
- б) наличие биоплёнки
- в) вредные привычки
- г) подвижность зубов.
- д) частичная адентия

5. Признаками здоровой десны являются

- а) бледность десны, плотность тканей, рецессия десны
- б) розовый цвет, отсутствие кровоточивости
- в) розовый цвет, отсутствие кровоточивости, деформация края десны
- г) цианотичность десневого края
- д) бледность десны, плотность тканей, ретракция десны

6. Способы передачи возбудителей при остром герпетическом стоматите (ОГС)

- а) контактный, воздушно-капельный
- б) воздушно-капельный, алиментарный.
- в) алиментарный, контактный, воздушно-капельный
- г) контактный
- д) воздушно-капельный

7. Истинный полиморфизм характерен для

- а) ОГС
- б) ХРАС
- в) МЭЭ
- г) герпангины
- д) травматических поражений СОПР

8. Назначьте мазь для местного лечения ОГС

- а) гепариновую
- б) бутадионовую
- в) ацикловир
- г) гидрокортизон
- д) цинковую

9. Возбудителем герпангины являются

- а) вирус простого герпеса
- б) вирус Коксаки, ЕСНО
- в) гемолитический стрептококк
- г) пневмококк
- д) палочка Коха

10. Налет при легкой форме кандидомикоза (молочница):

- а) снимается легко
- б) не снимается.
- в) снимается с трудом
- г) отсутствует
- д) визуально не определяется

Ответы

1-в	2-б	3-а	4-б	5-б	6-а	7-в	8-в	9-б	10-а
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 56 Профилактика осложнений на этапах эндодонтического лечения.

1. Варианты восстановления анатомической целостности коронки зуба обсуждаются

- 1) При составлении предварительного плана лечения
- 2) После obturации системы корневого канала

2. Чрезмерный эндодонтический доступ способствует

- 1) ослаблению зуба и снижению устойчивости к жевательной нагрузке
- 2) улучшению фиксации пломбировочного материал

3. Миниинвазивный доступ возможен

- 1) при любом оснащении рабочего места
- 2) только при наличии магнефикации

4. Неправильный эндодонтический доступ приведет к

- 1) пропуску корневых каналов
- 2) сепарации инструмента
- 3) перфорациям различной локализации
- 4) все перечисленное

5. Чрезмерное расширение корневого канала

- 1) значительно повышает качество его пломбирования
- 2) значительно уменьшает прочностные характеристики зуба
- 3) никак не влияет на прочностные свойства зуба после лечения
- 4) верно 1и3

6. Рабочая длина корневого канала в процессе препарирования меняться не может

- 1) не верно
- 2) верно

7. « Гипохлоритовая авария» - это следствие ошибки стоматолога

- 1) да
- 2) нет

8. При «гипохлоритовой аварии» может развиваться состояние, угрожающее жизни больного

- 1) нет
- 2) да

9. Худший прогноз для исхода лечения имеет перфорация коронки

- 1) выше эпителиального прикрепления
- 2) в зоне эпителиального прикрепления
- 3) ниже эпителиального прикрепления

10. Вертикальный перелом корня – это

- 1) чаще самостоятельное заболевание
- 2) чаще осложнение эндодонтического лечения

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	1	1	2	4	2	1	1	2	2	2

Тема 57 «Болезни периапикальных тканей»

1. Какая из перечисленных функций не относится к ткани периодонта?

- 1) Удерживание зуба в лунке
- 2) Регуляция жевательного давления
- 3) Обеспечение кровоснабжения и иннервации жевательного органа
- 4) Образование вторичного дентина

2. Хронический апикальный абсцесс – это деструктивный процесс в периодонте, который является

- 1) Осложнением кариеса
- 2) Неблагоприятным исходом эндодонтического лечения
- 3) верно 1и2

3. Изменение проницаемости сосудистой стенки обуславливает развитие

- 1) Гиперемии, боли и отека
- 2) Образования свищевого хода
- 3) Формирование очага деструкции

4. «Ткань периодонта» - это

- 1)Периодонтальная связка, цемент корня, альвеолярная кость
- 2)Периодонтальная связка, пульпа зуба, цемент корня, альвеолярная кость

5. Острый периодонтит пульпарного происхождения является

- 1)Осложнением кариеса
- 2)Специфическим инфекционным заболеванием

6. Существует ли связь между гистологическим строением очага периапикальной деструкции и клиническими проявлениями периодонтита?

- 1)Да
- 2)Нет

7. По происхождению периодонтит бывает:

- 1)Инфекционный и медикаментозный
- 2)Травматический, инфекционный и идиопатический
- 3)Инфекционный, медикаментозный и травматический

8. Этиологическим фактором острого апикального периодонтита пульпарного происхождения является:

- 1)травма
- 2)инфекция

9. Апикальная перколяция – это

- 1)Фильтрация тканевой жидкости из периодонта в систему корневого канала
- 2)Проникновение инфицированного содержимого из системы корневого канала в периодонт

10. В пространстве анатомической верхушки (от апикальной констрикции до апикального отверстия) находится

- 1)Ткань пульпы
- 2)Ткань периодонта

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	4	3	1	1	1	2	3	2	1	2

Тема 58. Препарирование и obturation системы корневого канала при «болезнях периапикальных тканей»

1. Органическую субстанцию в системе корневого канала растворяют:

- 1) гидроксид кальция
- 2) хлоргексидина диглюконат
- 3) гипохлорит натрия
- 4) верно 1и3

2. Для нейтрализации эндотоксина может применяться:

- 1) паста с гидроксидом кальция
- 2) раствор гипохлорита натрия
- 3) хлоргексидина диглюконат
- 4) верно 2и3

3. Для пролонгированной дезинфекции дентина корня может применяться:

- 1) паста с гидроксидом кальция
- 2) раствор гипохлорита натрия
- 3) хлоргексидина диглюконат
- 4) верно 1и3

4. Механизм летального воздействия гидроксильных ионов на микробную клетку:

- 1)Разрушение цитоплазматической мембраны
- 2)Растворение протеинов
- 3)Повреждение ДНК бактерий
- 4)Все вышеперечисленное

5. Гидроксид кальция проявляет свои уникальные свойства только

- 1) в жидкой среде при высокой концентрации гидроксильных ионов

2) в твердой среде при высокой концентрации гидроксильных ионов

3) в жидкой среде при средней концентрации гидроксильных ионов

6. Главным прогностическим фактором в эндодонтии на сегодняшний день является :

1) присутствие инфекции в системе корневого канала

2) плотность obturation системы корневого канала

7. За деструкцию костной ткани при «болезнях периапикальных тканей» ответственны:

1) микроорганизмы

2) растворы для ирригации

3) компоненты корневой пломбы

8. Зачем obturировать пространство системы корневого канала:

1) Перекрыть микроорганизмам и продуктам их жизнедеятельности доступ за пределы корневого канала

2) Исключить ортоградное реинфицирование системы корневого канала

3) Обеспечить условия для фиксации культы и искусственной коронки

4) Все вышеперечисленное

9. Классическое описание свойств корневой пломбы принадлежит

1) Луи Гроссману

2) Грину Вардиману Блэку

3) Луи Пастеру

10. Для воздействия на инфицированный дентин

1) в обязательном порядке должен быть удален смазанный слой

2) смазанный слой удалять не обязательно

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	4	1	4	4	1	1	1	4	1	1

Тема 59. Повторное эндодонтическое лечение

1. К принципам создания эндодонтического доступа при повторном эндодонтическом лечении относится:

1) Оклюзионные контакты не должны располагаться на границе полости доступа

2) Все инфицированные ткани зуба и старый реставрационный материал должны быть убраны

3) Верно 1 и 2

2. Вероятность либо необходимость ЗСО

1) включается в план лечения, который подписывает пациент

2) проговаривается пациенту устно

3. Осложнения эндодонтического лечения возможны вследствие ошибок на этапах:

1) Планирования лечения

2) Постановки диагноза

3) Врачебных манипуляций

4) Оценки результата

5) Правильно 1 и 3

6) Правильно 1, 2, 3, 4

4. С целью диагностики могут проводиться определенные манипуляции (от снятия пломбы до дезобтурации корневого канала)

1) нет, все планирование повторного лечения происходит при изучении диагностических снимков

2) да, указанные процедуры могут быть диагностическими при планировании повторного эндодонтического лечения

5. Подтвердите или опровергните утверждение: « не все отломки надо извлекать»

1) нет, инородное тело должно быть извлечено из корневого канала

2) да, существуют определенные техники, позволяющие оставлять отломок, если его извлечение фатально скажется на прочности зуба

6. Благоприятный исход эндодонтического лечения инфицированных случаев, т.е. заживление определяет

1) Освобождение системы корневого канала от микроорганизмов или значительное уменьшение количества микробных клеток

2) Освобождение системы корневого канала от микроорганизмов или значительное уменьшение количества микробных клеток с последующей адекватной obturацией

7. При потере герметизма obturации в зубе после повторного эндодонтического лечения:

- 1) создаются условия для жизнедеятельности микроорганизмов
- 2) создаются условия для развития деструктивного процесса
- 3) создаются условия для жизнедеятельности микроорганизмов, результатом которой будет развитие деструктивного процесса в перирадикулярных тканях

8. Укажите среди перечисленных свойств одно, не имеющее отношения к корневой пломбе

- 1) Биосовместимость
- 2) Бактерицидность
- 3) Герметичность
- 4) Пространственная стабильность (материал должен отвердеть и не менять своей пространственной конфигурации со временем)
- 5) Отсутствие свойства расширяться при отвердевании
- 6) Хорошая полируемость

9. Самый токсичный компонент корневой пломбы – это

- 1) силер (герметик)
- 2) филер (штифт)

10. Пациента необходимо предупреждать о возможных осложнениях и прогнозе проводимого повторного эндодонтического лечения

- 1) да
- 2) нет
- 3) не во всех случаях

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	3	1	6	2	2	2	3	6	1	1

Тема 60 Восстановление анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения.

1. Цель этапа восстановления анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения:

- 1) восстановление эстетики зубного ряда
- 2) герметизация эндодонтического доступа
- 3) введение зуба в функцию

2. Задачи этапа восстановления анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения:

- 1) Предупреждение реинфицирования системы корневого канала
- 2) Восстановление способности выдерживать окклюзионную нагрузку
- 3) Восстановление естественного вида клинической коронки
- 4) Все вышеперечисленные

3. Способы восстановления анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения:

- 1) прямой
- 2) не прямой
- 3) верно 1 и 2

4. ИРОПЗ разработан для

- 1) витальных зубов
- 2) девитальных зубов
- 3) витальных и девитальных зубов

5. На выбор способа и метода восстановления анатомической коронки зуба после эндодонтического лечения наряду с другими факторами влияет наличие в зубе трещин

- 1) нет, не влияет
- 2) да, наличие трещин – один из критериев возможности восстановления и выбора способа
- 3) зубы с трещинами восстановлению не подлежат

6. Сохранение герметичности апикального участка после подготовки канала под штифт зависит от:

- 1) способа obturации
- 2) вида элемента внутриканальной фиксации

3) способа и времени подготовки канала под штифт или вкладку

4) всего вышеперечисленного

7. Чем толще слой цемента, на котором фиксируется штифт или вкладка, тем устойчивость реставрации к разгерметизации

1) выше

2) ниже

3) данный фактор на герметизацию не влияет

8. Состояние маргинального и апикального пародонта перед восстановлением оценивается по следующим параметрам:

1) отсутствие свища

2) отсутствие пародонтального кармана

3) наличие пародонтального кармана и отсутствие свища

4) верно 1и2

9. Подтвердите или опровергните утверждение: «Зубы после эндодонтического лечения становятся хрупкими»

1) да

2) нет

10. Подтвердите или опровергните утверждение: «Элементы внутриканальной фиксации укрепляют корень»

1) да

2) нет

Ответы

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	3	4	3	2	2	4	2	4	2	2

Тема 61. Одонтогенный очаг хронической инфекции.

1. Укажите заболевания, возбудителями которых являются представители нормальной микрофлоры при явлениях дисбактериоза

1)кариес зубов

2)эндодонтическая патология

3)заболевания пародонта

4)все вышеперечисленное

2. Теория фокальной инфекции объясняла патогенез

1)системных заболеваний

2)кариеса и его осложнений

3. Микрофлора полости рта или «микробиом» формируется

1)После санации полости рта

2)Спустя несколько минут после рождения

4. Микрофлора полости рта или «микробиом» состоит из

1)Постоянно меняющейся вследствие пищевых предпочтений микрофлоры

2)Стабильных мультиштаммовых сообществ, достигающих динамического равновесия с иммунной системой хозяина

5. Не удаленная из системы корневого канала органика в случае инфицирования

1)создаст условия для образования микробной биопленки

2)никак не повлияет на жизнедеятельность микроорганизмов

6. Очаг одонтогенной инфекции ответственен за системную патологию

1) да, это так

2) нет, это общепринятое заблуждение

7. В овальных каналах круглый файл касается лишь 50% поверхности стенок.

1)Нет, это рекламная информация, не имеющая подтверждения исследованиями

2)Да, это данные исследования, опубликованного в центральной научной печати

8. Концепция пародонтальной медицины определяет взаимосвязь одонтогенных процессов с :

1)кардиоваскулярной патологией

2)ревматоидным артритом

- 3) болезнью Альцгеймера
- 4) патологией легких
- 5) пренатальной патологией
- 6) болезнями обмена веществ
- 7) все вышеперечисленное

9. Дано утверждение: «зубы с перирадикулярным очагом деструкции при отсутствии клинических проявлений не оказывают негативного влияния на жизнедеятельность организма человека». Выберите вариант ответа:

- 1) нет, такие зубы являются источником постоянной интоксикации
- 2) да, если болевых ощущений нет, то никакого негативного влияния такие зубы не оказывают

10. Одонтогенный очаг хронической инфекции – это

- 1) Собирательный термин, обозначающий группу заболеваний зубочелюстной системы,
- 2) этиологическим фактором которых является инфекция
- 3) Наследственная патология
- 4) Самостоятельный диагноз, имеющий код в МКБ

Ответ

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ответ	4	1	2	2	1	1	2	7	1	1

Тема 62 Изменения полости рта при системных заболеваниях и нарушениях обменных процессов

1. Обложенный язык бывает при :

- а) хроническом колите ;
- б) язвенной болезни желудка ;
- в) атрофии нитевидных сосочков.

2. Налёт на языке при хроническом гастрите удаляется :

- а) легко ;
- б) трудно.

3. Геморрагические пузыри на слизистой оболочке полости рта образуются при

- а) сердечно-сосудистой недостаточности ;
- б) ревматическом пороке сердца ;
- в) гипертонической болезни .

