

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные вопросы для проверки уровня обученности "ЗНАТЬ".

- 1 .Организация стоматологической помощи населению.
- 2 . Правила выдачи листов нетрудоспособности.
- 3 . Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога.
- 4 .Методы обследования при кариесе и его осложнениях.
- 5 .Медицинская карта стоматологического больного.
- 6 .Деонтологические аспекты обследования и лечения больного.
- 7 .Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
- 8 .Основные и дополнительные методы обследования стоматологического больного.
- 9 .Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
- 10 .Рентгенологическое обследование. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
- 11 . Неотложные состояния в клинике терапевтической стоматологии. Оказание экстренной помощи.
- 12 .Мероприятия по борьбе со СПИДом.
- 13 .Обезболивание в терапевтической стоматологии.
- 14 .Профилактика стоматологических заболеваний.
- 15 .Иннервация зубов и челюстей.
- 16 .Общее и местное обезболивание. Современные средства и технология местного обезболивания.
- 17 .Тактика выбора местноанестезирующего средства у лиц с сопутствующей патологией. 6.Осложнения местного обезболивания: общие, местные.
- 18 .Виды препаратов для местного обезболивания, их состав, характеристика, метаболизм.
- 19 .Обезболивание у беременных, тактика стоматолога при выборе препарата и способа обезболивания, оптимальные сроки при планировании лечения
- 20 .Способы обезболивания зубов на верхней челюсти. Методики проведения, показания.
- 21 .Способы обезболивания зубов на нижней челюсти. Методики проведения, показания
- 22 .Особенности лечения пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом (бронхиальная астма, ранее отмечавшаяся аллергия на лекарственные препараты). Опрос, тактика врача-стоматолога, необходимость премедикации.
- 23 .Кариес зубов. Этиология, патогенез кариеса зубов. Классификации кариеса.
- 24 .Ошибки при диагностике кариеса зубов.
- 25 .Осложнения при лечении кариеса зубов.
- 26 .Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизация фиссур и т.п.)
- 27 .Современное представление о клинике и диагностике кариеса зубов. Препарирование и пломбирование полостей различных классов.
- 28 .Некариозные поражения зубов. Международная классификация МКБ-10.
- 29 .Особенности препарирования твердых тканей зуба под пломбы из композитных материалов. Минимально инвазивное вмешательство.
- 30 .Современные пломбировочные материалы и технологии, используемые при лечении кариеса.
- 31 .Реставрационные пломбировочные материалы, техника реставрации зубов.
- 32 .Ошибки при диагностике кариеса зубов. Осложнения при лечении кариеса зубов.
- 33 .Общее лечение болезней зубов некариозного происхождения.
- 34 .Отбеливание зубов, классификация, показания и противопоказания.
- 35 .Некариозные поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 36 .Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 37 .Анатомо-физиологические данные о пульпе зуба в норме и при патологии. Функции пульпы.
- 38 .Классификация пульпитов. Современные представления об этиологии, патогенезе пульпита.
- 39 .Клиника, дифференциальная диагностика острых форм пульпита.
- 40 .Клиника, дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.
- 41 .Консервативные методы лечения пульпита. Витальные методы лечения пульпита.
- 42 .Девитальные методы лечения пульпита.
- 43 .Комбинированные методы лечения пульпитов.
- 44 .Ошибки и осложнения при лечении пульпитов.
- 45 .Анатомо-физиологические данные о периодонте.
- 46 .Современные представления об этиологии, патогенезе периодонтита. Классификация периодонтитов.
- 47 .Современные представления о клинике и диагностике периодонтита.
- 48 .Острый верхушечный периодонтит, клиника.
- 49 .Хронический верхушечный периодонтит, клиника.
- 50 .Ошибки при лечении периодонтита зубов. Осложнения при лечении периодонтита зубов
- 51 .Методики расширения корневого канала. Особенности работы в инфицированном корневом канале, протокол ирригации корневого канала.
- 52 .Основные методы obturation корневых каналов.
- 53 .Строение и функции пародонта.
- 54 .Классификация болезней пародонта. Этиология воспалительных заболеваний пародонта.
- 55 .Пародонтопатогенная микрофлора. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта.
- 56 .Методы обследования больных с патологией пародонта: основные и дополнительные. Оценка состояния пародонта.
- 57 .Пародонтальные индексы

- 58 .Гингивиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение
- 59 .Пародонтиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Составление плана лечения
- 60 .Пародонтоз, этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Комплексное лечение пародонтоза
- 61 .Комплексное лечение заболеваний пародонта. Противовоспалительная терапия. Способы введения лекарственных препаратов. Противомикробная терапия. Применение антибиотиков местное и системное.
- 62 .Хирургические методы лечения пародонтита.
- 63 .Особенности строения слизистой оболочки полости рта.
- 64 .Неспецифические и специфические факторы защиты слизистой оболочки полости рта.
- 65 .Первичные и вторичные морфологические элементы поражения СОПР. Классификации заболеваний слизистой оболочки рта.
- 66 .Механическая травма слизистой оболочки полости рта. Декубитальная язва. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 67 .Химическая травма слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 68 .Физическая травма слизистой оболочки полости рта. Лучевая болезнь. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 69 .Лейкоплакия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика,
- 70 .Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта.
- 71 .Аллергические поражения слизистой оболочки полости рта.
- 72 .Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
- 73 .Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях.
- 74 .Хейлиты. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 75 .Глосситы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 76 .Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
- 77 .ВИЧ-инфекция, ее проявления на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.
5. Профилактика заболеваний СОПР.
6. .Этиологическое и патогенетическое обоснование основных направлений профилактики стоматологических заболеваний
1. .Гигиеническое воспитание населения.
 2. .Методы профилактики основных стоматологических заболеваний
 3. .Гигиена полости рта, ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.
 4. .Современные средства индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта
 5. .Особенности профилактики в зависимости от возраста и общесоматического статуса
 6. .Стоматологические профилактические программы.
- 86.Диспансеризация.

Контрольные вопросы для проверки уровня обученности "УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ".

1. Владеть методикой изучения и оценки состояния зубочелюстной системы в условиях повседневной жизни, места работы с учетом вредных воздействий и экологических нарушений.
2. Владеть методикой осмотра пациента для выявления возможных проявлений его патологического состояния.
3. Владеть методикой оценки результатов полученных функциональных исследований.
4. Владеть методикой искусственного дыхания
5. Владеть методикой пальпации
6. Владеть методикой описания зубной формулы по ВОЗ.
7. Владеть методикой перкуссии.
 - 1) Владеть методикой зондирования
 - 2) Владеть методикой электроодонтодиагностики.
 - 3) Владеть методикой взятия материала для прямого микроскопирования на грибы, фузоспирохетоз.
 - 4) Владеть методикой взятия материала для цитологического исследования (соскоб, отпечаток).
1. Расшифровывать и анализировать рентгенограммы
2. Восстанавливать анатомические форму и функции зубов композитами при эрозии, клиновидном дефекте, гипоплазии.
 1. Проводить лечебные мероприятия по борьбе с гиперестезией твердых тканей зуба.
 2. Восстанавливать дефект коронки зуба травматического происхождения с помощью парапульпарных штифтов и пломбировочных материалов.
3. Замешивать временные пломбировочные материалы
4. Приготавливать лечебные и изолирующие прокладки.
5. Замешивать постоянные пломбировочные материалы из: цементов, композиционных материалов, стеклоиономерных цементов (СИЦ).
 1. Шлифовать и полировать пломбы из цементов, композитов светового и химического отверждения, СИЦ.
 2. Проводить реминерализующую терапию при начальном кариесе.
 3. Проводить профилактику кариеса с использованием фтористого лака, 2-4 раствора фторида натрия, фтористого геля, ремодента, глубокого фторирования и др.
 4. Формировать кариозные полости по 1-2 классу для пломбирования их вкладками, цементами, амальгамами, композитами, пластмассами, с помощью парапульпарных штифтов.
 5. Формировать полости для полного сохранения воспаленной пульпы. Накладывать на дно полости паст, содержащих комбинации лекарственных средств, и паст одонтотропного действия.
 6. Проводить биологический метод лечения пульпита (сохранение жизнеспособности всей пульпы и витальная ампутация).
 7. Накладывать мышьяковистую пасту для некротизации воспаленной пульпы.
 8. Проводить экстирпационный метод лечения после некротизации пульпы мышьяковистой пастой.
 9. Проводить экстирпационный метод лечения после инъекционной анестезии.

10. Проводить диатермокоагуляцию устьевой и корневой пульпы.
11. Проводить антисептическую обработку корневых каналов.
12. Проводить инструментальную обработку корневых каналов ручными и машинными эндодонтическими инструментами.
13. Определить длину канала по рентгеновским снимкам и с помощью апекслокатора.
14. Проводить диатермокоагуляцию пульпы.
15. Пломбировать корневые каналы различными методами.
16. Удалять из корневых каналов пломбировочный материал.
17. Проводить лечебные манипуляции при перфорации дна, стенок полости зуба и корневых каналов.
18. Проводить импрегнационные методы (серебрения, резорцин-формалинового) при лечении пульпитов и периодонтитов.
19. Проводить электрофорез корневых каналов с использованием различных лекарственных веществ.
20. Проводить диатермо- и термокоагуляцию десневого сосочка, вросшего в кариозную полость.
21. Определять pH слюны с использованием индикаторной бумажной полоски.
22. Определять индексы гигиены полости рта (по Федорову-Володкиной, Пахомову, Силнес-Лоу).
23. Определять наличие зубных отложений и удалять их ручным способом и с помощью ультразвуковых скейлеров.
24. Полировать зубы после снятия зубных отложений.
25. Определять морфологические элементы поражения.
26. Устранять местные травмирующие факторы в полости рта.
27. Проводить методы местной обработки пораженной слизистой оболочки полости рта (удаление некротизированной ткани, промывание, орошение, аппликации).
28. Проводить инъекций лекарственных веществ в переходную складку и под элементы поражения.
29. Промывать десневые и пародонтальные карманы и вводить в них турунды с лекарственными веществами.

6.1. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы не предусмотрены.

6.2. Фонд оценочных средств

ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ:

1. Пульпит
2. Периодонтит
3. Гингивит
4. Пародонтит
5. Пародонтоз
6. Кариес
7. Лейкоплакия

МАНУАЛЬНЫЕ НАВЫКИ:

7. Оформление историй болезни и другой учетно-отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.).
8. Организация рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики социально опасных инфекций (гепатит, сифилис, СПИД)
9. Диагностика заболеваний твердых тканей зубов, воспалительных заболеваний пульпы, периодонта и пародонта
10. Проведение местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии
8. Наложения коффердама
9. Формирование полостей различной локализации (по Блеку) под различные виды пломбировочных материалов и методы реставрации твердых тканей зуба
10. Реставрации твердых тканей зубов различными пломбировочными материалами
11. Создание эндодонтического доступа для лечения осложненных кариеса
12. Измерение рабочей длины корневого канала (апекслокатор)
13. Инструментальная обработка корневого канала
14. Медикаментозная обработка корневого канала (пассивная, ультразвуковая ирригация, эндодонтический шприц)
15. Пломбирование корневого канала (методом одного штифта, латеральной и вертикальной конденсации)
16. Восстановление культевой части зуба с помощью стекловолоконного штифта
 1. Проведение этапов профессиональной гигиены
 2. Местная противовоспалительная терапия (наложение повязок)
 3. Шинирование зубов при болезнях пародонта (шины из композитов, стекловолокна).
 4. Проведение лечебных мероприятий по ликвидации осложнений, связанных с терапией кариеса, пульпита и периодонтита (закрытие перфораций, временное пломбирование корневого канала, назначение медикаментозных средств)
18. Проведение местной обработки слизистой оболочки: удаление налетов, некротизированных тканей, промывание, орошение, аппликации.
 - Формирование полости для последующей реставрации.
 - Работа с любыми видами пломбировочных материалов: стеклоиономерами, композитами, амальгамами и т.д.
 - Эндодонтическое препарирование корневых каналов зубов ручными и машинными инструментами.
- I. Пломбирование корневых каналов зубов методом мастер-штифта, латеральной конденсации, термофилами.
- II. Обследование больных с заболеваниями пародонта, определение степени тяжести заболевания, измерение пародонтальных карманов.
- III. Удаление зубных отложений ручным и машинным способами.

5.4. Перечень видов оценочных средств

ТЕСТЫ (Приложение 1)
 РЕФЕРАТЫ и ПРЕЗЕНТАЦИИ (Приложение 2)
 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (Приложение 3)
 ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
 КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (Приложение4)

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова.	Терапевтическая стоматология. : Учебник для студентов стоматологических факультетов	М.«Медицина» 2002
Л1.2	Боровский Е.В.	Терапевтическая стоматология: учебник	М.: Медицинское информационное агентство 2004
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Г.М. Барер	Терапевтическая стоматология : учебник для вузов часть 2 Болезни пародонта	Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2009
Л2.2	С. В. Кузнецов	Клиническая геронтостоматология: Монография	М: ООО"Медицинское информационное агенство" 2013
Л2.3	Л.Н.Максимовская, П.И.Рощина.	Лекарственные средства в стоматологии.: справочное руководство	М.: Медицина 2000
Л2.4	Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л.	Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: Руководство	М.: МЕДпресс 2001
Л2.5	Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский	Терапевтическая стоматология : Национальное руководство	ГЕОТАР-Медиа 2015
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	В.А. Кожокеева	Воспалительные заболевания пародонта. Пародонтологическое лечение с позиций доказательной медицины.: Монография	КРСУ 2011
Л3.2	Т.У Супатаева, З.УТоктосунова, Н.Р. Нигматулина, и др.	Заболевания слизистой оболочки полости рта: учебное пособие в 2-х частях	КРСУ 2015
Л3.3	В.А.Кожокеева, Т.У Супатаева, У.И.Кучукова, З.У,Токтосунова, О. Г Зайцева, Т.А.Павкина, Д. У Амираева	Кариес зубов.: Учебное пособие.	КРСУ 2011
Л3.4	В.А. Кожокеева, К.Б. Кутгубаева, С.М. Эргешов	Пульпит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.5	В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов	Периодонтит: клиника, диагностика, лечение.: Учебное пособие	КPCY 2015
ЛЗ.6	Т.У Супатаева, Н.Р. Нигматулина, Т.А.Павкина, О. Г Зайцева, З.У.Токтосунова, Джилкибаева Н.У., Абдрахманова Ж.К.	Болезни зубов некариозного происхождения: Учебное пособие	КPCY 2013
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Электронная библиотечная система Znanium.		http://znanium.com
Э2	"Единое окно доступа к образовательным ресурсам"		http://window.edu.ru/
Э3	«Электронная библиотека» КPCY		www.lib.krsu.kg
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования. Использование лечебных кабинетов для работы студентов.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты и презентации.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	http://znanium.com – Электронная библиотечная система Znanium.		
6.3.2.2	http://elibrary.ru Крупнейшая бесплатная электронная библиотека российского Интернета. Библиотека постоянно пополняется.		
6.3.2.3	http://window.edu.ru/ - Наиболее обширная электронная база учебников и методических материалов на сайте информационной системы "Единое окно доступа к образовательным ресурсам"		
6.3.2.4	http://www.med-edu.ru/articles «Электронная библиотека» КPCY (www.lib.krsu.kg)		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Для осуществления учебно-лечебного процесса используются учебные аудитории и лечебные кабинеты кафедры терапевтической стоматологии, на базе КPCY в Аламедине-1, оснащенные специальным оборудованием (стоматологические установки, фантомы, модели) и необходимыми материалами (инструментарий, медикаменты, пломбирочные материалы) для осуществления приема пациентов со стоматологической патологией. На кафедре имеются проекционные приборы (мультимедийные проекторы) для демонстраций видеофильмов и презентаций.
7.2	Модель зубов
7.3	Модель зубов в разрезе
7.4	Модель медиальный разрез головы
7.5	Модель нижняя челюсть взрослая
7.6	Модель патологии зубов
7.7	Модель развития зубов
7.8	Модель уход за зубами
7.9	Модель череп взрослого
7.10	Стоматологический манекен II типа
7.11	Челюсть для анестезии
7.12	Челюсть для лечения периодонтита
7.13	Челюсть стандартная 32 зуба
7.14	Стоматологические установки модель
7.15	Компьютер acer модель AL 1702 W.

7.16	Ноутбук модель code: NP –N 100s/
7.17	Мультимед. установка acer X 1160Z
7.18	Апекслокаторы
7.19	Светодиодные лампы
7.20	Скейлеры UDS-K 0197.
7.21	Плакаты.

1) МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Обучение складывается из аудиторных занятий и самостоятельной работы ординаторов. Основное учебное время выделяется на практическую работу на фантоме и в клинике по приёму больных. Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение. В соответствии с требованиями ФГОС ВПО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций и т.д.).

В свете современной парадигмы практико – ориентированного образования модернизация учебного процесса требует использование новых педагогических технологий, активных методов обучения, которые позволят обучать ординаторов не сумме знаний, а способам мышления (теоретическому, диалектическому, логическому анализу, синтезу, системному подходу), развивать творческие способности (умение применять усвоенные знания в любых ситуациях, включая и самостоятельную постановку задачи, а также поиск новых способов решения задач), повышать профессиональное мастерство (свободное осуществление требуемой деятельности в стандартных и нестандартных ситуациях).

Для освоения дисциплины отдается предпочтение методам активного обучения, позволяющих организовать непосредственное вовлечение ординаторов в активную учебно-познавательную деятельность по ходу учебного процесса. Следует выделить следующие уровни усвоения учебной информации дисциплины от простого знакомства с информацией до ее творческого использования в решении профессиональных проблем:

а) Ознакомление с учебной информацией (прослушивание лекций, изучение материальных объектов (фантомов, инструментов, стоматологических материалов), тестовых источников информации (учебников, учебных пособий и др.). - Выполнение умственных действий (решение задач познавательных, логических, ситуационных клинических, выполнение тестовых заданий).

б) Выполнение мануальных действий (на фантомах, моделях, непосредственная работа с пациентами). - Учебные игры (ситуационно-ролевые).

Учебно-исследовательская работа (реферирование источников информации, планирование и проведение исследования на практических занятиях, написание истории болезни).

Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Самостоятельная работа с литературой, написание историй болезни и рефератов, прием пациентов формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать на практике медикобиологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Различные виды учебной работы, включая самостоятельную работу ординатора, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций; формируют способность и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

Различные виды учебной деятельности формируют способность в условиях развития науки и практики к переоценке накопленного опыта, анализу своих возможностей, умение приобретать новые знания, использовать различные формы обучения, информационно-образовательные технологии.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft PowerPoint Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы, согласно заданной теме. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией. Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа. Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft. Структура презентации: Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти. Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации. Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point: Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт. Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым. Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние ¾ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов. Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в случае их краткости. На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на слайдах должен хорошо читаться. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

РЕФЕРАТ Рекомендации по написанию реферата.

- а) Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню.
- б) Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).
- в) План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
- г) Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
- д) Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы
- е) Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их.
- ж) Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
- з) Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до
. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от до
Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Выполняется в форме устного или письменного ответа на вопросы, тестового контроля и решения ситуационной задачи соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов должно акцентироваться на знаниях структуры и организации стоматологической помощи, особенностей течения и лечения кариеса и его осложнений, оказания неотложной помощи при неотложных состояниях в стоматологической практике, заболеваний слизистой оболочки полости рта. Целью контрольной работы является определения качества усвоения материала. При подготовке ординатора к контрольной работе необходимо использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Ординаторы отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в лечебных кабинетах под руководством педагога. Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры. Техническое оснащение: на кафедре имеются стоматологический инструментарий, медикаменты. Заключительным этапом работы является оформление истории болезни.

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- а) Общие сведения
- б) Данные расспроса больного
- в) Анамнез заболевания
- г) Общее состояние больного
- д) Общий осмотр полости рта
- е) Осмотр преддверия полости рта
- ж) Исследование собственно полости рта
- з) Осмотр зубных рядов
- и) Объективное обследование зуба
- к) Дополнительные методы исследования
- л) Дифференциальный диагноз
- м) Окончательный диагноз
- н) Этиология и патогенез заболевания
- о) Выбор методов лечения и его обоснование
- п) Этапы лечения
- р) Дневник
- с) Прогноз
- т) Эпикриз
- у) Список использованной литературы

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ проводится с использованием тестового контроля, устного опроса и решения ситуационных задач.

ТЕСТЫ Предлагаемые тесты для промежуточной аттестации могут содержать несколько правильных ответов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЭКЗАМЕНУ: При подготовке к зачету следует обратить внимание на следующие учебники:

1. Терапевтическая стоматология: Учебник. Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова – М.: «Медицина», 2002.
2. Лекарственные средства в стоматологии справочное руководство Л.Н. Максимовская, П.И. Рощина – М.: «Медицина», 2000.
3. Панчишин М., Готь И., Масный З. Пособие Неотложные состояния в стоматологической практике. ГалДент 2004
4. Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой.

ТЕСТЫ

- В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы
 1. **физическое, социальное и психологическое благополучие**
 2. **возможность трудовой деятельности**
 3. **наличие или отсутствие болезней**
 4. наличие благоустроенного жилища
- Общественное здоровье характеризуют показатели
 - **трудовая активность населения**
 - заболеваемость
 - инвалидность
 - демографические показатели
 - физическое развитие населения
- В определение понятия "здоровье ребенка" входят критерии
 - оптимальный уровень достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
 - достаточная функциональная и социальная адаптация
 - высокая степень сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
 - отсутствие пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
 - **показатели рождаемости**
- Основными задачами поликлиники являются
 - медицинская помощь больным на дому
 - лечебно-диагностическое обслуживание населения
 - **организация работы по пропаганде здорового образа жизни**
 - профилактическая работа
 - экспертиза временной нетрудоспособности
- Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает
 - анализ интенсивности потока больных по времени
 - **нормирование деятельности врачей**
 - правильную организацию графика приема врачей
 - четкую работу регистратуры
 - дисциплину персонала
- Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы
 1. **закон РФ "О медицинском страховании граждан"**
 2. **дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"**
 3. **закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"**
 4. **основы законодательства об охране здоровья граждан**
- В базовую программу обязательного медицинского страхования входят
 - а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
 - б) стоимость различных видов медицинской помощи
 - в) организация добровольного медицинского страхования
 - г) **виды платных медицинских услуг**
 - д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста
- Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения
 - а) **определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ**
 - б) **выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования**
 - в) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
 - г) **оценка степени квалификации медицинского персонала**
- Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет
 - **средств местной администрации**
 - **средств государственных предприятий и учреждений**

- **средств частных и коммерческих предприятий и учреждений**
- средств граждан
- Укажите, какие из перечисленных видов медицинского обслуживания детского населения определены Базовой программой обязательного медицинского страхования
 - **диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и леч. мероприятий**
 - **организация и проведение профилактических прививок**
 - **лечение при острых и обострении хрон. заболеваний**
 - наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы
- Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы
 - **диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения**
 - **сертификат**
 - **лицензия**
 - свидетельство об окончании курсов
- В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала?