4. Трофическую язву дифференцируют с :

- а) хроническим герпесом ;
- б) травматической язвой ;
- в) многоформной экссудативной эритемой ;
- г) туберкулёзной язвой.

5. При цианозе слизистой оболочки полости рта на фоне сердечно-сосудистой патологии местное лечение :

- а) показано ;
- б) не показано.

6. Отёчное состояние слизистой оболочки полости рта определяют :

- а) при пальпации ;
- б) по отпечаткам зубов на слизистой оболочке щёк и боковых поверхностях языка ;
- в) волдырной пробой Мак — Клюра - Олдрича .

7. Поражение слизистой оболочки полости рта специфично для отдельных нозологических

форм патологии сердечно -сосудистой системы :

- а) да ;
- б) нет.

8. При пузырно -сосудистом синдроме пузырь располагается :

- а) внутриэпителиально ;

б) подэпителиально.

9 . При сахарном диабете изменения в полости рта :

- а) катаральное воспаление тканей пародонта ;
- б) сухость в полости рта ;
- в) невралгические боли по ходу ветвей тройничного нерва ;
- г) синеватые пятна на коже и слизистой оболочке полости рта.

10. Прогноз при гингивите беременных :

- а) исчезает сразу после родов ;
- б) Исчезает через 1,5- 6 месяцев после родов;
- в) исчезает через год после родов.

Ответы

1-а	2-б	3-в	4-б,г	5-б	6-б	7-б	8-б	9-а,б,в	10-б
-----	-----	-----	-------	-----	-----	-----	-----	---------	------

Тема 63 Морфологические и функциональные нарушения в челюстно-лицевой области, обусловленные полным отсутствием зубов.

1. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- 1. увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 2. изменение характера движений нижней челюсти
- 3. атрофия альвеолярных гребней
- 4. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- 5. появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава

2. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:

- 1. атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
- 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

3. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после

- 1. атрофия суставного бугорка
- 2. уплощение суставной ямки
- 3. разволокнение внутрисуставного диска
- 4. истончение внутрисуставного диска
- 5. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

4. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после

- 1. атрофия суставного бугорка
- 2. уплощение суставной ямки
- 3. увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 4. истончение и разволокнение внутрисуставного диска
- 5. атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

5. При недостаточно хорошей фиксации полного съемного протеза, обусловленной удлиненными границами базиса, необходимо:

- 1. снять слепок и изготовить новый протез
- 2. провести коррекцию краев протеза
- 3. уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
- 4. снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
- 5. провести перебазировку эластичной базисной пластмассой

6. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:

- 1. на следующий день после наложения протеза
- 2. через неделю после наложения протеза
- 3. только при появлении боли под протезом
- 4. любые - по согласованию с пациентом
- 5. после полной адаптации к протезу

7. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:

- 1. истечении срока годности мономера
- 2. истечении срока годности полимера

3. нарушении температурного режима полимеризации
4. несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»
5. быстром охлаждении кюветы после полимеризации

8. При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:

1. через 2-4 года
2. через 5-6 лет
3. через 7-8 лет
4. по усмотрению пациента
5. в случае появления неудовлетворительной фиксации

9. Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном от

1. замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
2. функциональной присасываемостью и кламмерами
3. кламмерами и замковыми креплениями
4. замковыми креплениями и адгезией
5. адгезией и функциональной присасываемостью

10. Клапанная зона является понятием:

1. анатомическим
2. физиологическим
3. функциональным
4. комплексным
5. эстетическим

Ответы

1-3	2-1	3-5	4-3	5-2	6-1	7-4	8-1	9-5	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 64 Поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития.

1. Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов в период их развития возникает

- 1) эрозии зубов
- 2) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз
- 3) кислотный некроз
- 4) клиновидный дефект
- 5) наследственные нарушения развития зубов

2. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) тетрациклиновые зубы
- 5) синдром Стентона-Капдепона

3. Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является

- 1) несовершенный остеогенез
- 2) нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- 3) содержание фтора в питьевой воде
- 4) инфицирование фолликула при травме
- 5) неясная причина

4. Характерными жалобами при гипоплазии являются

- 1) повышенная чувствительность
- 2) стертость эмали
- 3) все вышеперечисленное
- 4) изменение цвета и формы зубов
- 5) жалобы отсутствуют

5. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является вестибулярная поверхность всех групп зубов

- 1) фиссуры
- 2) шейка фронтальных зубов
- 3) вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров
- 4) различные участки эмали

6. Формы клинического проявления гипоплазии

- 1) пятнистая

- 2) штриховая, чашеобразная
- 3) эрозивная
- 4) бороздчатая
- 5) все вышеперечисленные

7. Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются

- 1) наследственные нарушения развития зубов
- 2) кариес
- 3) некроз твердых тканей зубов
- 4) гиперплазия

8. Системная гипоплазия эмали проявляется на зубах одного срока

- 1) закладки
- 2) минерализации
- 3) прорезывания

9. Причины системной гипоплазии молочных зубов

- 1) заболевание ребенка на 2-3-м году жизни
- 2) болезни матери во второй половине беременности
- 3) травма молочных зубов
- 4) искусственное вскармливание ребенка
- 5) наследственность

10. Причина системной гипоплазии постоянных резцов, клыков и первых моляров

- 1) наследственность
- 2) заболевание матери в период беременности
- 3) травма плода
- 4) заболевание ребенка на первом году жизни
- 5) прием ребенком больших доз антибиотиков в 5-летнем возрасте

ОТВЕТЫ:

1-2	2-3	3-2	4-4	5-4	6-5	7-2	8-2	9-2	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 65 Основные виды поражений твердых тканей, возникающих до прорезывания.

1. Причиной эндемического флюороза является:

- 1) повышенное содержание кальция в организме;
- 2) недостаток фтора в организме;
- 3) повышенное содержание фтора в питьевой воде;
- 4) длительный прием антибиотиков;
- 5) несоблюдение гигиены полости рта.

2. Формы флюороза, не сопровождаемые дефектом твердых тканей зубов:

- 1) штриховая и пятнистая;
- 2) меловидно-крапчатая и штриховая;
- 3) пятнистая и эрозивная;
- 4) эрозивная и деструктивная;
- 5) деструктивная и штриховая.

3. Формы флюороза с нарушением структуры твердых тканей зубов:

- 1) штриховая и эрозивная;
- 2) меловидно-крапчатая и пятнистая;
- 3) пятнистая и штриховая;
- 4) эрозивная и пятнистая;
- 5) деструктивная и меловидно-крапчатая.

4. Профилактика флюороза в эндемическом районе включает:

- 1) прием фторсодержащих таблеток;
- 2) соблюдение гигиены полости рта;
- 3) применение герметиков;
- 4) прием кальцийсодержащих препаратов;
- 5) замену водопроводной воды.

5. Флюороз дифференцируют с:

- 1) эрозией эмали;
- 2) кислотным некрозом;
- 3) кариесом в стадии пятна;

- 4) кариесом дентина;
- 5) гипоплазией эмали.

6. «Муаровый» рисунок эмали характерен:

- 1) для кариеса в стадии пятна;
- 2) незавершенного амелогенеза;
- 3) флюороза;
- 4) эрозии;
- 5) системной гипоплазии.

7. Международный индекс по Dean применяют для оценки степени тяжести:

- 1) кариеса;
- 2) флюороза;
- 3) пародонтита;
- 4) системной гипоплазии;
- 5) эрозии эмали.

8. Дифференциальную диагностику эрозии проводят с:

- 1) флюорозом;
- 2) гипоплазией эмали;
- 3) клиновидным дефектом;
- 4) глубоким кариесом;
- 5) гиперплазией эмали.

9. Зубы Фурнье - это проявление:

- 1) флюороза;
- 2) повышенного стирания;
- 3) гипоплазии;
- 4) незавершенного амелогенеза;
- 5) незавершенного дентиногенеза.

10. К генетическим аномалиям твердых тканей зубов относятся:

- 1) системная гипоплазия;
- 2) флюороз;
- 3) незавершенный амелогенез;
- 4) эрозия;
- 5) клиновидный дефект.

Ответы:

1-3	2-1	3-5	4-5	5-3	6-3	7-2	8-3	9-3	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 66 Общая характеристика поражений зубов, возникающих после прорезывания.

1. Заболевание, часто сопровождаемое клиновидным дефектом:

- 1) незавершенный амелогенез;
- 2) незавершенный дентиногенез;
- 3) гингивит;
- 4) пародонтит;
- 5) пародонтоз.

2. Клиновидный дефект чаще локализуется:

- 1) на премолярах и молярах верхней челюсти;
- 2) премолярах и молярах нижней челюсти;
- 3) резцах и клыках верхней челюсти;
- 4) резцах и клыках нижней челюсти;
- 5) клыках и премолярах верхней и нижней челюстей.

3. При клиновидном дефекте проводят:

- 1) профессиональную гигиену полости рта;
- 2) пломбирование;
- 3) протезирование;
- 4) депульпирование;
- 5) отбеливание.

4. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зуба

- 1) гипоплазия эмали

2) отломы коронок зубов в результате травмы

3) флюороз

5. Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается

1) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект

2) флюороз зубов

3) гипоплазия эмали

4) гиперплазия

5) наследственное нарушение зубов

6. Внутреннее окрашивание зубов может быть обусловлено:

1) курение

2) красящие продукты питания

3) наследственность

4) возрастные изменения

5) эндодонтическое лечение зубов с применением резорцин-формалинового метода

7. Клиновидный дефект необходимо дифференцировать:

1) флюороз

2) пульпит

3) фрактура коронки

4) кариес зуба

5) патологическое стирание зубов

8. Причинами возникновения эрозии являются:

1) профессиональные вредности

2) потребление кислых продуктов

3) прием лекарственных средств

4) персистирующая регургитация или рвота

5) верно все

9. Внешняя резорбция может быть вызвана:

1) травма зуба

2) ортодонтическое лечение

3) воспалительные процессы в тканях пародонта или периапикальной области

4) все вышеперечисленное

10. Причины изменения цвета зуба после прорезывания:

1) употребление красящих продуктов

2) курение

3) полоскание хлоргексидином

4) все вышеперечисленное

Ответы:

1-5	2-5	3-2	4-2	5-1	6-5	7-4	8-5	9-4	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 67. Основные формы некариозных поражений зубов, возникающие после прорезывания.

1. Этиологическим фактором клиновидного дефекта является:

1) механический;

2) химический;

3) физический;

4) микробный;

5) вирусный.

2. Причины гиперестезии:

1) системная гипоплазия;

2) меловидно-крапчатая форма флюороза;

3) обнажение корней зубов;

4) зубы Гетчинсона;

5) мраморная болезнь.

3. При кислотном некрозе преимущественно поражаются:

1) моляры и клыки;

2) премоляры и резцы;

3) резцы и моляры;

4) клыки и премоляры;

5) резцы и клыки.

4. Типичный симптом при кислотном некрозе:

1) боль от химических раздражителей;

2) боль от температурных раздражителей;

3) боль от механических раздражителей;

4) чувство оскомины;

5) чувство «выросшего» зуба.

5. Причиной кислотного некроза является:

1) длительный контакт с парами щелочей;

2) длительный контакт с парами сильных кислот;

3) длительный контакт с парами слабых кислот;

4) нарушение гигиены труда;

5) неограниченный прием легкоусвояемых углеводов.

6. Поражение при эрозии II степени может располагаться:

1) в эмали до дентино-эмалевого соединения;

2) поверхностных слоях эмали;

3) поверхностных слоях дентина;

4) эмали и дентине;

5) эмали, дентине и цементе.

7. Эрозией поражаются преимущественно:

1) моляры и премоляры нижней челюсти;

2) премоляры и передние зубы нижней челюсти;

3) передние зубы верхней и нижней челюстей;

4) передние зубы и премоляры верхней челюсти;

5) премоляры и моляры верхней челюсти.

8. Дифференциальную диагностику клиновидного дефекта проводят с:

1) гиперестезией;

2) флюорозом;

3) кариесом эмали;

4) гипоплазией эмали;

5) кислотным некрозом.

9. Рекомендации пациентам при эрозии эмали:

1) ограничение в пищевом рационе плодов цитрусовых;

2) полоскание полости рта щелочными растворами;

3) ограничение приема продуктов, богатых углеводами;

4) преимущественно вертикальные движения зубной щетки;

5) применение зубного порошка.

10. Форма дефекта при эрозии:

1) чашеобразная;

2) клиновидная;

3) прямоугольная;

4) квадратная;

5) линейная.

5) флегмоной околоушно-жевательной области.

Ответы

1-1	2-3	3-5	4-4	5-2	6-1	7-4	8-3	9-1	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 68 Одонтогенный синусит.

1. Наличие «причинного» зуба и одностороннее снижение пневматизации на рентгенограмме ВЧС свидетельствуют:

А) об одностороннем гайморите

Б) травматическом гайморите

В) аллергическом гайморите

Г) инфекционном гайморите

2. Одной из причин перехода острого одонтогенного гайморита в хронический является:

- А) неоправданное сохранение «причинного» зуба
- Б) длительное применение сосудосуживающих носовых капель
- В) пункция ВЧС

3. Тактика врача по отношению к «причинному» зубу при одонтогенном гайморите сводится:

- А) к консервативному лечению
- Б) к удалению
- В) к наблюдению
- Г) к назначению физиопроцедур

4. Показанием для пункций ВЧС является

- А) одонтогенный гнойный гайморит
- Б) одонтогенный серозный гайморит
- В) аллергический гайморит
- Г) хронический гиперпластический гайморит

5. Полипы ВЧС на слизистой оболочке нижней стенки характерны для:

- А) острого гнойного одонтогенного гайморита
- Б) хронического гнойного одонтогенного гайморита
- В) хронического риногенного гайморита
- Г) хронического одонтогенного полипозного гайморита

6. Осложнением острого гнойного одонтогенного гайморита является:

- А) флегмона орбиты
- Б) абсцесс поджевательного пространства
- В) глубокая флегмона шеи
- Г) острый лимфаденит подподбородочной области

7. Хронический одонтогенный гайморит следует дифференцировать с

- А) острым одонтогенным периоститом верхней челюсти
- Б) элокачественными новообразованиями верхней челюсти
- В) перикоронитом
- Г) дистопией верхнего третьего моляра

8. Показанием к радикальной гайморотомии по Колдуэля-Люку является:

- А) хронический полипозный одонтогенный гайморит
- Б) пансинусит
- В) альвеолит после удаления 16.26 зубов
- Г) невралгия 2-й ветви тройничного нерва

9. Показанием к радикальной гайморотомии с пластикой стомы является:

- А) хронический гнойный одонтогенный гайморит в стадии обострения
- Б) свищ гайморовой пазухи
- В) острый серозный одонтогенный гайморит

10. Для устранения стомы при острой перфорации дна ВЧС используется:

- А) тугая тампонада лунки удалённого зуба йодоформной турундой
- Б) ушивание лунки зуба по принципу «на себя»
- В) пластика методом перемещения встречных треугольников по Лимбергу
- Г) пластика трапецивидным слизисто-надкостничным лоскутом

Ответы

1-а	2-а	3-б	4-а	5-г	6-а	7-б	8-а	9-б	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 69 Неодонтогенные и специфические заболевания челюстно-лицевой области

1. Возникновению фурункула может предшествовать

- А) Загрязнение кожи лица
- Б) Повреждение кожи лица
- В) Выдавливание угрей
- Г) Заболевания кожи (экзема, сикоз)
- Д) Осложнение флегмоны околочелюстных тканей

2. При фурункуле первично фокус воспаления возникает

- А) В волосяном фолликуле
- Б) В подкожной клетчатке
- В) В слюнной железе

- Г) В лимфатических узлах
- 3. Общие методы лечения карбункула лица:**
- А) Антибиотикотерапия
 - Б) Сульфаниламидные препараты
 - В) Десенсибилизирующая терапия
 - Г) Дезинтоксикационная терапия
 - Д) Противогангренозная сыворотка
 - Е) Все верно
- 4. Лечение фурункула и карбункула следует проводить в условиях**
- А) Поликлиники
 - Б) Стационара
- 5. Рожистое воспаление – это инфекционное заболевание, характеризующееся острым серозным или серозно-гемморагическим воспалением**
- А) Кожы
 - Б) Подкожной клетчатки
 - В) Слизистой оболочки
 - Г) Подслизистого слоя
- 6. Воспаление при роже первично развивается в**
- А) Эпидермисе
 - Б) Подкожной клетчатке
 - В) Сосочковом слое дермы
 - Г) Сетчатом слое дермы
- 7. При рожистом воспалении температура тела**
- А) Субфебрильная
 - Б) Нормальная
 - В) Высокая
- 8. Рожистое воспаление лица чаще всего поражает кожу**
- А) Верхней и нижней губ
 - Б) Носа
 - В) Щёк
 - Г) Подбородка
- 9. Лечение рожистого воспаления лица проводят в**
- А) Стоматологическом стационаре
 - Б) Инфекционном стационаре
 - В) Поликлинике
- 10. При лечении рожистого воспаления следует назначить**
- А) Антибактериальную терапию
 - Б) Противовоспалительную терапию
 - В) Десенсибилизирующую терапию
 - Г) Повязки с гипертоническим раствором
 - Д) Новокаиновые блокады по Вишневскому

Ответы

1-в	2-а	3-е	4-б	5-а	6-а	7-а	8-а	9-б	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 70 Поражения тройничного и лицевого нервов. Синдром жжения полости рта

- 1. Симптомом неврита тройничного нерва является:**
- 1) диплопия;
 - 2) пароксизмальные кратковременные боли;
 - 3) постоянные ноющие боли, периодически усиливающиеся;
 - 4) ксеростомия.
- 2. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются:**
- 1) на нижнюю 1/3 лица;
 - 2) на среднюю 1/3 лица;
 - 3) по всему лицу;
 - 4) в верхней 1/3 лица;
 - 5) в затылочной области.
- 3. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются:**

- 1) в нижней 1/3 лица;
 - 2) в средней 1/3 лица;
 - 3) по всему лицу;
 - 4) в затылочной области;
 - 5) в верхней 1/3 лица.
- 4. Основным методом лечения неврита является:**
- 1) физиотерапия;
 - 2) химиотерапия;
 - 3) хирургический;
 - 4) алкоголизация;
 - 5) лучевая терапия.
- 5. Клиническая картина неврита характеризуется:**
- 1) приступообразными иррадирующими болями, преимущественно ночью;
 - 2) постоянной, варьирующей по интенсивности, ноющей болью;
 - 3) продолжительными, иррадирующими в ухо, болями и хрустом в области ВНЧС;
 - 4) тупыми длительными болями, сопровождающимися выделениями из носа;
- 6. Для профилактики послеоперационного пареза лицевого нерва необходимо учитывать:**
- 1) топографию ветвей лицевого нерва;
 - 2) топографию ветвей тройничного нерва;
 - 3) степень открывания рта;
 - 4) наличие сопутствующего хронического гайморита.
- 7. Хирургическим методом лечения паралича лицевого нерва является:**
- 1) невротомия;
 - 2) неврэкзез;
 - 3) гидротермическая деструкция Гассерова узла;
 - 4) динамическое подвешивание.
- 8. Парез лицевого нерва является одним из ведущих симптомов:**
- 1) злокачественной опухоли околоушной слюнной железы;
 - 2) ранулы;
 - 3) эпулиса;
 - 4) хронического паренхиматозного сиалоаденита поднижнечелюстной области;
 - 5) болевой дисфункции ВНЧС.
- 9. Парез лицевого нерва может быть осложнением:**
- 1) хронического фарингита;
 - 2) хронического остеомиелита челюсти;
 - 3) гриппа;
 - 4) врожденной боковой кисты шеи.
- 10. Парез красной ветви лицевого нерва характеризуется:**
- 1) опущением угла рта;
 - 2) несмыканием век на стороне поражения;
 - 3) иррадирующими приступообразными болями;
 - 4) сглаженностью носогубной складки;
 - 5) болезненностью переходной складки.

Ответы:

1-3	2-4	3-1	4-1	5-2	6-2	7-4	8-1	9-3	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2.2 Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. Факторы риска возникновения стоматологических заболеваний. Комплексный подход к планированию стоматологического лечения.
2. Современные пломбировочные композитные материалы. Свойства, показания к применению.
3. Современные методы инструментальной обработки и obturации корневых каналов.
4. Основные принципы диагностики заболеваний пародонта. Алгоритм обследования пациента.
5. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
6. Осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба, методы предупреждения и устранения.
7. Принципы ортопедического лечения дефектов твердых тканей зуба.

8. Биологические, механические и эстетические принципы одонтопрепарирования.
9. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта. Особенности стоматологического приема.
10. Психодиагностика и психокоррекция эмоционального состояния пациента на стоматологическом приеме
11. Активный и пассивный метод стоматологического просвещения.
12. Механизм образования зубных отложений, состав, строение, роль в возникновении кариеса и заболеваний пародонта.
13. Лекарственные средства и оборудование, необходимые для оказания помощи при неотложных состояниях.
14. Медицинские, юридические и социальные аспекты оказания неотложной помощи.
15. Стоматологическая заболеваемость населения.
16. Распространенность и интенсивность кариеса и заболеваний пародонта.
17. Уровни внедрения профилактики в практическом здравоохранении.
18. Цель и задачи ВОЗ по профилактике стоматологических заболеваний
19. Профилактика фиссурного кариеса. Метод герметизации фиссур зубов.
20. Определение необходимости в проведении реставрации зубов. Этапы эстетической реставрации.
21. Принципы одонтопрепарирования, реставрации твердых тканей зуба современными материалами.
22. Клиника, дифференциальная диагностика острых и хронических форм пульпита
23. Биологические методы лечения пульпита: консервативный, метод витальной ампутации.
24. Ирригация и дезинфекция корневых каналов.
25. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений в эндодонтии
26. Оценка окклюзии, наличия преждевременных контактов зубов, патологической подвижности зубов.
27. Патогенетические аспекты развития пародонтальной патологии в свете современных научных исследований.
28. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита
29. Проявления лейкоплакии в полости рта.
30. острый и хронический рецидивирующий герпес,
31. Бактериальные инфекции: кандидоз.
32. Ортопедическое лечение литыми цельно-металлическими и комбинированными (металлокерамическими, металлопластмассовыми) коронками
33. Строение и соотношение беззубых челюстей
34. Функциональные нарушения при полном отсутствии зубов. Механизм образования «старческой прогении.»
35. «Сферическая» теория артикуляции, ее реализация в практическом восстановлении зубных рядов при полном отсутствии зубов
36. Правила пользования и коррекция съемных протезов.
37. Классификация протезных стоматитов. Токсические и аллергические реакции на конструкционные материалы.
38. Варианты реставрации полных съемных протезов.
39. Ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
40. Современные представления о патогенезе остеомиелита челюстей
41. Особенности течения транзиторной бактериемии при иммунодефиците.
42. Синдром жжения полости рта. Причины возникновения, клинические проявления, лечение
43. Современные представления о биологической сущности опухолей
44. Методы обследования пациентов с целью диагностики онкологических заболеваний.
45. Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
46. Показания для проведения лучевой терапии в зависимости от морфологической структуры и стадии опухоли.
47. Особенности ПХО в челюстно-лицевой области.
48. Транспортная иммобилизация: виды, методы и средства.
49. Диагностика и неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях на амбулаторном приеме врача-стоматолога.
50. Факторы, способствующие возникновению новообразований челюстно-лицевой области.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Ситуационные задачи для текущего контроля

Задача 1

Пациентка Д. 22 лет обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

Объективно: зуб 33 - на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется нечётко отграниченный участок серовато-белого цвета. Реакция на температурные раздражители незначительная, быстро проходящая после устранения раздражителя. Потери эпителиального прикрепления нет, в пришеечной области всех зубов определяется наличие мягкого зубного налёта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Меры профилактики, рекомендованные в указанном случае.

Ответы:

1. Зуб 3.3 – кариес эмали, стадия «мелового пятна» [начальный кариес] (K.02.0).
2. Витальное окрашивание. Температурная проба. Трансиллюминация. Лазерная диагностика аппаратом «Диагност».
3. Дифференциальную диагностику проводят с эрозией эмали (K 03.29), гипоплазией эмали (K00.40), флюорозом (K00.30).
4. Коррекция индивидуальной гигиены полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Реминерализующая терапия с использованием одного из методов (метод Е.В. Боровского и П.А. Леуса, метод Ю.М. Максимовского, метод Е.В. Боровского и Е.А. Волкова с применением двухкомпонентного препарата «БВ»).
5. Меры профилактики: оздоровление организма; ограничение приёма углеводов; режим питания; приём жёсткой пищи; улучшение слюноотделения; гигиена полости рта; устранение зубочелюстных деформаций.

Задача 2

Пациентка П. 23 года обратилась в клинику с жалобой на попадание пищи между зубами верхней челюсти справа, периодически возникающую кратковременную боль при приёме холодной и сладкой воды и пищи. Впервые ощущение возникли около 2 месяцев назад.

Объективно: зуб 26 - на окклюзионной и медиальной контактных поверхностях кариозная полость средней глубины, выполненная размягчённым и пигментированным дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Зуб 26 - кариес дентина (K.02.1).
2. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.
3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), начальным пульпитом (гиперемией) (K04.00).
4. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Медикаментозная обработка кариозной полости. Наложение матрицы и интрадентального клина. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, ретракционной нити, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное пришлифовывание), полирование пломбы.

5. Отсутствие плотного контактного пункта, контактный пункт сформирован на уровне краевого гребня зуба, нависающий край пломбы в пришеечной области, недостаточная адгезия материала в пришеечной области.

Задача 3

Пациент Ч. 28 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов, кратковременную, быстропроходящую боль при приёме сладкой или холодной пищи. В анамнезе ортодонтическое лечение с использованием несъёмного аппарата. Объективно: зуб 21 - на дистальной контактной поверхности кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование дна и стенок кариозной полости болезненное. Перкуссия зуба безболезненная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите последовательность этапов пломбирования данной полости.

Ответы:

1. Зуб 2.1 - кариес дентина (К.02.1).
2. Температурная проба. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.
3. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (К 02.0).
4. Профессиональная чистка зубов. Выбор материала для реставрации (светополимеризуемый композит). Подбор цвета. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали, создание фальца). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Наложение лавсановой матрицы и интрадентального клина. Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифование) полирование пломбы.
5. Нанесение кислотного геля 37% ортофосфорной кислоты на эмаль и дентин. Промывание, удаление излишков влаги в полости. Внесение адгезива, его полимеризация. Послойное внесение композита и полимеризация каждого слоя.

Задача 4

Пациент М. 26 лет обратился в клинику с жалобами на неприятные ощущения при накусывании на зуб 2.5. Болезненность в области десны.

Из анамнеза: зуб ранее лечен эндодонтически 5 лет назад.

Объективно: зуб 2.5 - на жевательной и контактных поверхностях пломба. Перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня зуба 2.5. отёчна, гиперемирована, болезненна при пальпации.

На внутривисочной контактной рентгенограмме у верхушки корня зуба 2.5 выявлен очаг деструкции костной ткани с чёткими контурами, размером 8*10мм. Корневые каналы запломбированы на 2/3 длины.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Показания к консервативному (терапевтическому) методу лечения.
3. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.
4. Назовите пломбировочные материалы для временного пломбирования корневых каналов.
5. Укажите показания к проведению и методы хирургического лечения в данной ситуации.

Ответы:

1. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).
2. Очаг деструкции костной ткани, канал запломбирован не полностью, обострение хронического периодонтита.
3. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины корневых каналов, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation корневых каналов до физиологической верхушки зуба.

4. Пломбировочные материалы на основе гидроокиси кальция и йодоформа (Метапекс, Апексдент, Метапаста и т. д.).

5. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня. Цистотомия, цистэктомия с резекцией верхушки корня с ретроградным пломбированием каналов. Удаление зуба.

Задача 5

В клинику обратилась пациентка Т. в возрасте 17 лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка в г. Красногорске.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, эмаль имеет матовый оттенок, на фоне которой на передней поверхности верхних центральных резцов отмечаются пигментированные пятна коричневого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Диагноз «эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] (K00.3)».
2. С кариесом эмали (K02.0), с гипоплазией эмали (K00.4), дисколориты (K03.7).
3. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде.
4. изготовить прямые (или непрямые) виниры на фронтальные зубы верхней челюсти. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 6

Пациентка С. 25 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетические дефекты зубов.

Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже с пятнами. В течение жизни размеры, форма и цвет пятен не изменялись.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: пятна белого цвета, с чёткими границами и одинаковой величины в области режущего края зубов 2.1 и 2.2.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Диагноз «гипоплазия эмали (K00.4)».
2. Кариес эмали (K 02.0), эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (K00.30).
3. Инфекционные заболевания, рахит ребёнка в период формирования и минерализации этих зубов.
4. За две недели до начала лечения следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки. Пациенту следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором глюконата кальция или гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, на две недели из рациона питания пациента следует исключить красящие продукты: черный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь, черная смородина, черника и другие.

Задача 7

Пациентка А. 37 лет обратилась в клинику с жалобами на тёмный цвет зубов.