10. 5 лет

11.3 года

12. 7 лет

- Первичная медицинская статистическая документация необходима
 - для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
 - для оперативного управления ЛПУ
 - для выработки конкретного, обоснованного решения
 - для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения
 - **для всего перечисленного**
- К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся
 1. среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)
 2. **показатель систематичности наблюдения**
 3. **показатель частоты рецидивов**
 4. полнота охвата ДН
 5. заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН
- Медицинская деонтология - это
 - самостоятельная наука о долге медицинских работников
 - **прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики**
- Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики правильная
 - 12.** это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
 - 13.** это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
 - 14.** это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
 - 15.** **верно все перечисленное**
- У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус
 1. в кале
 2. в слюне

- 3. в крови
 - 4. в слюне и крови
 - 5. **во всем перечисленном**
- Основную ответственность за клинический диагноз несет а) зубной техник
 - 1. помощник стоматолога (сестра)
 - 2. помощник стоматолога, получивший сертификат
 - 3. **врач-стоматолог**
 - 4. главный врач стоматологической поликлиники
- Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет а) зубной техник
 - 1. помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
 - 2. помощник стоматолога (сестра) без сертификата
 - 3. зубной гигиенист
 - 4. **стоматолог**
- Зубной техник конструирует протез на основании
 - 4. выбора цвета и формы зубов
 - 5. диалога с пациентом
 - 6. снятия слепка в полости рта
 - 7. **указаний стоматолога**
- В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию?
 - 1. после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
 - 2. после того, как помощник проверил надписи на лекарствах
 - 3. после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником **г) ТОЛЬКО по строгому предписанию врача-стоматолога**
- Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой-либо работы
 - 1. после оценки клинической картины на слух
 - 2. по требованию пациента
 - 3. по преискуранту, определенному врачам
 - 4. **этого лучше не делать**
- Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях Вашему помощнику позволено
 - 1. самостоятельно рекомендовать лекарство
 - 2. позвонить фармацевту
 - 3. записать на бумаге его просьбу
 - 4. **отослать пациента к врачу-стоматологу**
 - 5. самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре
- Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения
 - 1. только тщательная запись выполненных манипуляций
 - 2. запись предписаний
 - 3. сниженный преискурант
 - 4. запись обращений к специалистам
 - 5. **запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций**
- Спирт не очень надежное дезинфицирующее средство даже для поверхности инструментов потому, что
 - 8. от 2 до 5 мин - достаточное время для дезинфекции при контакте с ним
 - 9. **требует большего времени - 10 мин**
 - 10. является детергентом
 - 11. **быстро испаряется**
- Аутотрофные микроорганизмы культивируются

1. **на неорганическом материале**
 2. на омертвевшем органическом материале
 3. на живом органическом материале
 4. на любом материале
- В целях асептики важно
1. **создать температурные условия (100°C)**
 2. знать характеристику химического агента
 3. знать характеристику микроорганизма
 4. знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма
- Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен
1. аэробными микроорганизмами
 2. **слюной**
 3. **кровью**
 4. мочей
- Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является
1. **автоклав**
 2. кипячение
 3. сухой пар
 4. дезинфекция детергентами
- Основным недостатком автоклавирования инструментов является
1. не уничтожает споры
 2. недостаточные очистки инструментов
 3. **повреждение инструментов, особенно режущих**
 4. затрата времени
- Наиболее благоприятная температура для размножения микроорганизмов
1. 34.4°C
 2. 35.5°C
 3. **37.2°C**
 4. 37.7°C
 5. 38.2°C
- Микроорганизмы, принимающие споровидные формы
1. **бациллы**
 2. кокки
 3. вибрионы
 4. спирохеты
- Время, необходимое бактериям для деления
1. 1-2 ч
 2. 45 мин
 3. **20-30 мин**
 4. 10-15 мин
 5. 5-10 мин
- Для осуществления движения бактерий самое важное
1. **жидкая среда**
 2. сухая поверхность
 3. температура тела
 4. кислородная среда
- Какие утверждения важны и правдоподобны по отношению к бактериальной капсуле?
1. она важна для выживания бактерий
 2. сама капсула может быть источником питания

3. бактериальная капсула может быть вирулентным фактором
4. она защищает бактерию от фагоцитоза
5. **все перечисленное верно**

- Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются
 1. анаэробы
 2. **аэробы (облигатные)**
 3. факультативные анаэробы
 4. факультативные аэробы

- Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается
 1. антисептикой
 2. **асептикой**
 3. бактериостатикой

г) дезинфекцией

- Для всех бактерий абсолютно необходимо
 1. чистый кислород
 2. температура 36.6°C
 3. **двуокись углерода**
 4. затемнение

- Туберкулезную инфекцию можно получить
 1. если пить молоко от инфицированных коров
 2. контактировать с инфицированными людьми
 3. вдыхать аэрозоль от чихающих
 4. контактировать с инфицированными инструментами
 5. **верно все перечисленное**

- Факультативные аэробы
 1. нуждаются только в чистом кислороде
 2. не требуют чистого кислорода
 3. **предпочитают существовать без кислорода, но могут существовать и с чистым кислородом**
 4. предпочитают чистый кислород, но могут жить и без него

- Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин
 1. туберкулезные бациллы
 2. протей
 3. **вирус гепатита**
 4. стафилококк
 5. гонококк

- В гнойном отделяемом не содержится
 1. лейкоцитов
 2. бактерий
 3. **полисахаридов**
 4. лимфы

- В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству под наркозом является обязательным
 1. определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства
 2. определение показаний к проведению наркоза
 3. обследование пациента
 4. консультация анестезиолога
 5. **все перечисленное выше**

- Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются
 1. дентофобия
 2. резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией

3. заболевания центральной нервной системы
4. детский возраст в сочетании с дентофобией
5. **все вышеперечисленное**

- Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

1. **увеличивается, уменьшается**
2. остается неизменным
3. уменьшается, а затем увеличивается
4. переменчиво
5. увеличено

- Новокаин обладает следующим свойством

1. антигистаминным
2. **местным анестезирующим**
3. противозудным
4. ингибитором моноаминоксидаз
5. противошоковым

- При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические признаки

29. **озноб и лихорадка, бледность, сонливость**
30. судороги, гипертония, тахикардия
31. гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
32. дисинос, гипотония, покраснение кожных покровов
33. гипертония, головная боль, тошнота и рвота

- Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

1. цианозом
2. сонливостью
3. судорогами
4. **тошнотой и рвотой**
5. всем вышеперечисленным

- Наиболее эффективна инфильтрационная анестезия

1. **верхних премоляров**
2. верхних моляров
3. нижнего первого моляра
4. верхнего клыка
5. центральных нижних резцов

- Инфильтрационная анестезия наиболее неэффективна

1. верхних моляров
2. верхних премоляров
3. **нижнего первого моляра**
4. нижнего клыка
5. центральных нижних резцов

- Нордреналин вызывает

- спазм артерий и расширение вен
- расширение артерий и спазм вен
- расширение артерий и вен
- спазм артерий и вен
- **расширение артерий определенных областей**

- Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является

- угнетение дыхания
- **нарушение проходимости дыхательных путей**
- нарушение сердечного ритма

- тахикардия
 - цианоз
- Наибольший дыхательный объем создает следующая методика искусственного дыхания
1. положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки - вдох
 2. положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох
 3. положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи
 4. **искусственная вентиляция "рот в рот"**
 5. поднимание ног
- Первым признаком шока является
1. снижение центрального венозного давления
 2. снижение сердечного выброса
 3. **снижение артериального давления**
 4. повышение артериального давления
 5. увеличение венозного возврата
- Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- **в ознобе, лихорадке, бледности и сонливости**
 - в судорогах, гипертензии, тахикардии
 - в гипотонии, судорогах, дыхательной недостаточности
 - в диспноэ, гипотонии, покраснении кожных покровов
 - в гипертензии, головной боли, тошноте и рвоте
- Лекарственные препараты, эффективно понижающие токсическое действие новокаина
- а) атропин
 - б) мышечные релаксанты
 - в) **барбитураты**
 - г) кордиамин
 - д) нейролептики
- Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика
- а) 1:25 000
 - б) **1:250 000**
 - в) 1:50 000
 - г) 1:500 000
 - д) 1:750 000
- Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, применяемые для поверхностной анестезии слизистой оболочки полости рта
- а) **мази пиромекана**
 - б) раствор новокаина
 - в) жидкость Платонова
 - г) раствор дикаина
 - д) раствор прополиса
- Дополнительная инъекция местного анестетика с небной или вестибулярной стороны необходима в случаях
- а) **когда основная анестезия оказалась неэффективной**
 - б) при выраженности периостальных явлений
 - в) когда неправильно выбран местный анестетик
 - г) когда выражен типологический статус больного
- Показаниями к премедикации при проведении вмешательств в клинике терапевтической стоматологии являются
- а) сопутствующие заболевания системы кровообращения
 - б) сопутствующие заболевания органов дыхания
 - в) **выраженный страх перед стоматологическим вмешательством**
 - г) обширность стоматологического вмешательства
 - д) вегетативные нарушения перед вмешательством
- Основными признаками остановки сердца являются
- а) судороги

- б) **отсутствие пульса на сонной артерии**
 - в) отсутствие самостоятельного дыхания
 - г) узкие зрачки
 - д) широкие зрачки
- При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить
- а) на верхней трети грудины
 - б) на границе верхней и средней трети грудины
 - в) на границе средней и нижней трети грудины
 - г) **в пятом межреберном промежутке слева**
 - д) в пятом межреберном промежутке справа
- Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют
- а) сужение зрачков
 - б) наличие пульса на сонной артерии
 - в) уменьшение цианоза кожи
 - г) **появление отдельных спонтанных вдохов**
 - д) сухие склеры глазных яблок
- Натрий гидрокарбонат при остановке сердца вводят, так как он
- а) **предупреждает развитие метаболического ацидоза**
 - б) оказывает защитное действие на миокард
 - в) повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов
 - г) корректирует метаболический ацидоз
 - д) уменьшает потребление кислорода тканями
- Признаком эффективности проводимых реанимационных мероприятий является
- а) сужение зрачков
 - б) систолическое артериальное давление 30 мм рт. ст.
 - в) систолическое артериальное давление 70 мм рт. ст.
 - г) **появление самостоятельных вдохов**
 - д) уменьшение цианоза
- Из перечисленных факторов носят агрессивный характер
- а) нарушение минерального обмена в организме
 - б) нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
 - в) **микробактерии полости рта, зубной налет и углеводы**
 - г) нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зуба
 - д) недоедание
- Из перечисленных факторов снижают уровень резистентности организма к кариозному процессу
- а) зубные отложения
 - б) **различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме**
 - в) углеводы пищи
 - г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
 - д) все вышеперечисленное
- Из перечисленных факторов оказывают влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу
- а) сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов
 - б) микробактерии полости рта
 - в) зубная бляшка
 - г) **содержание фтора в питьевой воде**
 - д) верно б) и в)
- Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
- а) **несколько секунд**
 - б) 10 мин
 - в) 15 мин
 - г) 30 мин
 - д) 1 час

- Основные процессы, проходящие в эмали при начальном кариесе
 - а) нарушение белковой матрицы эмали
 - б) **дисминерализация и реминерализация**
 - в) деминерализация эмали
 - г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
 - д) резорбция эмали

- Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является **а) прогрессирующее поражение, которое выражено при кариесе, и его нет при гипоплазии эмали б) локализация процесса**
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) симметричность поражения
 - д) системность поражения

- Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
 - а) локализация процесса
 - б) симметричность поражения
 - в) консистенция поверхности пятна
 - г) **прогрессирование процесса**
 - д) системность поражения