Со слов пациентки, постоянные зубы прорезались уже тёмного цвета. Она часто болела инфекционными заболеваниями в детстве и ей назначали для лечения антибиотики.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: равномерное серовато-коричневое окрашивание зубов верхней и нижней челюстей (до экватора зуба) без образования полосок. Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Диагноз «изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина (K008.3)».
2. Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови K00.80, изменение цвета зубов вследствие врожденного порока билиарной системы K00.81, изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии K00.82.
3. Изготовить прямые (или не прямые виниры) на фронтальные зубы верхней и нижней челюстей. Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 8

В клинику обратилась пациентка Т. 59 лет с жалобами на эстетические дефекты и выраженную чувствительность передних зубов верхней челюсти.

Анамнез: перенесённые и сопутствующие заболевания: хронический гастрит с повышенной кислотностью.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: на вестибулярной поверхности зубов 1.1, 2.1, 2.2 - дефекты эмали и дентина блюдцеобразной формы.

Вопросы:

- Поставьте диагноз.
Проведите дифференциальную диагностику.
Укажите причины возникновения данного заболевания.
Составьте план лечения.

Подберите индивидуальные средства гигиены полости рта при данной патологии.

Ответы:

1. Диагноз «эрозия зубов (K03.2)».
2. Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), со шлифованием зубов (K03.1).

Эрозия может возникнуть в результате неправильной техники чистки зубов, действия химических факторов и снижения резистентности эмали.

4. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Далее провести реставрацию эрозий композитным материалом (или изготовить виниры). Дать рекомендации по уходу за полостью рта.

5. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель - 1 месяца), зубную щетку с мягкой щетиной в течение 1 месяца (затем - с щетиной средней жесткости).

Задача 9

Пациентка К. 52 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щёк. Впервые обратила внимание на изменение около 2 лет назад, что по времени совпало с перенесённым стрессом.

Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На фоне видимо неизменной слизистой оболочки обеих щёк в среднем и заднем отделах отмечаются участки изменённого эпителия белесоватого цвета в виде кружева, не снимающиеся при поскабливании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии, характерные для данного заболевания.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Красный плоский лишай, типичная форма. Диагноз поставлен на основании анамнеза, фоновых заболеваний и данных объективного обследования.
2. Элемент поражения – множественные папулы, сливающиеся в рисунок кружева. Патологические процессы в эпителии – паракератоз, гиперкератоз.
3. Заболевание является полиэтиологичным. Важное значение имеет состояние стресса, заболевания ЖКТ, непереносимость лекарственных препаратов и стоматологических материалов, повышенный уровень микротоков и хроническая механическая травма.
4. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом, красной волчанкой.
5. Общие лечение: коррекция психоэмоционального статуса (седативные препараты); масляный раствор витамина А внутрь, антигистаминные препараты, лечение общесоматической патологии. Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка, аппликация масляного раствора витамина А на участках поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

Задача 10

Пациентка Л. 48 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на необычный вид языка, сухость и жжение в полости рта.

В анамнезе длительный прием антибиотиков. Общее состояние удовлетворительное.

При внешнем осмотре регионарные лимфоузлы не пальпируются.

При осмотре полости рта язык гиперемирован, отёчен. На спинке языка имеется бело-жёлтый творожный налёт, легко снимающийся при поскабливании. После снятия налёта обнажается ярко гиперемированная поверхность языка.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дополнительный метод обследования для постановки диагноза, состав налёта, имеющий диагностическое значение.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Прогноз заболевания, профилактика.

Ответы:

1. Предварительный диагноз «острый псевдомембранозный кандидоз (B37.00)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.
2. Бактериоскопическое исследование налёта – соскоб налёта со спинки языка на возбудителя – грибок *Candida*. Обнаружение в препарате большого количества элементов гриба *Candida*, множественное почкование, наличие мицелия или псевдомицелия, спор.
3. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями: лейкоплакией, красным плоским лишаем (гиперкератотической формой), вторичным сифилисом, десквамативным глосситом.
4. План лечения. Общее лечение: противогрибковые препараты (Дифлюкан, Флюконазол, Низорал и Ответы_С3_Стоматология_2017_8 др.), поливитамины (вит. С, витамины группы В). Курс лечения 10-14 дней. Местное лечение: полоскание содовым раствором, раствором буры в глицерине 20%, использование противогрибковых мазей. Диета с ограничением быстроусвояемых углеводов. Коррекция гигиены полости рта. По окончании лечения необходимо проведение повторного бактериоскопического исследования.
5. Прогноз заболевания благоприятный. Меры профилактики: при длительном приеме антибиотика необходимо назначать противогрибковые препараты в профилактических дозах. При наличии заболевания в доме – использование индивидуальной посуды.

Задача 11

Пациент К. 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,8°C. Считает себя больным около 3 дней, когда после переохлаждения появились признаки заболевания. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. Гнилостный запах изо рта. При осмотре полости рта - неудовлетворительная гигиена, обилие наддесневого зубного налёта, гиперемия, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.

Вопросы:

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

Ответы:

1. Предварительный диагноз «острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана) (А69.10)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.
2. Общий клинический анализ крови (исключение лейкоза), анализ крови на ВИЧ, серологический анализ крови на наличие антител к бледной трепонеме (исключение сифилиса), бактериоскопическое исследование налета (определение возбудителя веретенообразной палочки и спирохеты Венсана).
3. Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжёлых металлов.
4. План общего лечения: противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.).
5. План местного лечения: обезболивающие (проводниковое, инфильтрационное), аппликации протеолитических ферментов, удаление некротических тканей, антисептическая обработка, аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.), эпителизирующие препараты после исчезновения некротического налёта, устранение травматических факторов, санация полости рта в период выздоровления.

Задача 12

Пациент В. 37 лет обратился к стоматологу с жалобами на отёчность, жжение, зуд, умеренную болезненность верхней губы слева. Заболевание рецидивирует 2-3 раза в год. Общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

При осмотре: на красной кайме верхней губы справа на границе с кожей периоральной области имеются пузырьки, отёк, гиперемия, на красной кайме нижней губы слева на границе с кожей периоральной области имеются эрозии с кровянистой корочкой, гиперемия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину и факторы, провоцирующие заболевание.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите принципы профилактики.

Ответы:

1. Диагноз «хронический рецидивирующий герпес». Диагноз поставлен на основании анамнеза, клинической картины, цитологического исследования содержимого пузырьков (гигантские многоядерные клетки), вирусологического исследования.
2. Дифференциальную диагностику проводят с рецидивирующим афтозным стоматитом, аллергическим стоматитом, стрептококковым эмпетиго.
3. Эндогенная инфекция – вирус простого герпеса. Провоцирующие факторы: снижение иммунитета, сухость и травма слизистой оболочки и красной каймы губ.
4. Комплексное лечение: устранение общих и местных провоцирующих факторов. Назначение внутрь препаратов, повышающих иммунитет, противовирусных (Ацикловир, Бонафтон и т. д); местное применение противовирусных мазей.

5. Выявление и устранение очагов хронической инфекции в организме, местных факторов. Возможно применение герпетической вакцины, гамма-глобулина. Повышение иммунитета.

Задача 13

Пациентка К. 23 лет 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 увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, малоподвижные.

При осмотре полости рта: на спинке языка имеется безболезненная язва 1×1,2см., блюдцеобразной формы, с приподнятыми ровными краями в основании пальпируется плотный хрящеподобный инфильтрат.

Вопросы:

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

Ответы:

1. Дополнительные методы исследования: серологический, бактериоскопический.
2. Предварительный диагноз «первичный сифилис других локализаций (A51.2)».
3. Причиной заболевания является инфицирование бледной трепонемой, внедрение которой происходит через кожу или слизистую оболочку.
4. Дифференциальную диагностику первичного сифилиса проводят с шанкриформной пиодермией, афтозом Сеттона, травматической, раковой и туберкулёзной язвами.
5. Врач-стоматолог направляет пациента с целью уточнения диагноза в кожно- венерологический диспансер для серологического исследования крови на RW, ИФ, РИБТ. По окончании лечения больные сифилисом в течение 3 лет находятся на диспансерном учёте, после чего у них устанавливается излечение.

Задача 14

Пациент Д. 25 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приёме пищи, разговоре, повышенное слюноотделение. Отмечает острое начало заболевания после переохлаждения, высокую температуру тела (39,5° С), общую слабость, головную боль.

В анамнезе: хронический тонзиллит, аллергия на некоторые лекарственные препараты.

При внешнем осмотре: кожные покровы бледные. На тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания, пятна, слегка возвышающиеся над окружающей кожей с геморрагической корочкой в центре.

Красная кайма губ отёчна, покрыта массивными кровянистыми корками. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфоузлы увеличены, болезненные, подвижные.

При осмотре полости рта: выраженная эритема слизистой оболочки рта, крупные эрозии, покрытые отслоившимся эпителием и фибринозным налётом на месте вскрывшихся субэпителиальных пузырей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения данного диагноза.
3. Укажите факторы, провоцирующие это заболевание.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план общего и местного лечения, прогноз.

Ответы:

1. Диагноз «небуллезная эритема многоформная L51.0 (многоформная экссудативная эритема)».
2. Для подтверждения диагноза проводят методы обследования: - инструментальный (исключение симптома Никольского); - общий клинический анализ крови; - цитологический; - иммунологический.
3. Факторы, провоцирующие это заболевание: - переохлаждение; - наличие хронической эндогенной инфекции; - прием лекарственных препаратов.

4. Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят: - с острым герпетическим стоматитом; - с синдромом Стивенса-Джонсона; - с медикаментозным стоматитом; - с акантолитической пузырчаткой; - с лекарственной аллергией.

5. План общего лечения: - противовоспалительная терапия; - десенсибилизирующая терапия; - дезинтоксикационная терапия. План местного лечения: - обезболивание; - антисептическая обработка; - эпителизирующая терапия; - физиолечение. Течение хроническое с рецидивами, прогноз – благоприятный.

Задача 15

Пациент Ю. 36 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 3.6. Боль усиливается при накусывании и приёме горячей пищи.

Развитие настоящего заболевания: последние две недели зуб 3.6 болел по ночам, а также от холодной и горячей пищи. В течение 2 дней боль стала постоянной, усиливающейся при накусывании. Появилось чувство «выросшего» зуба.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: на жевательной поверхности зуба 3.6 имеется кариозная полость. Перкуссия зуба резко болезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы:

1. Острый периодонтит зуба 3.6.
2. Острый пульпит. Периостит. Остеомиелит. Обострение хронического периодонтита.
3. Рентгенография зуба 3.6. Консультация стоматолога-ортопеда и стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба 3.6. При невозможности консервативного лечения удаление зуба 3.6.
4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.
5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона. Лимфаденит

Задача 16

Пациентка А. 66 лет направлена к хирургу-стоматологу для хирургической санации полости рта (удаление зубов 1.7, 1.4, 1.3, 2.1, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5) перед ортопедическим лечением. Страдает сахарным диабетом, наблюдается у эндокринолога.

Развитие настоящего заболевания: на протяжении последних 15 лет болели и разрушались зубы верхней и нижней челюстей.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергия на новокаин. ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Сахарный диабет 1-го типа.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: коронковые части зубов 1.7, 1.4, 1.3, 2.1, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5 полностью разрушены. Слизистая оболочка в области этих зубов рыхлая, слабо гиперемирована.

Вопросы:

1. Какие мероприятия необходимо провести перед удалением зубов?
2. Сколько зубов можно удалить пациентке за одно посещение?
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте надобность назначения антибактериальной терапии.
5. Перечислите возможные местные осложнения, учитывая характер сопутствующего заболевания.

Ответы:

1. Консультация эндокринолога. Выяснение уровня глюкозы в крови, по данным гликированного гемоглобина. Выяснение схем применения гипогликемических препаратов: инсулин и др. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
2. Удаление по сегментам под местной анестезией или удаление всех зубов за одно посещение под контролем врача-анестезиолога, с предварительным изготовлением имедиат-протезов. Проведение антибиотикопрофилактики в послеоперационном периоде.
3. Изготовление частичных съёмных пластиночных имедиат-протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Удаление корней указанных зубов. Припасовка, наложение съёмных протезов.
4. Учитывая наличие сахарного диабета 1 типа, высока вероятность развития осложнений бактериальной природы.
5. Кровотечение, альвеолит.

Задача 17

Пациент С. 34 лет жалуется на постоянную ноющую боль в области верхней челюсти слева. Развитие настоящего заболевания: пять дней назад был удалён разрушенный зуб 2.6. На следующий день после удаления появилась незначительная боль в области удалённого зуба. Боль постепенно нарастала.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: лунка удаленного зуба 2.6 заполнена организующимся кровяным сгустком.

Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, пальпация ее с вестибулярной стороны резко болезненна. Определяется выступающий острый край лунки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные осложнения.

Ответы:

1. Острый край лунки в области 2.6.
2. Альвеолит, верхнечелюстной синусит, ограниченный остеомиелит лунки, незавершенное удаление зуба.
3. Удаление острого края лунки в области 2.6. Лечение кариеса зубов 2.7, 2.8. Профессиональная гигиена. Протезирование зуба 2.6.
4. Анестезия. Проведение дугообразного разреза. Отслаивание слизистонадкостничного лоскута. Удаление острого края. Антисептическая обработка раны. Сглаживание неровностей кости фрезой. Наложение швов.

Задача 18

Пациент В. 19 лет жалуется на боль и припухлость в области твёрдого нёба слева, болезненность при приёме пищи, головную боль, слабость, повышение температуры тела.

Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад у пациента появилась боль в зубе 2.4. Накусывание на зуб было болезненным. К врачу не обращался. Полоскал рот тёплым раствором ромашки.

Позднее боль в зубе стала стихать, но появилась боль и припухлость со стороны твёрдого нёба. Повысилась температура тела.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает, считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,9 °С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. При пальпации поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабоболезненный.

В полости рта: зуб 2.4 под пломбой. Зуб изменен в цвете. Перкуссия зуба 2.4 слабоболезненна. На твёрдом нёбе в области зуба 2.4 определяется припухлость полушаровидной формы. Слизистая

оболочка над ним гиперемирована, отёчна, пальпируется инфильтрат с размягчением и флюктуацией.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Возможное местное осложнение.

Ответы:

1. Нёбный абсцесс слева в области зуба 2.4.
2. Острый или обострение хронического периодонтита зуба 2.4, острый остеомиелит верхней челюсти слева, мукоэпидермоидная карцинома малой слюнной железы, травма.
3. Рентгенография зуба 2.4. Совместный осмотр ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога для решения вопроса о возможности сохранения зуба 2.4. Вскрытие нёбного абсцесса. Лечение 2.4 или его удаление.
4. Анестезия у большого нёбного отверстия и инфильтрационная анестезия. Вскрытие нёбного абсцесса (проведение разреза, предпочтительно с иссечением фрагмента из стенки гнойника треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя). Антисептическая обработка.
5. Вторичный кортикальный остеомиелит.

Задача 19

Пациент, Г. 31 года обратился к стоматологу с целью профилактического осмотра. Жалоб нет. Развитие настоящего заболевания: явился с целью профилактического осмотра. Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергия на пенициллины. Считает себя практически здоровым. Общее состояние удовлетворительное.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: на зубе 2.3 пломба по 3 классу, зуб изменён в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На рентгенограмме: у верхушки корня зуба 2.3 отмечается очаг разрежения костной ткани с чёткими контурами, 3 мм в диаметре. Канал зуба не запломбирован.

ЭОД зуба 2.3 - более 100 мА.

Вопрос:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.

Ответы:

1. Хронический гранулёматозный периодонтит зуба 2.3.
2. Хронический пульпит. Радикулярная киста. Хронический фиброзный периодонтит. Хронический гранулирующий периодонтит.
3. Консультация стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба 2.3. На первом этапе необходимо провести ревизию и пломбирование канала зуба 2.3. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175,) если околоверхушечный гранулирующий или гранулёматозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. При невозможности консервативного лечения проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня) с ретроградным пломбированием канала.
4. Предварительное эндодонтическое лечение зуба 2.3, ревизия канала. Операция резекции верхушки корня:

Задача 20

Пациент Ю. 36 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 3.6. Боль усиливается при накасывании и приёме горячей пищи.

Развитие настоящего заболевания: последние две недели зуб 3.6 болел по ночам, а также от холодной и горячей пищи. В течение 2 дней боль стала постоянной, усиливающейся при накусывании. Появилось чувство «выросшего» зуба.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: на жевательной поверхности зуба 3.6 имеется кариозная полость. Перкуссия зуба резко болезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Ответ

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

Ответы:

1. Острый периодонтит зуба 3.6.
2. Острый пульпит. Периостит. Остеомиелит. Обострение хронического периодонтита.
3. Рентгенография зуба 3.6. Консультация стоматолога-ортопеда и стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба 3.6

Задача 21

Пациент П. 51 год жалуется на постоянную боль в области нижней челюсти слева, отдающую в ухо и висок. Боль усиливается во время еды. Отмечает общую слабость, нарушение сна.

Развитие настоящего заболевания: три дня назад удален зуб 3.7, удаление сложное. После удаления было непродолжительное кровотечение. На следующий день появилась боль в лунке удалённого зуба, приём пищи стал затруднённым.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Хронический пиелонефрит.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта слабо болезненное, в полном объёме. Поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, болезненный.

В полости рта: в лунке зуба 3.7 остатки распавшегося кровяного сгустка с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы:

1. Альвеолит лунки удаленного зуба 3.7.
2. Ограниченный остеомиелит лунки.
3. Лечение альвеолита лунки зуба 3.7. Назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии. Консультация стоматолога-ортопеда на предмет восстановления дефекта зубного ряда.
4. Анестезия, антисептическая обработка лунки, щадящий кюретаж (не вызвать кровотечение), повторная антисептическая обработка лунки, внесение в лунку смеси порошка анестезина и метронидазола. Рыхлое наложение йодоформной турунды в лунку. Применяют блокады анестетика 0,5% Лидокаина или Новокаина с линкомицином или введение раствора «Траумель» по типу инфильтрационной анестезии. При сохранении боли и воспаления блокаду повторяют через 48 часов. Местное воздействие на воспалительный очаг проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли (обработку альвеолы антисептиками, внесение лекарственных средств в лунку, блокады, смена повязки). Через 5-7 дней стенки альвеолы покрываются молодой грануляционной тканью (Т.Г. Робустова, 2010, с.156).
5. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит.

Задача 22

Пациент Б. 25 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного зуба 4.5. Развитие настоящего заболевания: зуб 4.5 прорезался в 14 лет в сторону языка, мешает во время приёма пищи и при разговоре.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: зуб 4.5 интактный, расположен с язычной стороны альвеолярной части нижней челюсти. Зубы 4.4 и 4.6 контактируют. Слизистая оболочка боковой поверхности языка справа в средней трети гиперемирована, отёчна, местами эрозирована. Пальпация слабоболезненна.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Какое местное осложнение развилось у пациента?

Ответы:

1. Дистопия зуба 4.5. Хроническая травма боковой поверхности языка
2. Лейкоплакия, стоматит, кандидоз.
3. Консультация стоматолога-ортодонта, стоматолога-терапевта. При необходимости удаление зуба 4.5.
4. Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, если возможно наложение, продвижение, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж. Если наложение щипцов невозможно, использование угловых и прямых элеваторов, иногда необходимо применение бормашин.
5. Хроническая язва боковой поверхности языка.

Задача 23

Пациент Ф. 38 лет жалуется на образование на десне в области зуба 1.1, из которого выделяется гной.

Развитие настоящего заболевания: зуб 1.1 был лечен более 7 лет назад. В течение всего этого периода не беспокоил. После перенесённой простуды 1 месяц назад, зуб 1.1 стал периодически болеть. Неделю назад на десне появилось небольшое образование с гнойным отделяемым.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергия на бытовую пыль. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6° С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: зуб 1.1 под коронкой. Перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области проекции верхушки корня зуба 1.1 гиперемирована, отёчна, отмечается наличие свищевого хода с гнойным отделяемым.

На рентгенограмме: разрежение костной ткани у верхушки корня зуба 1.1 без чётких границ в виде «язычков пламени». Канал корня obturated пломбировочным материалом на 2/3. В канале фиксирована штифтовая конструкция.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы:

1. Хронический гранулирующий периодонтит зуба 1.1.
По МКБ -10: 04.62 Периапикальный абсцесс со свищем, имеющий сообщение с полостью рта.
2. Хронический фиброзный периодонтит, хронический гранулёматозный периодонтит, хронический остеомиелит, свищи лица и шеи, актиномикоз.

3. Консультация стоматолога-ортопеда и стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зуба 1.1. На первом этапе необходимо провести ревизию и перепломбирование канала зуба 1.1. В случае успешного эндодонтического лечения, динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (Т.Г. Робустова, 2010, с.175), если околоверхушечный гранулирующий или гранулёматозный очаг не ликвидируется, выполняют оперативное вмешательство на корнях. Проведение зубосохраняющей операции (резекции верхушки корня), при невозможности консервативного лечения с ретроградным пломбированием канала.

4. Предварительное эндодонтическое лечение зуба 1.1, ревизия канала.

Операция резекции верхушки корня: анестезия, проведение полуовального разреза, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, формирование трепанационного окна, резекция верхушки корня, удаление гранулёмы, при необходимости ретроградное пломбирование канала зуба 1.1, ушивание раны.

Операция удаления зуба: анестезия, сепарация, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж.

5. Периостит. Остеомиелит. Абсцесс. Флегмона

Задача 24

Пациент Т., 23 года, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на сильную боль позади второго моляра на нижней челюсти слева, усиливающаяся при жевании, ограниченное открывание рта, слабоболезненное глотание.

Развитие настоящего заболевания: боль беспокоит периодически в течение одного года. За последние несколько дней боль значительно усилилась.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта слабоболезненное, ограниченное до 3 см между центральными резцами. При пальпации определяется увеличенный единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева, слабо болезненный, подвижный.

В полости рта: зуб 3.8 покрыт гиперемизированным и отёчным капюшоном слизистой оболочкой на % окклюзионной поверхности. Прорезался один медиальнощёчный бугор зуба. Пальпация слизистой оболочки и капюшона болезненна, из-под капюшона выделяется гной.

На рентгенограмме: зуб 3.8 имеет медиальный наклон коронки в сторону второго моляра.

Определяется деструкция кости у дистального края коронки зуба, распространяясь вдоль корня.

Очаг разрежения имеет полулунную форму.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

Ответы:

1. Обострение хронического перикоронита в области зуба 3.8.
2. Ретромолярный периостит, невралгия 3 ветви тройничного нерва.
3. Рентгенография зуба 3.8. Решение вопроса о необходимости удаления зуба 3.8.
4. Анестезия, рассечение капюшона, антисептическая обработка, введение под капюшон йодоформной турунды. После стихания острых воспалительных явлений решение вопроса о сохранении или удалении зуба 3.8.
5. Ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, воспалительная контрактура.

Задача 25

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой

поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровавым сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

Вопросы:

- 1)Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2)Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3)Опишите методику оперативного лечения.

Ответы:

- 1)Флегмона дна полости рта
- 2)на рентгенограмме на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.(предположительно доброкачественная опухоль)
- 3) Дугообразный разрез по краю Н/ч пересекая брюшко двухбрюшной мышцы отодвигая поднижнечелюстную слюнную железу ,тупым путем проникаем к гнойному очагу,вскрываем и ставим дренажи.

Задача 26

Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°C. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего появилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болезненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева определяется раневая поверхность с разможенными краями, заполненная некротическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Вопросы:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите план обследования и лечения.
- 3)Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, дайте им объяснение.

Ответы:

Флегмона щечной области (при абсцессе – инфильтрат ограничен)

Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достает анамнестических данных: динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа. Из эстетических соображений при флегмоне стараются создать отток экссудата

со стороны полости рта, проводя разрез в преддверии рта. При недостаточности оттока из такой раны показан оперативный подход со стороны кожи с учетом направления ветвей лицевого нерва и околоушного протока данной железы. Иногда прибегают к двустороннему опорожнению гнойных очагов внутриротовым и внеротовым разрезами.

участки гиперкератоза щек вследствие неоднократного прикусывания щек (декупитальные язвы), большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений вследствие неудовлетворительной гигиены

Задача 27

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании незначительно усилились больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 - глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

Вопросы:

- 1) Составьте план обследования больного.
- 2) Поставьте предположительный диагноз.
- 3) Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
- 4) Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

Ответы:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
2. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.
3. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

Задача 28

К., 17 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области.

Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массировании которой слюна из протока не выделяется.

Коронка 16 зуба разрушена на 2/3, изменена в цвете, полость зуба вскрыта. Зондирование, перкуссия зуба безболезненны. На слизистой оболочке альвеолярной десны отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым. Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

3. Составьте план лечения

Ответы:

1. Хронический калькулезный сиалоденит правой поднижнечелюстной слюнной железы. Хронический периодонтит 16. Вторичная частичная адентия левой верхней челюсти.

2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография, рентгенография или визиография 16.

3. План комплексного патогенетического лечения пациента данной категории должен включать следующие позиции:

-экстренную госпитализацию. С целью исключения внутричерепных осложнений следует выполнить компьютерную томографию челюстно-лицевой области и головного мозга;

-экстренное выполнение первичной хирургической обработки гнойного очага, что обеспечит декомпрессию мягких тканей и предупредит генерализацию инфекции;

-забор материала в процессе выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага для определения чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам;

-срочное назначение анализов: развернутой коагулограммы, исследования крови с целью определения бактериемии;

-проведение катетеризации v. subclavia;

-назначение дезинтоксикационной терапии (гемодез, реополиглюкин, реоглюман и т. д.);

Задача 29

Больной 18 лет поступил с жалобами на боли и припухлость в области околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего характера, усиливающиеся при приеме пищи. Отмечается сухость в полости рта, повышение температуры тела до 38-38,5°C. Из анамнеза выяснено, что около месяц назад младшая сестра перенесла эпидемический паротит. Открывание рта ограничено 3-х см, околоушные слюнные железы увеличены в размере, уплотнены, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка в области слюнных протоков гиперемирована, отечна. Слюна не выделяется.

ВОПРОС:

1. Проставьте диагноз

2. Назначьте лечение

Задача 30

Больной 18 лет поступил с жалобами на боли и припухлость в области околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего характера, усиливающиеся при приеме пищи. Отмечается сухость в полости рта, повышение температуры тела до 38-38,5°C. Из анамнеза выяснено, что около месяц назад младшая сестра перенесла эпидемический паротит. Открывание рта ограничено 3-х см, околоушные слюнные железы увеличены в размере, уплотнены, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка в области слюнных протоков гиперемирована, отечна. Слюна не выделяется.

Вопросы:

1. Проставьте диагноз

2. Назначьте лечение

Ответы:

1. Острый двухсторонний эпидемический паротит

2. Строгий постельный режим, сухое тепло на область слюнных желез, слюногонная диета, прием поливитаминов

Задача 31

На прием к стоматологу обратилась мама с сыном 12 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Ребенок чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1

Задания:

1. Оцените состояние гигиены полости рта.

2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.

3. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите основной фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Предложите комплекс лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Ответ.

1. Уровень гигиены неудовлетворительный.
2. K02.0 Кариес эмали. Очаговая деминерализация эмали (кариес в стадии пятна).
3. Метод витального окрашивания эмали 2%-ным раствором метиленового синего.
4. Наличие мягкого зубного налета.
5. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий:
 - Обучение рациональной гигиене полости рта.
 - Проведение контролируемой чистки зубов.
 - Проведение реминерализующей терапии.

Задача 32

Родители с ребенком в возрасте 2 лет 10 месяцев обратились к стоматологу для профилактического осмотра. Ребенок родился доношенным, беременность протекала без патологических отклонений, находился на искусственном вскармливании. Сосет соску.

Имеется видимый зубной налет на всех зубах. Протрузия фронтальных зубов верхней челюсти.

Ребенку дают сладости несколько раз в день.

Задания:

1. Укажите факторы риска развития кариеса у ребенка.
2. Дайте рекомендации в отношении употребления сладостей.
3. Укажите фактор риска развития зубочелюстных аномалий.
4. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта и выбору средств гигиены. Составьте программу индивидуальной реабилитации пациента
5. Назовите специалиста, к которому необходимо обратиться за консультацией.

Ответ.

1. Наличие мягкого зубного налета. Повышенное употребление сладостей.
2. Ограничение приема сладостей до 20 г в сутки (рекомендации ВОЗ для детей дошкольного возраста), употребление сладостей во время основного приема пищи, исключение приема сладостей между приемами пищи и на ночь.
3. Сосание соски.
4. Необходимо начать обучение ребенка и родителей чистке зубов. Регулярность чистки зубов - 2 раза в сутки (утром и вечером). Детская зубная щетка с мягкой щетиной. Детские гелевые зубные пасты с противокариозными компонентами.
5. Консультация ортодонта.

Задача 33

Женщина 45 лет после принятия вертикального положения внезапно потеряла сознание и упала.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов лица у пациентки, на коже лба испарина, дыхание ослабленное, пульс на сонной и лучевой артериях редкий, слабый, мышцы туловища и конечностей расслаблены.

Вопрос: 1. установите предварительный диагноз.

2. с чем связано внезапная потеря сознания?
3. какое второе название имеет данное состояние?
. окажите первую медицинскую помощь.