- Основным в терапии начального кариеса является
 - а) гигиенический и диетический режимы
 - б) местное применение препаратов фтора
 - в) назначение препаратов фтора внутрь
 - г) основным является общеукрепляющее лечение
 - д) **минерализующие растворы (рем.терапия)**

- Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием
 - а) лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
 - б) поморин, бальзам
 - в) жемчуг, мэри, бело-розовая
 - г) мятная, борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
 - д) **фторсодержащие пасты**

- Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно
 - а) ограничением введения углеводов с пищей
 - б) строгим соблюдением рациональности питания
 - в) приемом витамина В₁
 - г) гигиеной полости рта
 - д) **верно а), б) и г)**

- Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу
 - а) наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
 - б) основным является повышение общей резистентности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
 - в) применение профессиональной гигиены
 - г) местная флюоризация эмали
 - д) **все вышеперечисленные мероприятия**

- Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе
 - а) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
 - б) витамины
 - в) **фтор**
 - г) препараты, содержащие декстраназу
 - д) гормоны

- Эффект местной флюоризации основан
 - а) **на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторрапатита**
 - б) на улучшении трофики зуба
 - в) на бактерицидном действии фтора
 - г) на укреплении белковой матрицы эмали

- д) на изменении рН зубного налета
- Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса
 - а) боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
 - б) боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
 - в) **боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну**
 - г) боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
 - д) боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке
- Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки
 - а) противовоспалительного действия
 - б) антимикробного действия
 - в) на основе глюкокортикоидов
 - г) **одонтотропные**
 - д) индифферентные
- Препараты, обладающие одонтотропным действием
 - а) сульфаниламидные
 - б) **гидроокись кальция**
 - в) антибиотики и антисептики г) кортикостероиды
 - д) эвгенол
- Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?
 - а) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
 - б) **нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы**
 - в) да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие
 - г) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости
 - д) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань
- Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано
 - а) на антибактериальном эффекте
 - б) **на противовоспалительном и одонтотропном действии**
 - в) на способности угнетать действие бактериальных энзимов
 - г) на десенсибилизирующем эффекте
 - д) на изменении реакции в сторону закисления среды
- В основе классификации кариозных полостей по Блэку лежит
 - а) систематизация обработки кариозных полостей
 - б) представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета
 - в) **мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба**
 - г) представление о системности и симметричности кариозного процесса
 - д) обеспечение условий фиксации пломбы
- Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку, присущий всем классам кариозных полостей
 - а) создание дополнительных площадок
 - б) иссечение нависающих краев полости
 - в) превентивное расширение полости
 - г) **создание ящикообразной полости**
 - д) полное иссечение некротизирующего дентина
- Основное условие формирования кариозных полостей, направленное на предупреждение рецидивов кариеса
 - а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
 - б) иссечение нависающих краев эмали
 - в) ящикообразная форма полости
 - г) **превентивное расширение полости**
 - д) максимальное щажение тканей зуба

- Основные принципы организации комплексной профилактики кариеса зубов
 - а) применение высокоэффективного противокариозного препарата
 - б) правильный выбор противокариозного препарата для данного региона
 - в) **правильный выбор контингента, максимально его полный охват, применение адекватных средств, воздействующих на организм в целом и на зубы непосредственно**
 - г) постоянная санитарно-просветительная работа с контингентом
 - д) обязательный учет содержания фтора в питьевой воде

- Дифференциальные (отличительные) признаки начального кариеса зубов от эрозии эмали
 - а) **типичная локализация дефекта, окрашивание метиленовой синью, размягченные участки поражения**
 - б) отсутствие окраски витальными красителями, твердое дно дефекта
 - в) наличие гиперестезии дентина, усиливающейся при воздействии теплой водой
 - г) дефекты округлые со сглаженными краями, блестящим гладким дном
 - д) цвет эмали и дентина не изменен, форма дефекта правильная, чаще овальная

- Дифференциальные (отличительные) признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита
 - а) высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости
 - б) высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости
 - в) высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей
 - г) **отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям**
 - д) наличие самопроизвольных болей, боли от холодного

- Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является
 - а) шлифование пораженной эмали
 - б) иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
 - в) **восстановление минерального состава эмали**
 - г) ни один из перечисленных

- Факторы, повышающие противокариозное действие фторидов при проведении профилактических мероприятий
 - а) высокая концентрация фторидов (до 1.5-2 мг/л) в воде
 - б) постоянное применение фторсодержащих зубных паст
 - в) **содержание оптимального или повышенного количества кальция в воде ("жесткая вода")**
 - г) применение попеременно фтористых полосканий и покрытие зубов фторлаком
 - д) применение фторсодержащих таблеток не менее 100 дней в году

- Дифференциальные (отличительные) признаки поверхностного кариеса зубов от среднего
 - а) высокая чувствительность к химическим раздражителям и значительное разрушение тканей зуба
 - б) полная нечувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушение только в эмали
 - в) незначительная чувствительность к химическим раздражителям и значительная глубина поражения тканей
 - г) **высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушения только в эмали**
 - д) полная нечувствительность к различным раздражителям и значительная глубина поражения

- В пульпе различают
 - а) 2 слоя
 - б) **3 слоя**
 - в) 4 слоя
 - г) 5 слоев
 - д) 6 слоев

- Клеточный состав пульпы следующий
 - а) **пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками**
 - б) кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
 - в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
 - г) близки по составу к эпителиальной ткани
 - д) похожа на нервную ткань

- В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия

- а) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
 - б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
 - в) **корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту**
 - г) корневая пульпа близка к ткани периодонта
 - д) коронковая пульпа близка к нервной ткани
- В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят
- а) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах
 - б) в особенности васкуляризации
 - в) **в соотношении волокон, клеток и межклеточного вещества**
 - г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации
 - д) в особенностях микроснабжения
- Основная функция пульпы
- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба
 - б) пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительный дентин
 - в) **защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту**
- г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям
 - д) пульпа безвредна для твердых тканей
- Защитная функция пульпы определяется
- а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс
 - б) фагоцитарной активностью клеток
 - в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
 - г) волокнистыми структурами, способными выравнивать рН пульпы
 - д) **тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма**
- Решающим при диагностике острого частичного пульпита является
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) **электрометрия**
 - г) перкуссия
 - д) фактор времени и первичность болей
- Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков
- а) нарастание интенсивности болей и частоты приступов
 - б) уменьшение светлых промежутков
 - в) появление перкуторной реакции
 - г) резкая реакция на термометрию
 - д) **повышение порога электровозбудимости пульпы**
- Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является
- а) характер болей
 - б) термометрия
 - в) электрометрия
 - г) перкуссия
 - д) **фактор времени**
- Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется
- а) **несовершенством методов диагностики пульпита**
 - б) поздним обращением больных
 - в) закрытой полостью зуба
 - г) гиперэргическим характером воспаления
 - д) отсутствием стерильности операции
- Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет
- а) характер болей
 - б) **термометрия**
 - в) электрометрия

- г) перкуссия
- д) зондирование

- Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является
 - а) характер болей
 - б) термо- и электрометрия
 - в) данные осмотра полости
 - г) **осмотр и зондирование**
 - д) данные рентгенограммы

- Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите
 - а) девитализацию пульпы
 - б) **сохранение жизнеспособности всей пульпы**
 - в) витальную ампутацию
 - г) витальную экстирпацию
 - д) удаление зуба

- Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите
 - а) девитализацию пульпы
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - в) витальную ампутацию
 - г) **витальную экстирпацию**
 - д) удаление зуба

- При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить
 - а) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - б) витальную ампутацию
 - в) **витальную экстирпацию**
 - г) девитализацию
 - д) удаление зуба

- При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения
 - а) девитализация
 - б) витальная ампутация
 - в) сохранение жизнеспособности всей пульпы
 - г) **витальная экстирпация**
 - д) удаление зуба

- Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как
 - а) девитализация
 - б) витальная ампутация
 - в) **витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов**
 - г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
 - д) йод-электрофорез

- Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является
 - а) характер болей
 - б) **термометрия**
 - в) зондирование
 - г) электрометрия
 - д) фактор времени

- Решающим в дифференциальной диагностике гангренного пульпита и хронического периодонтита является
 - а) характер болей
 - б) перкуссия
 - в) зондирование
 - г) **термометрия**
 - д) электрометрия

- В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать

- а) новокаиновую блокаду
 - б) антибиотики с кортикостероидами
 - в) **электрофорез с йодом**
 - г) наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
 - д) диатермокоагуляцию
- Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствуют
- а) антибиотики
 - б) **гидроокись кальция**
 - в) кортикостероиды
 - г) эвгенол
 - д) йод
- Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы
- а) антибиотики
 - б) гидроокись кальция
 - в) **кортикостероиды**
 - г) эвгенол
 - д) йод
- Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах
- а) **в связи с отсутствием анатомически выраженного ограничения между коронковой и корневой пульпой**
 - б) так как изменяется цвет зубов
 - в) воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
 - г) благодаря малому объему полости
- Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше
- а) перекисью водорода
 - б) **эпсилон-аминокапроновой кислотой или капрофером**
 - в) жидкостью фосфат-цемента
 - г) ваготилом
 - д) сухой турундой под давлением
- При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны
- а) **с ошибками в диагнозе**
 - б) с неправильным выбором лекарственного препарата
 - в) с плохой фиксацией пломбы
 - г) с нарушением правил асептики
 - д) с ошибками в технике проведения метода
- Наиболее частые осложнения после витальной ампутации
- а) верхушечный периодонтит
 - б) рецидивирующий кариес
 - в) **корневой пульпит**
 - г) невралгия тройничного нерва
- Клиническая картина острого частичного пульпита
- а) **боли от термических раздражителей, кратковременные самопроизвольные боли**
 - б) боли от химических раздражителей
 - в) самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва
 - г) боль при накусывании на зуб
- Принятая рабочая длина корневого канала
- а) точно соответствует анатомической длине зуба
 - б) длиннее на 1 см рентгенологической длины зуба
 - в) **короче на 1-1.5 мм рентгенологической длины зуба**
 - г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
- Клиника хронического фиброзного пульпита
- а) приступообразные боли от температурных раздражителей
 - б) самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва
 - в) **зуб больного не беспокоит**
 - г) положительная перкуторная реакция

- Показания к биологическому методу лечения пульпита с полным сохранением пульпы зуба а) острый гнойный диффузный пульпит
 - б) **случайно вскрытый рог пульпы**
 - в) хронический гангренозный пульпит
 - г) обострение хронического пульпита

 - Полип пульпы возникает при следующих ее заболеваниях
 - а) остром пульпите
 - б) **хроническом пульпите с открытой полостью**
 - в) некрозе пульпы
 - г) хроническом пульпите с закрытой полостью
 - д) хроническом периапикальном поражении

 - Создание эндодонтического доступа при раскрытии полости зуба в резцах
 - а) в области дистального края коронки
 - б) со стороны режущего края
 - в) в верхней трети коронки
 - г) **в центральной точке коронки (с небной поверхности зуба)**

 - Клиника хронического гипертрофического пульпита
 - а) протекает всегда при закрытой полости зуба
 - б) как правило имеются периапикальные изменения
 - в) **полость зуба раскрыта, выбухание гипертрофированной пульпы**
 - г) рог пульпы вскрыт, зондирование болезненно

 - Создание доступа при трепанации коронки нижних премоляров
 - а) через жевательную фиссуру с направлением бора в сторону язычного бугра
 - б) в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба
 - в) в жевательной фиссуре ближе к медиальному краю
 - г) **в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба ближе к щечному бугру**