Ответ: 1. обморок.

2. с внезапно наступившим малокровием мозга.
3. ортостатический коллапс.
4. создать покой, под ноги положить валик (чтобы ноги были выше головы), расстегнуть одежду. Если имеется нашатырный спирт, то произвести ингаляцию. Побрызгать холодной водой на лицо.

Задача 35.

В стоматологической поликлинике пожилой женщине стало плохо. Предъявляет жалобы на боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией болей в левую ключицу, слабость, тошноту,

страх за свою жизнь, чувство нехватки воздуха. Больную поместили в подсобное помещение, начали оказывать первую медицинскую помощь и вызвали скорую помощь.

Вопросы: 1. установите предварительный диагноз.

2. какие мероприятия первой медицинской помощи Вы можете провести при данных обстоятельствах?

Ответ: 1. инфаркт миокарда.

2. создать покой, полусидячее положение, расстегнуть одежду, дать тёплый чай, проводить психологическую работу, вызвать скорую помощь.

Задача 36

Вы студент пятоо курса медицинского ВУЗа. К Вам обратился знакомый с жалобами на сильную головную боль, тошноту, появление тёмных пятен перед глазами, бала однократная рвота. Все эти явления возникли через некоторое время после психоэмоционального напряжения. Вашему пациенту 46 лет, ранее отмечалось повышение артериального давления проводилось лечение гипотензивными средствами.

Вопрос:

1. установите предварительный диагноз.

2. окажите первую медицинскую помощь.

3. с каким фактором саморегуляции связано ухудшение самочувствия?

Ответ:

1. гипертонический криз первого типа.

2. создать покой, провести психологическую беседу, вызвать скорую помощь, выяснить какие у него имеются медикаменты и если есть гипотензивные то дать ему их.

3. в данном случае при гипертоническом кризе первого порядка произошёл выброс адреналина.

Задача 37

В коридоре стоматологической клиники внезапно упал пешеход. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожи лица, сознание отсутствует, синюшность губ, на шее пульсация сосудов выражена, правый угол рта опущен, щека «парусит», зрачки расширены на свет реагируют вяло. Поднятые руки и ноги падают «как плети», сухожильные рефлексы отсутствуют. Пульс напряжен, медленный.

Вопрос: 1. установите предварительный диагноз.

2. какая форма поражения у больного?

3. какова причина возникшего состояния?

4. окажите первую медицинскую помощь.

Ответ: 1. инсульт

2. геморрагический.

3. разрыв сосуда мозга.

4. создать покой, расстегнуть одежду, перевернуть на спину, вызвать скорую помощь.

Задача 38.

У больного 14 лет, при попытке подняться с кровати, после планового оперативного вмешательства по поводу варикоцеле, появилась резкая слабость, закружилась голова. Потери сознания не было, медсестра вызвала дежурного врача.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. Тактика врача при выявлении заболевания.

3. Этиология и патогенез заболевания.

4. Назовите основные направления лечения.

5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответы:

1. Ортостатический коллапс.

2. Предоставить больному горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.

3. Ортостатический коллапс обусловлен перераспределением крови с увеличением общего объема венозного русла и снижением притока к сердцу; в основе этого состояния лежит недостаточность венозного тонуса.

4. Лечение основного заболевания, осмотр кардиолога, невролога.

Задача 39.

У больного 10 лет, при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось. Медсестра вызвала врача.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Назовите основные направления лечения.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответы:

1. Обморок.
2. Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
3. Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса.
4. Специального лечения не требуется.
5. Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

Задача 40.

Мальчик К., 13 лет, находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

Вопросы

1. Какое осложнение возникло у больного?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Приведите методику сердечно-легочной реанимации.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответы:

1. Остановка сердца.
2. Провести сердечно-легочную реанимацию и доставить больного в стационар.
3. Прогрессирующая недостаточность системы жизнеобеспечения, обусловленная острой недостаточностью кровообращения, микроциркуляции и гипоксией тканей.
4. Глубина прогибания грудины вглубь составляет от 0,5 до 2,5 см, частота нажатий не менее 100 раз в 1 мин., соотношение нажатий и искусственного дыхания - 5:1. Массаж сердца проводят, положив пациента на твердую поверхность.
5. Диспансерное наблюдение у кардиолога

Задача 41

Пациентка О., 20 лет. Обратилась с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные боли в 1.6. Анамнез: ранее 1.6 не лечен, в течение 4 месяцев зуб временно болел от холодного, горячего, при попадании пищи в полость. Вчера появились острые приступообразные самопроизвольные боли, продолжительностью 10-15 минут. Объективно: на окклюзионной поверхности 3.6 – глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование болезненное в одной точке дна кариозной полости, перкуссия безболезненная, реакция на холод болезненная, длительная, ЭОД – 20 мкА.

- а) Поставьте диагноз
- б) Предложите метод лечения
- в) Выберите способ обезболивания и анестетик
- г) Опишите план лечения по типу записи истории болезни

Ответы:

- а) 1.6 острый очаговый пульпит, КО4.01
- б) Биологический метод лечения

- в) Проводниковая анестезия (мандибулярная, торусальная), анестетики на основе артикаина с вазоконстриктором (септанест, ультракаин, убистезин, примакаин, артифрин)
- г) Первое посещение: 1.6 под торусальной анестезией «Ultrasain D-S» – 1,8 препарирование кариозной полости, антисептическая обработка теплым 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, проведен сеанс гелий-неонового лазера на дно кариозной полости, на дно наложен тампон с жидкостью «Крезодент» на 2 суток под повязку из искусственного дентина. Назначено: супрастин 1 табл. на ночь, найз 1 табл. в день. 2 посещение: 1.6 удаление повязки, антисептическая обработка 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, на дно наложен «Life», прокладка «Base Liner», пломба «Filtek Z-250».

Задача 42

Пациент Н., 32 лет. Обратился с жалобами на длительные боли от холодного в зубе 3.7. Анамнез: 3.7 ранее лечен по поводу кариеса. Боли появились 3 недели назад. Объективно: на окклюзионной поверхности 3.7 пломба из силико-фосфатного цемента, краевое прилегание нарушено. После снятия пломбы обнаружена глубокая кариозная полость, зондирование болезненное в одной точке дна кариозной полости. Перкуссия безболезненная. Реакция на холод болезненная, длительная. ЭОД – 30 мкА.

- а) Поставьте диагноз
б) Предложите метод лечения
в) Опишите план лечения по типу записи истории болезни

Ответы:

- а) 3.7 хронический фиброзный пульпит КО4.03
б) метод витальной ампутации
в) 3.7 под торусальной анестезией «Артикаин» – 1,8 препарирование кариозной полости, вскрытие и раскрытие полости зуба, ампутация пульпы, формирование уступов в области устьев корневых каналов, гемостаз, антисептическая обработка теплым 0,05% р-ром хлоргексидина, высушивание, на устья КК наложен «Кальципульп», прокладка «Vitrebond», пломба «Charisma».

Задача 43

Пациент К., 30 лет. Обратился с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные, длительные, ночные боли в области зубов верхней челюсти слева, усиливающиеся от всех видов раздражителей, иррадиирующие в висок и надбровную область слева. Из анамнеза выявлено, что ранее больной отмечал кратковременную боль в зубе 2.4 от холодного, 4 дня назад появились ночные боли продолжительностью более часа. Сегодня ночью боль почти не прекращалась. Объективно: 2.4 на медиально-окклюзионной поверхности глубокая КП, заполненная размягченным дентином. Полость зуба не вскрыта. Зондирование резко болезненное по всему дну КП. Сравнительная перкуссия слабоболезненная.

- а) Поставьте диагноз
б) Укажите дополнительные методы диагностики

Ответы:

- а) 2.4 острый диффузный пульпит, К04.02.
б) температурная проба, ЭОД, Rg

Задача 44

Пациентка М. 55 лет. Обратилась с жалобами на острые, самопроизвольные, приступообразные, ночные боли, усиливающиеся от температурных, механических раздражителей в зубе 4.7. Анамнез: ранее в 4.7 отмечала кратковременные боли от холодного. Вчера ночью был болевой приступ 10-15 минут. После приема кетанова боль прекратилась. Сегодня ночью было 2 подобных приступа с промежутком около 4 часов. Объективно: 4.7 на окклюзионной поверхности глубокая КП, заполненная размягченным дентином. Зондирование дна кариозной полости болезненное в одной точке. Полость зуба не вскрыта. Перкуссия безболезненная.

- а) Поставьте диагноз
б) Укажите дополнительные методы диагностики

Ответы:

- а) 4.7 острый очаговый пульпит, К04.01
б) температурная проба, ЭОД, Rg.

Задача 45

Пациентка Н, 42 г. Обратилась с жалобами на острую приступообразную самопроизвольную боль в области нижней челюсти слева, усиливающуюся ночью и иррадирующую в висок, ухо, зубы верхней челюсти. Указать причинный зуб не может. Анамнез: пять дней назад был удален зуб 3.5., острая боль появилась 3 дня назад. Продолжительность болевого приступа около 1 часа, боль после приема анальгетиков уменьшается на непродолжительное время. Объективно: слизистая в области 3.5 бледно-розового цвета, безболезненная при пальпации. Лунка 3.5 выполнена сгустком, покрыта фибринозным налетом. На жевательной и дистальной поверхностях зуба 3.6 глубокая КП, заполненная большим количеством размягченного, пигментированного дентина. Зондирование по дну кариозной полости 3.6 резко болезненное, полость зуба не вскрыта. Реакция на холод болезненная, длительная. Сравнительная перкуссия 3.6 слабоболезненная.

- а) Поставьте диагноз
- б) Проведите дифференциальную диагностику

Ответы:

- а) 3.6 острый диффузный пульпит; К04.02
- б) Альвеолит (в анамнезе – удаление зуба), острый очаговый пульпит (характер, ЭОД), обострение хронического пульпита (анамнезе, сообщение КП с полостью зуба; ЭОД), острый верхушечный периодонтит (зондирование и температурная проба, ЭОД), обострение хронического периодонтита (перкуссия, зондирование и температурная проба, ЭОД), Невралгия тройничного нерва (температурная проба, ЭОД), гайморит (заложенность носа, признаки общей интоксикации, температурная проба, ЭОД).

Задача 46

Пациент С., 54 лет. Обратился с жалобами на острые длительные боли в области боковых зубов справа сверху. Боли возникают самопроизвольно, но усиливаются преимущественно от холодного. Указать, какой зуб болит, пациент не может. Из анамнеза выявлено, что 1 год назад зуб 1.7 был ранее лечен по поводу кариеса; 2 месяца назад пациент отмечал длительные острые боли, купируемые кеторолом. Объективно: на окклюзионной поверхности 1.7 – пломба удовлетворительного качества. После удаления пломбы – глубокая КП, заполненная большим количеством размягченного, пигментированного дентина. Зондирование по дну резко болезненное, полость зуба вскрыта, кровоточит. Сравнительная перкуссия болезненная. Реакция на холод болезненная, длительная.

- а) Поставьте диагноз
- б) Проведите дифференциальную диагностику

Ответы:

- а) 1.7 обострение хронического фиброзного пульпита; К04.08
- б) Острый диффузный пульпит (анамнез, данные ЭОД), острый верхушечный периодонтит, обострение хронического периодонтита (рентгенограмма, ЭОД).

Задача 47

Больная С. 36 лет обратилась с жалобами на длительные, ноющие боли в зубе 2.7 от приема холодного, горячего, при попадании пищи в КП. Анамнез: 2.7 не лечен, ранее в зубе отмечались острые, самопроизвольные, приступообразные, ночные боли, иррадирующие в височную область. За помощью к врачу не обращалась, боли снимала таблеткой темпалгина. Ноющие боли появились 2 недели назад. Объективно: на медиально-окклюзионной поверхности 2.7 глубокая КП. При зондировании дна полости обнаруживается резко болезненная вскрытая точка, пульпа кровоточит, перкуссия безболезненная.

- а) Поставьте предварительный диагноз
- б) Укажите симптомы, характерные для хронического пульпита
- в) Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки окончательного диагноза

Ответы:

- а) 2.7 хронический фиброзный пульпит, К04.03
- б) длительные, ноющие боли от горячего, при попадании пищи в КП; длительность заболевания более 2 недель
- в) температурная проба, ЭОД, Rg-графия

Задача 48

Больной С. 49 лет обратился с жалобами на длительные боли от горячего в 1.2, неприятный запах изо рта. Анамнез: 1.2 ранее лечен по поводу кариеса, месяц назад были острые приступообразные боли с иррадиацией в носогубной треугольник и область лба. Объективно: на дистальной поверхности 1.2 пломба, краевое прилегание нарушено. После снятия пломбы обнаруживается сообщение с полостью зуба. Зондирование дна КП безболезненное, глубокое зондирование болезненное, перкуссия безболезненная.

- а) Поставьте предварительный диагноз
- б) Укажите симптомы, характерные для хронического пульпита
- в) Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки окончательного диагноза

Ответы:

- а) 1.2 хронический гангренозный пульпит, K04.04
- б) длительные боли от горячего, при попадании пищи в КП, длительность заболевания более 1 месяца
- в) температурная проба, ЭОД, Rg-графия

Задача 49

Больная М. 19 лет обратилась с жалобами на болезненность и кровоточивость при приеме пищи в зубе 4.5. Анамнез: 4.5 не лечен, ранее были ночные, приступообразные, самопроизвольные, острые боли в 4.5, за врачебной помощью не обращалась, боль снимала найзом. Объективно: коронка 4.5 разрушена на 2/3, из КП выбухает полип. Зондирование безболезненное, перкуссия безболезненная.

- а) Поставьте предварительный диагноз
- б) Укажите симптомы, характерные для хронического пульпита
- в) Укажите дополнительные методы диагностики, необходимые для постановки окончательного диагноза

Ответы:

- а) 4.5 хронический гипертрофический пульпит, K04.05
- б) болезненность в зубе и кровоточивость при приеме пищи
- в) температурная проба, Rg-графия.

Задача 50.

Пациент 56 лет, по поводу хронического бронхита получал ампициллин в течение 10 дней. Температура тела нормальная с 4-го дня приема антибиотика, заметил во рту беловатый налет и обратился к стоматологу. При осмотре выявлен множественный кариес, на слизистой щек, неба, на спинке языка беловато-желтый рыхлый налет, частично снимающийся при поскабливании. Пальпация слизистой рта - болезненная.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Будете ли Вы в настоящее время лечить и удалять зубы?

Ответ

1. Кандидоз острый.
2. Консультация и лечение у гастроэнтеролога, местно – обезболивание, антисептическая обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, йодинол, диета с ограничением углеводов, нистатин, пимафуцин, дифлюкан.
3. Плановое стоматологическое лечение противопоказано.

Задача 51.

На прием к врачу обратилась женщина 65 лет, с жалобами на высыпание пузырьков на ККГ. Высыпания появляются 2-3 раза в год. Чаще весной и осенью в течении 4 лет. Врач поставил диагноз: простой герпес. Назначено лечение: обработка пораженных участков анилиновыми красителями, оксолиновой мазью. После проведенного лечения рецидивы возникают с той же частотой.

Вопросы:

Уточните диагноз.

Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответы

Острый артрит ВНЧС справа.

Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов

Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.

Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.

Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Задача 58

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы.

Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Предложите план лечения.

Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответы

Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.

Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.

Необходима консультация ревматолога.

Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мажевые повязки.

При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Задача 59

Пациент М., 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 1.1 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II – степени.

Вопросы

Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?

Какой диагноз можно поставить по приведенным данным?

Какое осложнение может развиваться при несвоевременном оказании медицинской помощи?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Возможные варианты лечения?

Ответы

1. внутриротовую рентгенографию 11 зуба для определения состояния периапикальных тканей и результатов пломбирования зуба.

Острый периодонтит или обострение хронического периодонтита 11 зуба.

При несвоевременном и неправильном оказании медицинской помощи возможно возникновение периостита.

Острого пульпитом, периоститом, остеомиелитом, нагноением корневой кисты, острым одонтогенным гайморитом.

Задача 60

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 четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

Установите диагноз заболевания.

Проведите обоснование диагноза.

С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?

Определите план лечения.

Прогноз заболевания?

Ответы

Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.

На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки.

С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, атеромой.

Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулёмой и удаление патологической грануляционной ткани.

5. Прогноз, как правило, положительный. Неудовлетворительные результаты являются следствием нарушения техники операции.

Задача 61

Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал анальгин и бисептол внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

Вопросы

Поставьте диагноз.

С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?

Определите место, где будет проводиться лечение пациента.

Составьте план лечения.

5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

Ответы

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти с небной стороны слева (небный абсцесс). Хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.

2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.

3. В поликлинике.
4. 1) в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба
2) вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны.
3) удаление 24
4) антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.
5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

Задача 62

Пациентка К., 27 лет, жалобы: на сильную пульсирующую боль в зубах верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 13 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором пищевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован, 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 13 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.1, 1.2, 1.4, 1.5 зубам нет.

Вопросы

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какие целесообразно назначить антибиотики?

Ответы

Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 13 зуба.

При гнойно- некротическом процессе в кости происходит гнойная инфильтрация надкостницы с двух сторон.

Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.3 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.3. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

1) сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти с двух сторон, дренировать раны.

2) удалить 13 зуб

3) провести дезинтоксикационную, антибактериальную, антигистаминную терапия

4) ежедневная обработка ран в полости рта растворами антисептиков

«Амоксиклав» 600 мг в/м х 2р\сут; или «Линкомицина гидрохлорид» 30% 1,0 в/м х 3р\сут – 14 дней

Задача 63

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога

каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Вопросы

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Определите индекс ПМА в области зубов 13 12 11 21 22 23.
4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

Ответы

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс ПМА в области 13 12 11 21 22 23 равен 66,6(6)%.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 13 12 11 21 22 23. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта

Задача 64

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

Задания

1. Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти.
2. Проведите расчёт пародонтального индекса (ПИ по Расселу) с учётом данных рентгенологического исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите план лечения.

Ответы

1. На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 11 21 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.
2. Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.
3. Пародонтальный индекс (ПИ по Расселу) в области 13 12 11 21 22 23 соответствует 6 баллам.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;

- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

5. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 13 12 11 21 22 23;
- избирательное шлифование зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 13 12 11 21 22 23

Задача 65

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые 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 лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

Задания

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.

Ответы

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.

Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.

3. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

4. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

5. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:

- возникновением болезни в молодом возрасте;
- быстрой потерей альвеолярной кости;
- ранней потерей зубов;
- патологической подвижностью зубов;
- гипергликемией, её осложнениями

Задача 66.

Пациент Д. 17 лет жалуется на наличие косметического дефекта эмали в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. Изменения структуры зубов отмечаются с момента их прорезывания, (см. фото).

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология.
2. С чем связана особенность локализации поражения твердых тканей?
3. Укажите данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
4. С нарушением деятельности каких клеток связано развитие данного поражения эмали?

5. Расскажите о методах диагностики, применяемых для уточнения диагноза. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. K00.4 Нарушение формирования зубов. Системная гипоплазия (болезни зубов некариозного происхождения, развивающиеся до их прорезывания).
2. Системный характер поражения эмали зубов связан со сроками закладки, формирования и прорезывания зубов.
3. Состояние здоровья ребенка в первые годы жизни.
4. Гипоплазия является результатом нарушения функции амелобластов.
5. Окрашивание 2%-ным раствором метиленового синего, зондирование. Диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

Задача 67.

Пациент К. 10 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие пятен на зубах. При осмотре: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, в области пятен эмаль гладкая. Из анамнеза выяснено, что подобные изменения зубов имеются у одноклассников и друзей. Родился и проживает в Московской области, содержание фторида в питьевой воде 1,5 мг/л.

Задания:

1. Назовите заболевание, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Назовите причину развития данного заболевания.
3. Назовите основные дифференциально-диагностические признаки данного заболевания. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.
4. Назовите известные вам классификации данного заболевания.
5. Подберите зубные пасты, которые может использовать данный пациент.

Ответ.

1. K00.30 Флюороз зубов (пятнистая форма).
2. Повышенное содержание фторида в питьевой воде.
3. Время возникновения: до прорезывания постоянных зубов.
 - Анамнез: пациент с рождения проживает в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде.
 - Локализация: множественные пятна на всех поверхностях зубов; поражаются все постоянные зубы.
 - Характеристика очагов поражения: множественные пятна меловидного, светло-желтого или коричневого цвета с гладкой поверхностью, без четких границ.
 - Дополнительные методы обследования: участки поражения не окрашиваются 2%-ным раствором метиленового синего.
4. Классификация В.К. Патрикеева - клинические формы заболевания (штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная).
 - Международная классификация Dean - по степени тяжести поражения (сомнительная, очень слабая, слабая, средняя, тяжелая).
5. Зубные пасты, не содержащие фторид. Из них наиболее целесообразно использовать лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения кальция, фосфаты.

Задача 68

Пациент К. 32 лет обратился с жалобами на постоянную интенсивную ноющую боль в 4.5, чувство «выросшего» зуба. Накусывание на зуб и прикосновение языком вызывает резкую боль. Отмечает нарушение общего состояния, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Анамнез: впервые 4.5 лечили 2 года назад по поводу кариеса. Пломба выпала около 8 месяцев назад; 3 дня назад появились боли, через день повысилась температура.

Объективно: на медиально-окклюзионно-дистальной поверхности зуба 2.6 глубокая кариозная полость. Вертикальная перкуссия резко болезненна, зондирование дна кариозной полости безболезненно. Подвижность зуба 1 степени.

На радиовизиограмме бокового отдела нижней челюсти 4.5: на дистально-окклюзионной поверхности очаг затемнения с ровными контурами К5. Корень прямой. Полость зуба уменьшена в объеме. В периапикальных тканях очаг просветления округлой формы с четкими границами, размером 4×3 мм. Костный рисунок альвеолы нечеткий.

а) Поставьте диагноз

- б) Предложите вращающиеся никель-титановые инструменты для механической обработки КК зуба 4.5
- в) Назовите материалы для временного пломбирования КК в данной клинической ситуации

Ответ:

- а) К04.6; 4.5 обострение хронического гранулематозного периодонтита
- б) Протейперы, Профайлы, GT-файл, КЗ-файлы, Мtwo-файлы – ротационные инструменты для машинной обработки КК (поворот на 360°)
- в) Пасты для временного пломбирования КК, стимулирующие остеогенез: «Гидроксиапол», «Каласепт», «Метапаста», «Кальсепт», «Радент», «Биокалекс».

Задача 69

Пациент К. 62 лет. Жалоб нет. Обратился с целью санации.

Анамнез: 4.6 ранее лечен по поводу пульпита. После лечения не беспокоил.

Объективно: на медиально-окклюзионно-дистальной поверхности зуба 4.6 пломба с нарушением краевого прилегания. После удаления пломбы зондируются запломбированные устья корневых каналов – дистального, медиально-щечного и медиально-язычного. Зондирование, реакция на холодное, перкуссия безболезненные.

На радиовизиограмме бокового отдела нижней челюсти 4.6: дистальный канал заполнен пломбировочным материалом равномерно не доходя до верхушки на 1 мм. В одном из медиальных каналов прослеживается тень инструмента на 3/4 длины корня, в другом – на 2/3 длины. Апикальные 1/4 и 1/3 склерозированы, не прослеживаются. В области дистального корня равномерное расширение периодонтальной щели, медиального – очаг просветления округлой формы с четкими границами, размером 4×5 мм.

- а) Поставьте диагноз
- б) Составьте план лечения

Ответ:

- а) К04.5; 4.6 хронический гранулематозный периодонтит,
- б) Распломбировать медиальные каналы до уровня отломков инструментов. При неудачной попытке извлечь отломки, применить один из импрегнационных методов лечения: резорцин-формалиновые, серебрения, трансканальный электрофорез, депофорез. Разъяснить о преимуществах и недостатках каждого метода.

Задача 70

Пациент В., 22 лет. Обратился с жалобами на эстетический дефект 11 зуба. При осмотре: 11 зуб розово-серого цвета, интактный. Из анамнеза выяснено, что 2 месяца назад у пациента была травма 11 зуба. Перкуссия и реакция на холодное безболезненные. ЭОД более 100 мкА.

- а) Поставьте диагноз
- б) Составьте план лечения

Ответ:

- а) Хронический периодонтит 1.1; К04.5
- б) 1 ПОСЕЩЕНИЕ:трепанация коронки зуба с оральной поверхности, вскрытие и раскрытие полости зуба, удаление распада пульпы, механическая и медикаментозная обработка КК, пломбирование канала гуттаперчей с силером, повязка. 2 ПОСЕЩЕНИЕ: удаление повязки и гуттаперчи из устья на глубину 2-3 мм до поддесневого уровня, изоляция запломбированного канала СИЦ толщиной 1мм, внесение отбеливающего геля (Opalescence Endo, Endoperox, Белгель О) в созданную полость, покрытие геля ватным шариком и закрытие временной пломбой. 3 ПОСЕЩЕНИЕ (через 3-4 дня): удаление временной пломбы, промывание созданной полости, пломбирование композитом. В случае неудовлетворительного эстетического результата, процедуру отбеливания повторить.

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен

3.1 Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы экзамена(ОПК-1, ПК-5; ПК-6; ПК-8;ПК-9)

- 1.Организация работы и оснащение стоматологической клиники.
- 2.Мероприятия по охране труда и технике безопасности.
- 3.Принципы врачебной этики и деонтологии. Информированное согласие.
- 4.Асептика и антисептика в практике врача-стоматолога. Виды и методы

5. Принципы диспансеризации детей у стоматолога. Диспансеризация детей с кариесом и его осложнениями, с заболеваниями пародонта, с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
6. Степени активности кариеса у детей как основа комплексных лечебно-профилактических мероприятий
7. Основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования.
8. Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников.
9. Особенности специфической и неспецифической профилактики стоматологических заболеваний.
10. Основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения общих и стоматологических заболеваний.
11. Уровни, виды и методы профилактики стоматологических заболеваний.
12. Этапы планирования и внедрения коммунальных программ профилактики стоматологических заболеваний.
13. Современные предметы и средства гигиены полости рта: основные, дополнительные. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.
14. Особенности ухода за полостью рта пациентов в зависимости от возраста и состояния полости рта. Индивидуальный подбор средств гигиены.
15. Методы чистки зубов. Контролируемая чистка зубов и методика её проведения. Особенности обучения чистке зубов детей различного возраста..
16. Составления плана лечения. Общение с пациентами.
17. Психодиагностика и психокоррекция эмоционального состояния пациента на стоматологическом приеме. Мотивация пациента на стоматологическое лечение. Деонтология.
18. Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей и взрослых.
19. Дополнительные методы исследования. Функциональные и лабораторные методы исследования.
20. Диагностика и неотложная помощь при сердечно-сосудистой и острой дыхательной недостаточности, шоках различной этиологии, септических состояниях, при аллергических реакциях, расстройствах сознания и эпилептоидных состояниях.
21. Реанимационные мероприятия в амбулаторной стоматологической практике. Лекарственные средства и оборудование, необходимые для оказания помощи при неотложных состояниях.
22. Определение кариеса твердых тканей зубов. Теории возникновения кариеса.
23. Современный взгляд на этиологию кариеса зубов. Патогенез кариеса зубов.
24. Общие и местные факторы риска возникновения кариеса зубов. Классификации кариеса зубов.
25. Строение твердых тканей зуба. Анатомия зубов.
26. Составные элементы кариозной полости.
27. Патологическая анатомия кариеса, гистологические изменения в пульпе при кариесе (исследования Доминико Рикуччи).
28. Особенности течения кариеса в зависимости от локализации очага поражения.
29. Клинические аспекты морфологии и функции эмали. Механизм деминерализации.
30. Дозиметрическая диагностика: клиничко-лабораторные методы оценки функциональных свойств эмали (проницаемость, растворимость, кислотоустойчивость, скорость реминерализации, электропроводность)
31. Структура, состав, биофизические свойства эмали. Ионнообменные процессы в эмали. Процессы «минерализации», «созревания», «реминерализации», «деминерализации» твердых тканей зубов.
32. Сроки начала минерализации твердых тканей временных и постоянных зубов. Слюна и ротовая жидкость. Состав и функции. Физико-химические и биохимические параметры ротовой жидкости в норме и патологии.
33. Донозологическая диагностика: способы определения защитных свойств слюны (скорость саливации, вязкость слюны, поверхностное натяжение слюны, минерализующий потенциал слюны, удельная электропроводность слюны, буферная емкость слюны).
34. Неминерализованные зубные отложения. Кариесогенные свойства зубной бляшки и их роль в развитии кариеса зубов
35. Методы диагностики кариеса зубов, основные и дополнительные методы обследования. Клиника и дифференциальная диагностика кариеса зубов.