 - Показание к витальной ампутации пульпы
 - а) острый диффузный пульпит
 - б) обострившийся хронический пульпит
 - в) **хронический гипертрофический пульпит**
 - г) хронический язвенный пульпит

 - Кортикостероиды, используемые для снижения осложнений в эндодонтической практике при следующих заболеваниях а) зона обнажения пульпы
 - б) **воспаления пульпы**
 - в) инфицирования пульпы
 - г) петрификации пульпы
 - д) механической травмы пульпы

 - Клиника острого диффузного пульпита
 - а) самопроизвольные локализованные боли в области причинного зуба
 - б) боль при накусывании на зуб
 - в) **самопроизвольные боли иррадирующего характера**
 - г) электровозбудимость пульпы повышена

 - Тактика врача при диффузии мышьяковистой кислоты в окружающие ткани
 - а) обработка некротизированного участка обезболивающими средствами
 - б) обработка некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
 - в) удаление некротизированного участка
 - г) **удаление некротизированного участка, обработка протеолитическими ферментами, антидотами,**
- ИГНЛ**
- Укажите бессимптомно протекающие формы пульпита
 - а) острый пульпит
 - б) хронический пульпит при открытой полости зуба
 - в) хронический пульпит при закрытой полости зуба
 - г) дентикл
 - д) **полип пульпы**

- Укажите наиболее важный диагностический признак в дифференциальной диагностике острого и обострившегося хронического пульпита
 - а) продолжительность болевого приступа
 - б) **самопроизвольные боли в анамнезе**
 - в) боли от температурных раздражителей
 - г) электровозбудимость пульпы понижена

- Из какой части зубного зачатка образуется ткань периодонта?
 - а) из мезенхимы зубного сосочка
 - б) **из зубного мешочка**
 - в) из клеток так называемого Гертвиговского влагалища

- Состав волокнистых структур периодонта
 - а) в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
 - б) периодонтит в основном представлен коллагеновыми волокнами
 - в) небольшое количество ретикулярных и окислительных волокон
 - г) совершенно отсутствуют эластические
 - д) **волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситолановыми и др. группами волокон**

- Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства
 - а) **удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы**
 - б) набухать в кислой среде, ощелачивая ее
 - в) создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
 - г) обеспечивать физиологическую подвижность зуба
 - д) быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

- Клеточный состав периодонта представлен
 - а) клетками, присущими всякой соединительной ткани
 - б) **кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителия**
 - в) в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
 - г) периодонтом близким к цементу
 - д) периодонтом близким к корневой пульпе

- Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта
 - а) плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета
 - б) фибробласты, так как они синтезируют коллаген
 - в) **вазогенного происхождения**
 - г) гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
 - д) лейкоциты

- Основной функцией периодонта является
 - а) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
 - б) **опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы**
 - в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
 - г) защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
 - д) верно а) и г)

- С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит?
 - а) с острым серозным частичным пульпитом
 - б) **с гнойным пульпитом**
 - в) с обострением хронического пульпита
 - г) с гранулематозным пульпитом
 - д) с гангренозным пульпитом

- Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является
 - а) перкуссия

- б) **электроодонтодиагностика**
- в) характер болей
- г) термометрия
- д) рентгенодиагностика

- Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является

- а) перкуссия
- б) все нижеперечисленное
- в) термометрия
- г) **определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия**
- д) зондирование

- Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба?

- а) нет, такой зуб подлежит удалению
- б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
- в) нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб
- г) **да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала**
- д) да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона

- Если зуб не выдерживает герметизма, в канале лучше оставить

- а) антибиотики
- б) фенол с формалином
- в) желудочный сок
- г) трипсин
- д) **гидрокортизон с антибиотиками**

- Боль при зондировании и кровоточивость из канала наблюдаются

- а) при хроническом фиброзном периодонтите
- б) при кистогранулеме
- в) **при хроническом гранулирующем периодонтите**
- г) при фиброзном периодонтите
- д) при остром периодонтите

- В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть

- а) тактику удаления зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
- б) тактику применения мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный
- в) **тактику проведения диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование**
- г) тактику проведения электроодонтометрии
- д) тактику закрытия зуба лечебной повязкой

- При лечении хронического гранулирующего периодонтита пломбировать каналы нетвердеющими пастами

- а) можно, ибо контакт пасты с тканями воспаленного периодаона дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
- б) **не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани**
- в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования
- г) можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию
- д) нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале

- Происхождение эпителия гранулемы и кист

- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
- б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
- в) **эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Маласса, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления**

- Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов

- а) **биологическая толерантность**
- б) хороший герметизм пломбирования

- в) хорошая вводимость
- г) рентгено-контрастность
- д) антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия

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

- а) эрозии зубов
- б) **гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз**
- в) кислотный некроз
- г) клиновидный дефект
- д) наследственные нарушения развития зубов

- Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект

- б) флюороз зубов
- в) **гипоплазия эмали**
- г) гиперплазия
- д) наследственное нарушение зубов

- Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является

- а) несовершенный остеогенез
- б) **нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста**
- в) содержание фтора в питьевой воде
- г) инфицирование фолликула при травме
- д) неясная причина

- Характерными жалобами при гипоплазии являются

- а) повышенная чувствительность
- б) стертость эмали
- в) все вышеперечисленное
- г) **изменение цвета и формы зубов**
- д) жалобы отсутствуют

- Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является

- а) вестибулярная поверхность всех групп зубов
- б) фиссуры
- в) шейка фронтальных зубов
- г) **вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров**
- д) различные участки эмали

- Формы клинического проявления гипоплазии

- а) пятнистая
- б) штриховая, чашеобразная
- в) эрозивная
- г) бороздчатая
- д) **все вышеперечисленные**

- Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются а) флюороз зубов

- б) **наследственные нарушения развития зубов**
- в) кариес
- г) некроз твердых тканей зубов
- д) гиперплазия

- Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является

- а) неясная причина
- б) **содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л**
- в) нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста
- г) несовершенный остеогенез
- д) избыточный прием фторсодержащих средств

- Типичные формы клинического проявления при флюорозе

- а) пятнистая
- б) бороздчатая
- в) **меловидно-крапчатая**
- г) деструктивная
- д) штриховая

- Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является
 - а) **вестибулярная поверхность резцов, клыков**
 - б) фиссуры, естественные углубления
 - в) шейка зуба
 - г) вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров
 - д) поражение твердых тканей всех групп зубов
- Характерные жалобы больного при флюорозе
 - а) подвижность зубов
 - б) **изменение цвета зубов**
 - в) повышенная чувствительность
 - г) наличие дефектов эмали зубов
 - д) стертость зубов
- Пятнистая форма флюороза зубов от аналогичной формы гипоплазии отличается
 - а) поражением зубов преимущественно постоянных
 - б) возникновением до прорезывания зубов
 - в) нетипичной локализацией для кариеса
 - г) множественными пятнами на зубах
 - д) **возникновением в местностях с повышенным содержанием фтора в питьевой воде**
- Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является
 - а) механическое воздействие
 - б) дисфункция щитовидной железы
 - в) употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков
 - г) обнажение корня зуба при заболевании пародонта
 - д) **нарушение трофики тканей зуба в результате дегенеративного процесса в краевом периодонте**
- Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является
 - а) **дефект на шейке зуба в виде клина**
 - б) изменение формы зуба
 - в) дефект режущего края и бугров в виде площадки
 - г) дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала
 - д) дефект желобоватой формы в преддесневой области
- Факторы, способствующие развитию эрозии зубов
 - а) патологический прикус
 - б) воздействие химических веществ:
 - диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков);
 - заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов;
 - воздействие кислот на промышленном предприятии
 - в) механическое действие зубной щетки
 - г) эндокринные заболевания
 - д) **все вышеперечисленное**
- Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
 - а) **десна и круговая связка зуба**
 - б) периодонт, десна, надкостница, зуб
 - в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба
 - г) десна, ткани зуба (цемент)
 - д) десна, надкостница, цемент
- Перечислите функции пародонта
 - а) **барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая**
 - б) барьерная, амортизирующая
 - в) барьерная, рефлекторная, пластическая
 - г) рефлекторная
 - д) амортизирующая
- Основной функцией пародонта является
 - а) амортизирующая
 - б) **барьерная**
 - в) рефлекторная
 - г) рецепторная

- д) пластическая
- Барьерная функция пародонта обеспечивается
 - а) ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии
 - б) антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны
 - в) **ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой бороздки, антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток**
 - г) наличием большого количества рецепторов
 - д) ороговением многослойного плоского эпителия
- Строение костной ткани альвеолы
 - а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества
 - б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани
 - в) **кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью**
 - г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой
 - д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой
- Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются
 - а) капилляры
 - б) артериолы и венулы
 - в) **артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы**
 - г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры
 - д) венозные сосуды
- Иннервацию пародонта обеспечивает
 - а) лицевой нерв
 - б) вторая ветвь тройничного нерва
 - в) **ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва**
 - г) первая ветвь тройничного нерва
 - д) все три ветви тройничного нерва
- Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта
 - а) измененная реактивность организма
 - б) микроорганизмы зубной бляшки
 - в) **микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта**
 - г) наследственность
 - д) травматическая окклюзия
- Состав зубной бляшки
 - а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
 - б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
 - в) **зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги**
 - г) зубная бляшка представлена органическими компонентами
 - д) зубная бляшка состоит из элементов слюны
- Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом)?
 - а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
 - б) **это совершенно различные заболевания**
 - в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
 - г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому
 - д) пародонтоз предшествует пародонтиту
- Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
 - а) открытый прикус
 - б) **глубокий прикус**
 - в) перекрестный прикус
 - г) дистальный прикус
 - д) прямой прикус

- Проба Кулаженко проводится с целью
 - а) выявления барьерных возможностей пародонта
 - б) определения состояния проницаемости стенок сосудов
 - в) **выявления стойкости стенок сосудов пародонта**
 - г) определения воспалительных изменений десны
 - д) выявления зубной бляшки

- К гигиеническим относятся следующие индексы
 - а) ПИ, ПМА, СРITN
 - б) Шиллера - Писарева
 - в) **Федорова - Володкиной**
 - г) ПИ
 - д) Рамфьорда

- Индекс ПИ используется с целью
 - а) **определения степени воспалительных изменений пародонта**
 - б) определения глубины десневых каналов
 - в) определения состояния гигиены полости рта
 - г) определения проницаемости сосудистой стенки
 - д) оценки гигиенического состояния зубов, выявления зубной бляшки

- Индекс ПМА используется с целью
 - а) определения степени воспалительных изменений пародонта
 - б) **определения воспалительных изменений различных зон десны**
 - в) определения кровоточивости десен
 - г) оценки гигиенического состояния полости рта
 - д) определения проницаемости сосудистой стенки

- 018. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии
 - а) реопародонтография, остеометрия
 - б) реопародонтография, полярография
 - в) **реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия**
 - г) реография
 - д) полярография

- Клиническими признаками катарального гингивита являются
 - а) кровоточивость десен
 - б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
 - в) **отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана**
 - г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
 - д) гиперестезия шеек зубов

- Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются
 - а) **десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки**
 - б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
 - в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
 - г) кровоточивость при дотрагивании
 - д) наличие ложных десневых карманов

- Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются
 - а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании,
 - б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы
 - в) **десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при пальпации, на зубах большое количество налета и зубного камня**
 - г) наличие глубоких десневых карманов
 - д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей

- Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита

являются

- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков
- б) **генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом**
- в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость при дотрагивании

- Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести

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

- Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?

- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
- б) **резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок**
- в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости
- г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов
- д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет

- Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита?