36. Особенности кариеса эмали, дентина, цемента. Планирование лечения, важность эффективного обезболивания при лечении кариеса.
35. Консервативное и оперативное лечение кариеса, оборудование и инструментарий для лечения.
36. Выбор тактики препарирования: метод профилактического расширения, метод биологической целесообразности, концепция минимального инвазивного лечения.
37. Способы и принципы препарирования кариозных полостей.
38. Показания и применение в детском возрасте современных пломбировочных материалов
39. Этиология, патогенез, классификация некариозных поражений зубов, возникающих до прорезывания.
40. Методы обследования больного, тактика лечения и профилактики патологий данного вида.
41. Наиболее часто встречающиеся формы некариозных поражений, возникающие в период фолликулярного развития зубов: гипоплазия эмали, флюороз, наследственные нарушения структуры эмали, дентина, цемента, несовершенный остеогенез. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
42. Выбор метода лечения и профилактика некариозных, поражений, возникающих после прорезывания.
43. Патологическое истирание твердых тканей, клиновидный дефект, эрозия зубов: клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Определение понятия «пульпит». Классификация заболеваний пульпы зуба по МКБ 10.
45. Клиническая классификация состояний пульпы зуба. Классификация заболеваний пульпы зуба СТАР.
46. Особенности строения коронковой и корневой пульпы. Клинические и гистологические критерии для постановки диагноза.
47. Гистологическое строение твердых тканей зуба и пульпы. Физиология пульпы. «Основные» и «дополнительные» методы обследования стоматологического пациента.
48. Какие физиологические параметры пульпы определяют ЭОД, температурная проба, пульсоксиметрия, ЛДФ. Соответствие параметрических данных клиническому и гистологическому диагнозам.
49. Этапы первичного эндодонтического лечения при диагнозе «болезни пульпы зуба». Понятие о витальном и девитальном методе.
50. Средства для девитализации пульпы. Показания для девитального метода лечения пульпита
51. Особенности обезболивания зубов на верхней и нижней челюсти в зависимости от групповой принадлежности и клинического диагноза. Карпульные анестетики. Состав анестезирующего раствора. Профилактика местных осложнений.
52. Понятие «система корневого канала». Эндодонтические инструменты – классификация.
53. Способы механической обработки корневого канала. Способы определения рабочей длины корневого канала. Осложнения при неправильном ее определении.
54. Понятие «ирригация системы корневого канала». Средства для хемомеханического препарирования. Свойства препаратов для медикаментозной обработки, сочетаемость растворов
55. Особенности техники obturation в зубах с простой и сложной анатомией системы корневого канала. плюсы и минусы методов одного штифта, одной пасты, бокового уплотнения гуттаперчи, термопластифицированной гуттаперчи, комбинированной (гибридной) техники.
56. Способы восстановления анатомической формы коронки зуба после первичного и повторного эндодонтического лечения. Критерии, определяющие возможность и способ восстановления.
57. Индекс ИРОПЗ. Элементы внутриканальной фиксации культи зуба. Осложнения и меры профилактики.
58. Понятие «одонтогенный очаг хронической инфекции». Взаимосвязь одонтогенной патологии с системными заболеваниями.
59. Профилактика формирования и врачебная тактика при выявлении одонтогенного очага хронической инфекции у стоматологического пациента.
60. Эндодонтическое лечение временных и постоянных зубов у детей.
61. Гистологическое строение слизистой оболочки полости рта, функции. Особенности строения у взрослых и детей. Морфологическая характеристика патологических изменений слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.

62. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта: острый и хронический герпетический стоматит, опоясывающий лишай. Физико-химические свойства вируса. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
63. Бактериальные инфекции: Язвенно-некротический стоматит Венсана, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Первичный, вторичный и третичный сифилис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
65. Туберкулёз. Микобактерии туберкулёза. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
66. Кандидоз, лептотрихоз. Лабораторная диагностика. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Профилактика.
67. СПИД, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
68. Ангионевротический отёк Квинке. Аллергия на стоматологические материалы. Лекарственная аллергия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
69. Красный плоский лишай. Методы обследования. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Диспансеризация.
70. Пузырчатка. Красная волчанка, Многоформная экссудативная эритема. Классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.
71. Эксфолиативный хейлит. Метеорологический хейлит. Контактный аллергический хейлит
72. Актинический хейлит. Атопический хейлит. Экзематозный хейлит.
73. Хроническая трещина губы. Синдром Милькерсона-Розенталя. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
74. Классификация глосситов Десквамативный глоссит. Ромбовидный глоссит. Складчатый язык. Лингводиagnostика.
75. Глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
76. Гемобластозы. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Агранулоцитоз. Мукозит.
77. Геморрагические диатезы. Анемии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
78. Состояние слизистой оболочки рта при гипо- и авитаминозах, при заболеваниях органов пищеварения, эндокринной системы, при сердечных и сосудистых заболеваниях
79. Понятие о пародонтальном комплексе.
80. Особенности функционирования и биомеханики пародонта.
81. Классификации болезней пародонта (МКБ-10 и др.) Терминология.
82. Роль иммунной системы в воспалении тканей пародонта.
83. Протокол осмотра пародонтологического больного. Запись пародонтограммы. Планирование манипуляций
84. Методы индексной оценки а) тяжести гингивита, б) пародонтита.
85. Оценка окклюзии, наличия преждевременных контактов зубов, патологической подвижности зубов.
86. Дополнительные методы диагностики: а) внутриротовая рентгенография, панорамная рентгенография, ортопантомография, компьютерная томография, др. аппаратные методы обследования б) исследование состояния сосудов десны, стоматоскопия, капилляроскопия, в) лабораторные исследования – цитология содержимого пародонтального кармана, исследование количественного и качественного состава десневой жидкости, миграция лейкоцитов по М.А. Ясиновскому, микробиологическое и гистологическое исследования
87. Гингивит катаральный, язвенно-некротический Венсана, гипертрофический. Этиология, патогенез.
88. Роль местных и общих факторов в этиологии гингивита. Клиника, патоморфология. дифференциальная диагностика различных форм гингивита
89. Пародонтит: Этиология, патогенез, патоморфология. Клиника, дифференциальная диагностика пародонтоза.
90. Заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

91. Опухоли и опухолевидные заболевания пародонта. Особенности клинических проявлений.
92. Симптоматическое и патогенетическое лечение воспалительных заболеваний пародонта.
93. Закрытый кюретаж. Открытый кюретаж. Показания, методики проведения
94. Гингивотомия и гингивэктомия. Показания, методики проведения
95. Лоскутные операции. Показания, методики проведения
96. Операции на уздечках языка и верхней губы. Показания, методики проведения
97. Вестибулопластика. Показания, методики проведения
98. Рецессия десны. Классификация. Варианты закрытия различными методами.
99. Хейлит Манганотти, хронические рецидивирующие трещины губ.
100. Лейкоплакия. Классификация, клинические проявления, принцип лечения
101. Болезнь Боуэна. Клинические проявления, принцип лечения
102. Методы обследования пациентов с дефектами твердых тканей зубов. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности заполнения медицинской амбулаторной карты (форма 43-у) пациентов с дефектами твердых тканей зубов.
103. Виды зубных протезов, восстанавливающих анатомическую форму и размер коронковой части зубов.
104. Выбор метода ортопедического лечения в зависимости от индекса разрушения клинической коронки. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ).
105. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению пациентов с дефектами твердых тканей зубов
106. Коронки (штампованные, пластмассовые, комбинированные, металллокерамические, фарфоровые). Показания к применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления. Особенности препарирования
107. Изменения в зубочелюстной системе в связи с потерей зубов. Виды дефектов зубного ряда.
108. Классификации дефектов зубных рядов (Кеннеди, Гаврилова, Бетельмана).
109. Вторичные деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Зубоальвеолярное удлинение.
110. Феномен Попова – Годона. Формы зубоальвеолярного удлинения по Пономаревой.
111. Подготовка полости рта к ортопедическому лечению. Специальные методы подготовки полости рта к протезированию. Формулировка диагноза.
112. Классификация протезных стоматитов. Т
113. Окислительные и аллергические реакции на конструкционные материалы. Парниковый и компрессный эффект.
114. Адаптация к полному съемному протезу. Гигиена при пользовании съемным протезом
115. Варианты реставрации полных съемных протезов.
116. Особенности повторного протезирования с полной утратой зубов. Припасовка и наложение пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
117. Правила пользования и коррекция съемных протезов. Тактика ведения пациентов в отдаленные сроки.
118. Адаптация к полным съемным протезам.
119. Ошибки врача-ортопеда и зубного техника на этапах изготовления полного съемного протеза.
120. Биофизические и функциональные факторы, лежащие в основе фиксации полных съемных протезов.
121. Методы фиксации съемного протеза.
122. Понятие о клапанной зоне и нейтральной зоне.
123. Особенности постановки зубов при прогнатическом и прогеническом соотношении альвеолярных отростков.
124. «Сферическая» теория артикуляции, ее реализация в практическом восстановлении зубных рядов при полном отсутствии зубов. Фиксация (ретенция, стабилизация и опора) полных съемных пластиночных протезов
125. Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное прорезывание зубов. Причины. Клиника. Показания к хирургическому лечению.
126. Перикоронорит. Осложнения. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.
127. Одонтогенный периодонтит. Классификация, клиника, лечение.
128. Одонтогенный периостит челюстей. Классификация, этиопатогенез, клиника, лечение
129. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Классификация, клиника, лечение.

130. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.
131. Ретромолярный абсцесс, небный абсцесс, поднадкостничные абсцессы. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
132. Методы обследования больных с острым одонтогенным гайморитом.
133. Одонтогенный синусит. Этиология, патогенез. Острый одонтогенный синусит: клиника, методы диагностики и лечения.
134. Хронический одонтогенный синусит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы оперативного и консервативного лечения.
135. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса, способы оперативного закрытия перфорации.
136. Профилактика образования свищей, (перфоративного) одонтогенного синусита
137. Фурункул, карбункул лица и шеи. Причины возникновения, клиническая картина, лечение, осложнения
138. Актиномикоз, сифилис, туберкулез. Проявления в полости рта. Принципы лечения
139. Этиопатогенез и классификация воспалительных заболеваний слюнных желез. Методика обследования больных.
140. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение.
141. Острые сиалодениты. Клиника, диагностика, лечение.
142. Хронические сиалодениты. Клиника, диагностика, лечение.
143. Слюннокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
144. Болезнь и синдром Микулича. Клиника, диагностика, лечение.
145. Болезнь и синдром Съёгнена. Клиника, диагностика, лечение.
146. Острые артриты ВНЧС. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
147. Хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Клиника, диагностика, лечение.
148. Деформирующий артроз. Ртрозы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение
149. Склерозирующий артроз. Клиника, диагностика, лечение.
150. Анкилозы ВНЧС. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Болевая дисфункция височного нижнечелюстного сустава
151. Невралгия ветвей тройничного нерва, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
152. Неврит тройничного и лицевого нервов. Клинические проявления, принципы лечения
153. Парез и паралич мимической мускулатуры.
154. Синдром жжения полости рта. Причины возникновения, клинические проявления, лечение клиническая картина, дифференциальная диагностика, оценка жизнеспособности пульпы.
155. Лечение острой травмы зубов, способы и сроки контроля его эффективности, профилактика осложнений.
156. Тактика врача-стоматолога при лечении травмы постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.
157. Диагностика и лечение детей с заболеваниями пародонта с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения), с учетом стандартов медицинской помощи.
158. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ у детей.
159. Диагностика и лечение детей с проявлениями вирусных, бактериальных, аллергических и других детских инфекций в полости рта.
160. Возможные осложнения и способы их профилактики и устранения на этапе изоляции рабочего поля, создания эндодонтического доступа, препарирования системы корневого канала, obturации системы корневого канала, восстановления анатомической формы коронки зуба.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой

разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

**4.1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы в рамках учебной дисциплины.
Критерии оценивания сформированности компетенций на разных этапах их формирования по пятибалльной шкале**

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Этап формирования компетенции № раздела (-ов)	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	1, 2, 3, 4	Знать: различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных	Отсутствие знаний к различным подходам к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как	Фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как	Общие, но не структурированные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы;	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания различных подходов к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как	Сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как

			систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальны х задач и их применение в медицине	способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальны х задач и их применение в медицине	использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математически е методы решения интеллектуаль ных задач и их применение в медицине	и виды информаци онных моделей, описывающ их реальные объекты или процессы; использова ние алгоритма как способа автоматизац ии деятельност и; назначение и функции операционн ых систем; математиче ские методы решения интеллектуа льных задач и их применение в медицине	автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине
			Уметь: оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных	Отсутствие умений оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационны е процессы в	Частично освоенные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационны	В целом успешно, но не система- тически осущест- вляемые оценивать достоверность информации, сопоставляя различные	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы оценивать достовернос ть информаци и, сопоставляя	Сформированное оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных

			<p>системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>е процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования ; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информации</p>	<p>системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>
--	--	--	---	---	--	--	--	---

							онных технологий технологий	
			<p>Владеть: компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Этап формирования компетенции № раздела (-ов)	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	1, 2, 3, 4	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Отсутствие знаний понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Общие, но не структурированные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых па-	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основного состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и	Сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией

						тологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	
			<p>Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Отсутствие умений проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Частично освоенные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов</p>	<p>Сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>

					лицевой области	ной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области	лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области	
			<p>Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируема	Содержание	Этап	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале
-------------------	-------------------	-------------	--------------------	---

я компетенция	компетенции	формирования компетенции № раздела (-ов)	результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	1, 2, 3, 4	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и	Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра

							проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	
			<p>Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>
			<p>Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе</p>	<p>Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе</p>	<p>Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе</p>

			Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	й патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	---	---	--	--	--	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Этап формирования компетенции № раздела (-ов)	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических	1, 2, 3, 4	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов	Общие, но не структурированные знания основных патологически	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы	Сформированные систематические знания основных патологических состояний,

	<p>состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>		<p>стоматологических заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>х состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, принципов формулировки стоматологических форм, принципов формулировки стоматологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>
			<p>Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со</p>	<p>Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и</p>	<p>Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять</p>	<p>Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем,</p>

			здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности
			Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и	Успешные и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

						пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Этап формирования компетенции № раздела (-ов)	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПК-8	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	1, 2, 3, 4	<p>Знать: особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии</p>	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
			<p>Уметь: Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов</p>	Отсутствие умений исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов

			Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими и заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	---	---	--	---	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Этап формирования компетенции № раздела (-ов)	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
				1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПК-9	готовностью к ведению лечения пациентов стоматологически	1, 2, 3, 4	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со	Отсутствие знаний особенностей медицинской помощи	Фрагментарные знания особенностей медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания особенностей	В целом сформированные, но содержащие отдельные	Сформированные систематические знания особенностей

	ми заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара		стоматологическим и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	пробелы знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара
			Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Отсутствие умений диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Частично освоенные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов	Сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара

						дневного стационара	для лечения в условиях дневного стационара	
			Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическим и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Успешное и систематически применяемые навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.

4.2.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, устное реферативное сообщение Решение ситуационных задач

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.