- а) нет
- б) имеются, глубиной до 6 мм
- в) **имеются, глубиной 3-4 мм**
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) имеются костные карманы

- Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести

- а) карманов нет
- б) **5-7 мм**
- в) более 8 мм
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) до 5 мм

- Подвижность зубов при пародонтите средней степени тяжести

- а) имеется легкая подвижность I степени
- б) не имеется
- в) **подвижность зубов I-II степени**
- г) имеется подвижность II-III степени
- д) имеется, при наличии травматической окклюзии

- Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите средней степени тяжести

- а) не имеется
- б) наблюдается очень редко
- в) **наблюдается часто**
- г) выявляется только при проведении бензидиновой пробы
- д) выявляется при проведении формалиновой пробы

- Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является а) подвижность и смещение зубов

- б) **отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов**
- в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков
- г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

- Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет
 - а) карманов нет
 - б) 3-4 мм
 - в) до 6 мм
 - г) **более 8 мм**
 - д) до 2.5 мм

- При лечении катарального гингивита используются кератолитические, склерозирующие препараты и кислоты а) да, так как они способствуют снятию отека и воспаления десен б) **нет, так как сильнодействующие препараты приводят к гибели фибробластов**
 - в) да, так как они обладают прижигающим действием и приводят к гибели микроорганизмы зубного налета г) да, только вначале лечения
 - д) да, в заключительной стадии лечения

- При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных препаратов рекомендуется использовать а) антибиотики и ферменты
 - б) аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом, гепариновой, дибуноловой гидрокортизоновой мазями, склерозирующие препараты
 - в) **растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в составе повязок**
 - г) кератолитические препараты
 - д) кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы

- При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуются
 - а) сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного обладают прижигающим действием
 - б) ферменты, которые способствуют отторжению некротических масс и гнойного экссудата
 - в) **препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь, гидрокортизоновая мазь и эмульсия**
 - г) инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона
 - д) антибиотики

- В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом гингивите в десневые сосочки вводят
 - а) **эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%, раствор новэмбихина**
 - б) сильные растворы антисептиков, ферменты
 - в) растворы антибиотиков
 - г) фурацилин
 - д) гепарин

- Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов накладываются на десну
 - а) на 2 часа
 - б) **на 20 минут**
 - в) на 6 часов
 - г) на 5 минут
 - д) не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки

- Укажите план лечения острого язвенного гингивита
 - а) **обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию**
 - б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов в) антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями
 - г) введение антибиотиков
 - д) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию

- При остром язвенном гингивите внутрь назначают
 - а) обезболивающие препараты
 - б) антибиотики, обезболивающие, витамины
 - в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины
 - г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
 - д) общее лечение не назначается

- При противовоспалительной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени предпочтение необходимо отдать
 - а) антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием
 - б) биологически активным веществам
 - в) сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием

- г) **слабым антисептикам, ферментам, трихополу**
- д) сильным кислотам, ваготилу, резорцину

- Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет

- а) **2%**
- б) 0.5%
- в) 0.1%
- г) 0.05%
- д) 0.01%

- При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является

- а) нормализация прикуса
- б) **устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии**
- в) восстановление анатомической формы зубов
- г) устранение воспалительного процесса
- д) эстетические показания

201. С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо

- а) один раз утром
- б) **два раза - утром и вечером**
- в) только вечером
- г) три раза
- д) 3-5 раз

049. Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку

- а) с натуральной щетиной
- б) **с искусственной щетиной**
- в) не имеет значения
- г) жесткую
- д) мягкую

202. Хранить зубную щетку рекомендуют

- а) в футляре
- б) с намылленной щетиной
- в) **в гипертоническом растворе соли**
- г) без футляра
- д) в содовом растворе

203. В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена

- а) **клиника**
- б) этиология
- в) патогенез
- г) морфогенез
- д) элемент

204. Длительность существования афты

- а) 5 дней
- б) 10 дней
- в) **15 дней**
- г) более 10 дней
- д) от 15 до 40 дней

205. После заживления афты останется

- а) рубец гладкий
- б) деформирующий рубец
- в) рубцовая атрофия
- г) **слизистая оболочка останется без изменений**
- д) все вышеперечисленное

206. В основу классификации пузырных заболеваний положен

- а) этиологический принцип
- б) патогенетический принцип
- в) **клинический принцип**

- г) анамнестический принцип
 - д) наследственный принцип
207. Главными "воротами" для проникновения микробов в организм человека являются
- а) носовые ходы
 - б) **полость рта**
 - в) раневая поверхность
 - г) половые органы
 - д) мочевые пути
208. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний
- а) инфекционных
 - б) аллергических
 - в) **инфекционно-аллергических**
 - г) неизвестной этиологии
 - д) лекарственных
209. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения
- а) пузырь
 - б) папула
 - в) уртика
 - г) **сочетание нескольких элементов**
 - д) эрозия
210. Цикл развития пузырных заболеваний составляет
- а) 1 неделю
 - б) 2 недели
 - в) **3 недели**
 - г) 2 месяца
 - д) 10 дней
211. Наиболее часто провоцирует развитие болезней
- а) **охлаждение**
 - б) переутомление
 - в) нарушение диеты
 - г) прием лекарственных препаратов
 - д) обострение воспаления в очагах хронической инфекции
212. Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний?
- а) да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
 - б) **да, так как симптомы заболеваний усугубляются**
 - в) нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
 - г) с течением времени заболевание переходит в аллергию
 - д) нет, заболевание течет монотонно
213. Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротического стоматита такой фактор, как
- а) **охлаждение**
 - б) снижение уровня факторов естественной защиты
 - в) вирусная атака
 - г) плохая гигиена полости рта
 - д) утомление
214. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является а)
- а) увеличение лимфоузлов
 - б) запах изо рта
 - в) валикообразные края язвы и плотное дно
 - г) **резкая болезненность**
 - д) температура тела
215. Какое действие врача является достаточным и тактически верным при декубитальной язве?
- а) **исследование язвы**
 - б) прижигание язвы
 - в) смазывание антисептиками

- г) биопсия
 - д) консультация онколога
216. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является
- а) отсутствие продромальных явлений
 - б) появление симптомов во рту после употребления лекарств
 - в) наличие эрозий или пузырей
 - г) наличие гиперемии и отека
 - д) **положительная накожная проба**
217. Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите
- а) назначение внутрь антигистаминовых препаратов
 - б) **отмена лекарств**
 - в) назначение нистатина внутрь
 - г) назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий
 - д) назначение стероидных гормонов
218. Диагноз контактный стоматит ставится на данных
- а) **анамнеза**
 - б) клинических симптомов
 - в) лабораторных анализов
 - г) дополнительных методов исследования
 - д) цитологических
219. При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является
- а) **гиперемия**
 - б) отек
 - в) боли
 - г) парестезии
 - д) гиперестезии
220. Действие врача при стоматите, вызванном протезом
- а) **изъятие протеза сроком на 2-3 недели**
 - б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
 - в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
 - г) замена протеза
 - д) изготовление протеза из золота
222. Клинические форма аллергических заболеваний слизистой оболочки полости рта
- а) острый катаральный стоматит, острый герпетический стоматит
 - б) многоформная экссудативная эритема, пузырно-сосудистый синдром
 - в) **фиксированная эритема, контактный стоматит**
 - г) синдром Квинке, болезнь Фордайса
 - д) синдром Мелькерсона - Розенталя, синдром Шегрена
223. Препаратами, обладающими некролитическим действием, являются
- а) хелепин, химопсин
 - б) дезоксирибонуклеаза, оксикиклозол
 - в) ируксол, олазол
 - г) **террилитин, трипсин**
 - д) растворы перманганата калия, тетрабората натрия
224. Строение эпителиального слоя слизистой оболочки губ, щек, мягкого неба
- а) базальный и роговой слой
 - б) **базальный, зернистый и шиповидный слой**
 - в) базальный, шиповидный и роговой слой
 - г) шиповидный и роговой слой
 - д) базальный, зернистый, роговой слой
225. Препараты, обладающие противовирусным действием
- а) ируксол, ридоксол
 - б) бонофтон, тетрациклин
 - в) **интерферон, хелепин**
 - г) химопсин, дезоксирибонуклеаза
 - д) метилурацил, гасипол

226. Препараты, используемые для наружного лечения аллергического стоматита
- а) мазь "Ируксол", растворы новокаина, фурацилина
 - б) отвары листьев эвкалипта, шалфея, раствор галаскорбина
 - в) **растворы эмульсии гидрокортизона, галаскорбина**
 - г) физиологический раствор, ингалипт, раствор трипсина д) раствор трипсина, тегразол, раствор димексида
227. Вторичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта а) папула, эрозия, трещина
- б) пятно, пузырек, папула
 - в) **язва, эрозия, афта**
 - г) трещина, пузырек, пятно
 - д) эрозия, пузырек, бугорок
228. Строение эпителиального слоя дорзальной поверхности языка
- а) базальный и роговой слой
 - б) базальный и шиповидный слой
 - в) шиповидный и роговой слой
 - г) базальный, зернистый и роговой слой
 - д) **базальный, шиповидный и роговой слой**
229. Первичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта а) пятно, пузырь, пузырек, эрозия
- б) афта, язва, папула
 - в) трещина, афта, гнойничок
 - г) **пятно, пузырек, папула**
 - д) папула, эрозия, трещина
230. Клиническими признаками пузырчатки являются
- а) пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, отек, гиперемия, симптом отслоения эпителия - отрицательный
 - б) **пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, незначительный отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, симптом отслоения эпителия - положительный**
 - в) пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, незначительно выраженный отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, симптом отслоения эпителия - резко положительный
 - г) пузырьки, эрозии, гиперемия, незначительный отек, симптом отслоения эпителия - отрицательный
 - д) четко округлые эрозии, окруженные узкой зоной разлитой гиперемии, симптом отслоения эпителия – отрицательный

РЕФЕРАТЫ И ПРЕЗЕНТАЦИИ**Мероприятия по борьбе со СПИДом**

1. Синдром приобретенного иммунодефицита
2. Оппортунистические инфекции
3. Проявления ВИЧ инфекции в полости рта. Дифференциальная диагностика
4. Меры профилактики
5. Санитарно-эпидемические мероприятия по профилактике инфицирования. Стерилизация инструментария

Организация экстренной стоматологической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций на приеме врача-стоматолога

1. Причины возникновения неотложных состояний
2. Обморок. Клиника, лечение
3. Коллапс, клиника, лечение
4. Аллергические реакции
5. Крапивница. Клиника лечение
6. Ангионевротический отек
7. Анафилактический шок. Варианты. Лечение
8. Гипертонический криз, ишемия миокарда. Неотложная помощь

Обезболивание в терапевтической стоматологии

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области, связанные с обезболиванием
2. Боль и обезбоживание в стоматологии. Общее обезбоживание. Показания и противопоказания для применения в терапевтической стоматологии
3. Виды препаратов для местного обезбоживания, их состав, характеристика, метаболизм.
4. Обезбоживание у пациентов с сопутствующей патологией, тактика стоматолога при выборе препарата и способа обезбоживания
5. Обезбоживание у беременных, тактика стоматолога при выборе препарата и способа обезбоживания, оптимальные сроки при планировании лечения
6. Способы обезбоживания зубов на верхней челюсти. Методики проведения, показания
7. Способы обезбоживания зубов на нижней челюсти. Методики проведения, показания
8. Использование премедикации в терапевтической стоматологии, препараты, показания
9. Ранние и отсроченные осложнения, возникающие при проведении местного обезбоживания, их профилактика
10. Общие и местные осложнения при проведении анестезии. Ошибки и осложнения, возникающие на различных этапах проведения местной анестезии, их причины и профилактика
11. Тактика врача-стоматолога при возникновении общих осложнений при проведении анестезии у пациентов с сопутствующей патологией
12. Особенности лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда, эндокардит, гипертоническая болезнь). Сбор анамнеза, выбор препарата для местной анестезии
13. Особенности лечения пациентов с заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы). Сбор анамнеза, выбор препарата для местной анестезии 28
14. Особенности лечения пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом (бронхиальная астма, ранее отмечавшаяся аллергия на лекарственные препараты). Опрос, тактика врача-стоматолога, необходимость премедикации
15. Особенности лечения пациентов с заболеваниями нервной системы (эпилепсия, состояние после инсульта)

16. Особенности лечения беременных. Тактика врача-стоматолога при выборе препарата, необходимость премедикации, оптимальные сроки вмешательства, безопасность местных анестетиков для плода

Профилактика стоматологических заболеваний

1. Основные принципы, лежащие в основе обучения индивидуальной гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний
2. Профилактика стоматологических заболеваний, цели задачи
3. Методы профилактики основных стоматологических заболеваний
4. особенности индивидуальной гигиены полости рта в зависимости от стоматологического статуса.
5. Герметики для запечатывания фиссур зубов
6. Средства для местного применения, фторсодержащие лаки, гели
7. Современные средства индивидуальной гигиены полости рта

Некариозные поражения

1. Классификация некариозных поражений зубов. Частота встречаемости данных патологий
2. Врожденные поражения зубов. Этиология
3. Системная гипоплазия. Местная гиперплазия
4. Флюороз. Классификация флюороза. Клиника различных форм флюороза. Дифференциальная диагностика флюороза
5. Влияние состояния здоровья, заболеваний будущей матери на структуру временных и постоянных зубов ребенка. Тетрациклиновые зубы
6. Методы обследования, применяемые для диагностики врожденных поражений зубов
7. Модифицированная классификация причин, вызывающих изменение цвета зубов (Крихели Н. И., 2007). Дисколорит, клиника, диагностика
8. Отбеливание зубов: флюороз, гипоплазия эмали, «тетрациклиновые» зубы
9. Виды отбеливания. Методики отбеливания
10. Классификация травматических повреждений. Ушиб зуба. Вывих зуба. Перелом зуба
11. Комбинированная травма зуба. Травма зачатка зуба. Возрастное изменение цвета зубов
12. Клиновидный дефект. Возникновения клиновидного дефекта. Методы лечения клиновидного дефекта
13. Эрозия. Причины возникновения эрозии твердых тканей зуба, клиническая картина
14. Виды некроза. Клиническая картина
15. Стираемость твердых тканей зубов. Виды патологической стираемости. Лечение
16. Правила проведения электроодонтодиагностики зубов
17. Пломбировочные материалы используемые при лечении некариозных поражений

Кариес зубов

1. Анатомическое строение зуба
2. Гистологическое строение, химический состав и функции твердых тканей зуба
3. Созревание эмали и жизнеспособность эмали
4. Слюнные железы. Состояние и свойства слюны. Участие в процессах деминерализации и реминерализации.
5. Иммунологическая система полости рта
6. Микроорганизмы полости рта. Микробный налет на зубах. Зубной камень. Кислотноосновное равновесие в полости рта. Кривая рН Стефана
7. Методы диагностики кариеса. Индексы кариесологические, гигиенические
8. Кариес цемента. Клиника, диагностика, лечение
9. Стеклоиономерные цементы
10. Адгезивная техника. Методика восстановления зубов композитами
11. Парапульпарные штифты
12. Пломбировочные материалы для лечебных прокладок

13. Реставрационные пломбировочные материалы
14. Цементы двойного отверждения
15. Жидкотекучие композиционные материалы
16. Осложнения при лечении кариеса, методы устранения

Заболевания пульпы зуба

1. Возрастные особенности пульпы зуба
2. Эндодонтические инструменты. Классификация, показания, методики применения 3. Современные аспекты эндодонтии
4. Показания и противопоказания к эндодонтическому лечению
5. Критерии успеха в эндодонтии
6. Факторы, определяющие качество эндодонтического лечения
7. Особенности эндодонтического препарирования зубов
8. Особенности и технология пломбирования канала Thermafil.
9. Особенности и технология применения цемента Pro ROOT (MTA)
10. Современный подход к обработке корневого канала (механические задачи обработки)
11. Ошибки при обработке корневого канала
12. Ротационные технологии в современной эндодонтии
13. Особенности Ni–Ti инструментов, понятие конусности
14. Общие правила работы машинными Ni–Ti инструментами
15. Инструменты и оборудование для машинной обработки канала (Pro Files, Flex Master, System GT, Pro Taper и др.).
16. Документация, юридические аспекты эндодонтического приёма
17. Оценка ближайших и отдалённых результатов эндодонтического лечения.
18. Применение коффердама в эндодонтии
19. Основные методы механической обработки каналов корней зубов
20. Материалы и методы пломбирования каналов: латеральная конденсация, вертикальная конденсация (методика Schilder), Thermafil, метод горячей волны (System B).
21. Пломбировочные материалы для корневых каналов при лечении пульпита
22. Ошибки и осложнения при лечении пульпита
23. Тактика врача-стоматолога при переломах эндодонтического инструментария, перфорациях, переломах корней зубов
24. Физиотерапия при лечении пульпита

Воспаление периодонта

1. Рентгендиагностика периодонтита
2. Инструменты для ручной обработки каналов
3. Инструменты для машинной обработки каналов
4. Материалы для временного пломбирования каналов
5. Материалы для постоянного пломбирования каналов
6. Методы обработки каналов 30
7. Лечение каналов с перфорациями
8. Антисептические средства для обработки каналов
9. Ирригация и дезинфекция корневого канала
10. Методики пломбирования каналов
11. Показания к эндодонтическому и хирургическому лечению
12. Осложнения эндодонтического лечения и методы их устранения
13. Физиотерапия при лечении периодонтита

Болезни пародонта

1. Принципы лечения заболеваний пародонта
2. Патогенетическая терапия заболеваний пародонта

3. Способы введения лекарственных средств
4. Начальное лечение (предварительная терапия)
5. Методы удаления зубных отложений
6. Временное шинирование зубов
7. Избирательное пришлифовывание зубов
8. Хирургическое лечение заболеваний пародонта
9. Организация хирургической помощи пародонтологическим больным
10. Асептика и антисептика в пародонтальной хирургии
11. Обследование пародонтологического больного перед хирургическим лечением
12. Осложнения и ошибки хирургического лечения
13. Остеопластические материалы, используемые при хирургическом лечении заболеваний пародонта
14. Физические методы лечения заболеваний пародонта
15. Поддерживающая терапия заболеваний пародонта

Заболевания слизистой оболочки полости рта

1. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта
2. Первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. Вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта
4. Механическая травма слизистой оболочки полости рта. Декубитальная язва
5. Химическая травма слизистой оболочки полости рта
6. Физическая травма слизистой оболочки полости рта. Лучевая болезнь.
7. Лейкоплакия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение
8. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта.
9. Опоясывающий лишай
10. Аллергические поражения слизистой оболочки полости рта
11. Многоформная экссудативная эритема
12. Болезнь Лайелла
13. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
14. Рубцующийся стоматит Сеттона
15. Синдром Шёгрена
16. Синдром Бехчета
17. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта
18. Проявления на слизистой полости рта заболеваний сердечно-сосудистой системы
19. Изменения слизистой оболочки полости рта при патологии кроветворения и болезнях крови
20. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях эндокринной системы
21. Глоссалгия. Стомалгия
22. Аномалии и самостоятельные заболевания языка
23. Гландулярный хейлит
24. Эксфолиативный хейлит
25. Аллергический хейлит
26. Метеорологический хейлит
27. Хронические трещины губ. Онкологическая настороженность
28. Облигатный предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта
29. Факультативный предрак слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ
30. Красный плоский лишай.
31. Вульгарная пузырчатка. Врачебная тактика
32. ВИЧ-инфекция, ее проявления на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**Задача № 1.**

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод обезболивания потребуется?

Задача № 2.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача № 3.

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача № 4.

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие пломбировочные материалы следует использовать?

Задача № 5.

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?

- 4 .Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
- 5 .Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

Задача № 6.

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

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

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

Задача № 7.

При осмотре полости рта пациента врач обратил внимание на меловидные пятна на буграх 25 зуба, границы пятен нечеткие, поверхность гладкая.

Из анамнеза: пятна появились сразу после прорезывания 25, неприятных ощущений не вызывают, в размерах не изменялись.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Проведите дифдиагностику.
3. Назовите наиболее вероятную причину таких изменений твердых тканей зуба.
4. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
5. Назначьте лечение.

Задача № 8.

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадируют в подглазничную область.

Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость.

Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает.

Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ.

ЭОД - 40 мкА.

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 9.

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 10.

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При

обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость.

Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

Задача № 11.

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Почему зондирование коронковой части пульпы безболезненное?
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Перечислите основные этапы лечения.

Задача № 12.

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками. Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления, которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каково анатомическое строение каналов 2.4 зуба?

Задача № 13.

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Каково анатомическое строение каналов 4.6 зуба?

Задача № 14.

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?
4. Какие группы материалов можно использовать для obturации корневых каналов?
5. Назовите пломбирочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

Задача № 15.

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода

вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

1. Какие мероприятия следует провести?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Возможно ли сохранение жизнеспособности пульпы в данном зубе? Обоснуйте.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите лечебные прокладочные материалы для данной клинической ситуации.

Задача № 16.

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7.

Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно.

Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

1. Поставьте диагноз:
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.
3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?
4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.
5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения.

Задача № 17.

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи. Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.

Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна.

ЭОД=55 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите корневые каналы зуба 1.4
3. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
4. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
5. Какие эндодонтические инструменты используются при технике «шаг назад»?

Задача № 18.

Пациент В., 31 год, жалобы на постоянную боль в 36 зубе, усиливающуюся при накусывании на зуб. Анамнез: 36 зуб ранее лечен по поводу кариеса, после выпадения пломбы к врачу не обращался. В течение последних двух дней появились ноющие боли постоянного характера. Объективно: незначительная асимметрия лица справа за счет отека мягких тканей левой щечной области. На жевательной поверхности 36 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Резкая боль при перкуссии. Слизистая оболочка переходной складки в области 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация в области проекции верхушки корня болезненна. На рентгенограмме: в области верхушки корня изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Какие препараты необходимо применить для антисептической обработки каналов?
4. Перечислите последовательность инструментальной обработки корневых каналов.
5. Назначьте общее лечение.

Задача № 19.

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф.диагностику.
3. Перечислите антидоты мышьяковистой пасты.

4. Нужно ли проводить физиолечение?
5. Возможно ли лечение в одно посещение?

Задача № 20.

Пациент К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 36 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней.

Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 36 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 36 патологических изменений нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Укажите лечебные мероприятия, необходимые в первое посещение.
3. Можно ли оставить в корневом канале турунду с 2% раствором йода спиртового.
4. Надо ли проверить электровозбудимость пульпы?
5. Прогноз лечения.

Задача № 21.

Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на изменение цвета 12 зуба.

Анамнез: Зуб не болел, кариозную полость заметил давно, но к врачу не обращался.

Объективно: на медиальной поверхности 12 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта, зондирование и реакция на холод безболезненные, перкуссия безболезненна. На рентгенограмме 12 зуба - деформация костной ткани, расширение периодонтальной щели с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Возможно ли лечение в одно посещение?
4. Какой пломбировочный материал для корневого канала целесообразно применить?
5. Нужно ли выводить лекарственное средство за верхушечное отверстие при пломбировании?

Задача № 22.

Пациент Ф., 32 года. Жалобы на неприятные ноющие боли в 25 зубе при приеме пищи. Ранее зуб болел. Был неоднократно лечен. В последнее время часто появляются ноющие боли, отек десны. Объективно: На жевательной поверхности 25 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба вскрыта. Зондирование и реакция на холод безболезненны, боль при перкуссии 25 зуба.

Слизистая оболочка десны в области 25 зуба гиперемирована, отечна, пальпация при переходной складке болезненна. По переходной складке в области проекции верхушки корня свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки корня наблюдается деструкция костной ткани с нечеткими границами. Верхушка корня укорочена за счет резорбции цемента.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диффдиагностику.
3. Возможно ли лечение в одно посещение?
4. Каким пломбировочным материалом целесообразно пломбировать корневой канал?
5. Перечислите возможные осложнения эндодонтического лечения.

Задача № 23.

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи.

Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и

осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.
3. Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
4. Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.

5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

Задача № 24.

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя. Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойно- гиперемированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной -1,2 балла, зубной камень отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основной этиологический фактор.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

Задача № 25.

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи.

Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, десны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какой дополнительный метод обследования подтвердит диагноз?
4. План лечения.
5. Назначьте местное лечение.

Задача № 26.

Больная К., обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Заметила кровоточивость 6 мес назад.

Объективно: десневые сосочки на верхней и нижней челюсти застойно - гиперемированы, рыхлые, кровоточат при зондировании, имеются обильные зубные отложения, кариозные зубы, нависающие, травмирующие десну края пломб. На окклюзиограмме множественные суперконтакты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какие физиотерапевтические процедуры Вы будите рекомендовать с профилактической целью?

Задача № 27.

Больная Л., 48 лет, обратилась с жалобами на чувство стянутости, жжения в полости рта. При осмотре на задних отделах слизистой оболочки щек, спинке языка выявлены слившиеся полигональные папулы серовато-белого цвета, люминесцирующие в лучах Вуда беловатожелтоватым светом. Отмечаются острые бугры у третьих моляров, пломбы из амальгамы на вестибулярной поверхности в пришеечной области 16, 26, 27, 37,47 зубов; шероховатые потемневшие пластмассовые пломбы у 13, 12, 11, 21, 22 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию СОПР?
3. Какие местные факторы могли стать причиной данного заболевания?
4. Назначьте общее лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.
5. Назначьте местное лечение заболевания слизистой оболочки полости рта.

Задача № 28.

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

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

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

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

Задача № 29.

Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на боль при приеме пищи и разговоре.

Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-то раствор и сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота. Прополоскал водой, обратился к врачу.

Объективно: на слизистой оболочке спинки языка обширный некроз, покрытый плотной пленкой желтоватого цвета. Пальпация болезненна.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте алгоритм химического противоожогового лечения кислотами;
4. Какие вы будете применять средства нейтрализующие кислоты?
5. В чем заключается профилактика химических ожогов полости рта?

Задача № 30.

Больной А., 64 лет, обратился с жалобами на сухость, жжение во рту по ночам, отчего просыпается и вынужден полоскать полость рта водой. Считает, что страдает бессонницей по этой причине.

Анамнез: год назад больной протезировался несъемным протезом с опорой на 15 по 17 зубы.

Объективно: при осмотре конфигурация лица без видимых изменений. В полости рта – металлические несъемные протезы с напылением с опорой на 15 по 17 зубы. На 26 и 37 зубах пломбы из амальгамы. Уровень микроотоков – 10 мкА. Слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета. Наблюдается вязкость слюны.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Какие препараты местного и общего применения назначить?
5. Какие профилактические мероприятия Вы будете рекомендовать больному

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**Раздел №1****Организация стоматологической помощи и методы обследования в терапевтической стоматологии**

- 1 .Организация стоматологической помощи населению.
- 2 .Правила выдачи листов нетрудоспособности.
- 3 .Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога.
- 4 .Методы обследования при кариесе и его осложнениях.
- 5 .Медицинская карта стоматологического больного.
- 6 .Деонтологические аспекты обследования и лечения больного.
- 7 .Методы обследования больных с заболеваниями пародонта.
- 8 .Основные и дополнительные методы обследования стоматологического больного.
- 9 .Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
- 10 .Рентгенологическое обследование. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
- 11 .Неотложные состояния в клинике терапевтической стоматологии. Оказание экстренной помощи.
- 12 .Мероприятия по борьбе со СПИДом.

Раздел №2**Обезболивание в терапевтической стоматологии. Профилактика стоматологических заболеваний**

- 1 .Обезболивание в терапевтической стоматологии.
- 2 .Профилактика стоматологических заболеваний.
- 3 .Иннервация зубов и челюстей.
- 4 .Общее и местное обезболивание. Современные средства и технология местного обезболивания.
- 5 .Тактика выбора местноанестезирующего средства у лиц с сопутствующей патологией.
- 6 .Осложнения местного обезболивания: общие, местные.
- 7 .Виды препаратов для местного обезболивания, их состав, характеристика, метаболизм.
- 8 .Обезболивание у беременных, тактика стоматолога при выборе препарата и способа обезболивания, оптимальные сроки при планировании лечения
- 9 .Способы обезболивания зубов на верхней челюсти. Методики проведения, показания.
- 10 .Способы обезболивания зубов на нижней челюсти. Методики проведения, показания
- 11 .Особенности лечения пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом (бронхиальная астма, ранее отмечавшаяся аллергия на лекарственные препараты). Опрос, тактика врача-стоматолога, необходимость премедикации.

Раздел №3**Заболевания твердых тканей зубов: кариес и некариозные поражения.**

- 1 .Кариес зубов. Этиология, патогенез кариеса зубов. Классификации кариеса.
- 2 . Ошибки при диагностике кариеса зубов.
- 3 .Осложнения при лечении кариеса зубов.
- 4 .Профилактика кариеса (современные средства реминерализующей терапии, герметизация фиссур и т.п.)
- 5 . Современное представление о клинике и диагностике кариеса зубов. Препарирование и пломбирование полостей различных классов.
- 6 .Некариозные поражения зубов. Международная классификация МКБ-10.
- 7 .Особенности препарирования твердых тканей зуба под пломбы из композитных материалов. Минимально инвазивное вмешательство.
- 8 .Современные пломбировочные материалы и технологии, используемые при лечении кариеса.
- 9 .Реставрационные пломбировочные материалы, техника реставрации зубов.
- 10 .Ошибки при диагностике кариеса зубов. Осложнения при лечении кариеса зубов.
- 11 .Общее лечение болезней зубов некариозного происхождения.
- 12 .Отбеливание зубов, классификация, показания и противопоказания.
- 13 .Некариозные поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

14 . Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Раздел №4

Эндодонтия. Пульпит. Пародонтит.

- 1 .Анатомо-физиологические данные о пульпе зуба в норме и при патологии. Функции пульпы.
- 2 .Классификация пульпитов. Современные представления об этиологии, патогенезе пульпита.
- 3 .Клиника, дифференциальная диагностика острых форм пульпита.
- 4 .Клиника, дифференциальная диагностика хронических форм пульпита.
- 5 .Консервативные методы лечения пульпита. Витальные методы лечения пульпита.
- 6 .Девитальные методы лечения пульпита.
- 7 . Комбинированные методы лечения пульпитов.
- 8 .Ошибки и осложнения при лечении пульпитов.
- 9 .Анатомо-физиологические данные о пародонте.
- 10 .Современные представления об этиологии, патогенезе пародонтита. Классификация пародонтитов.
- 11 .Современные представления о клинике и диагностике пародонтита.
- 12 .Острый верхушечный пародонтит, клиника.
- 13 .Хронический верхушечный пародонтит, клиника.
- 14 .Ошибки при лечении пародонтита зубов. Осложнения при лечении пародонтита зубов
- 15 .Методики расширения корневого канала. Особенности работы в инфицированном корневом канале, протокол ирригации корневого канала.
- 16 .Основные методы obturation корневого канала.

Раздел №5

Заболевания тканей пародонта. Профилактика стоматологических заболеваний.

- 1 .Строение и функции пародонта.
- 2 .Классификация болезней пародонта. Этиология воспалительных заболеваний пародонта.
- 3 .Пародонтопатогенная микрофлора. Патогенез воспалительных заболеваний пародонта.
- 4 .Методы обследования больных с патологией пародонта: основные и дополнительные. Оценка состояния пародонта.
- 5 .Пародонтальные индексы
- 6 .Гингивиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение
- 7 .Пародонтиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Составление плана лечения
- 8 .Пародонтоз, этиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Комплексное лечение пародонтоза
- 9 .Комплексное лечение заболеваний пародонта. Противовоспалительная терапия. Способы введения лекарственных препаратов. Противомикробная терапия. Применение антибиотиков местное и системное.
- 10 .Хирургические методы лечения пародонтита.

Раздел №6

Заболевания СОПР.

- 1 .Особенности строения слизистой оболочки полости рта.
- 2 .Неспецифические и специфические факторы защиты слизистой оболочки полости рта.
- 3 .Первичные и вторичные морфологические элементы поражения СОПР. Классификации заболеваний слизистой оболочки рта.
- 4 .Механическая травма слизистой оболочки полости рта. Декубитальная язва. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 5 .Химическая травма слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 6 .Физическая травма слизистой оболочки полости рта. Лучевая болезнь. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
- 7 .Лейкоплакия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика,
- 8 .Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта.
- 9 .Аллергические поражения слизистой оболочки полости рта.
- 10 .Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
- 11 .Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях.
- 12 .Хейлиты. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

- 13 .Глосситы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 14 .Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
- 15 .ВИЧ-инфекция, ее проявления на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.
- 16 .Профилактика заболеваний СОПР.

Раздел №7

Профилактика стоматологических заболеваний

- 17 Этиологическое и патогенетическое обоснование основных направлений профилактики стоматологических заболеваний
- 2 .Гигиеническое воспитание населения.
- 3 .Методы профилактики основных стоматологических заболеваний
- 4 .Гигиена полости рта, ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.
- 5 .Современные средства индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта
- 6 .Особенности профилактики в зависимости от возраста и общесоматического статуса
- 7 .Стоматологические профилактические программы.
- 8 .Диспансеризация.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы с теоретическим обоснованием и схематическим изображением /85-100.
- Решение правильное, не полное, нет теоретического обоснования ответа / 70-84.
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69.
- Все элементы записаны неверно / 0-59.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ») «Отлично» - 85-100 %
правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов «Неудовлетворительно» - менее 60% правильных
ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ **(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)**

Устный опрос При оценке устного опроса учитываются следующие критерии: 1. Знание основных разделов программы ординатуры. 2. Глубина и полнота раскрытия вопроса. 3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе. 4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы. 5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемой в стоматологии, а также в целом в медицине. Ординатор показывает отличные знания этиологии и патогенеза стоматологических заболеваний; способен выделить симптомы и синдромы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза заболеваний.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах стоматологии, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения стоматологических заболеваний, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах стоматологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза стоматологических заболеваний, средние знания о

этиологии и патогенезе заболеваний; слабо разбирается в вопросах клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах стоматологии. Ординатор не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза различных стоматологических заболеваний, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует непонимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, ординатор называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, ординатор дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении манипуляций, соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, ординатор дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, ординатор не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции при проведении манипуляций.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование клинического диагноза, проведен дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология.

План обследования соответствует поставленному диагнозу. Выбрано медикаментозное лечение.

Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, имеется патологическая гистология. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования диагноза, сформулирован клинический диагноз, проведен не полный дифференциальный диагноз, нет патологической гистологии. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой **(0-59)** оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования диагноза, не правильно сформулирован клинический диагноз, не проведен дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.