

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.72 «Стоматология общей практики»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г.,

протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен

знать:

- основные закономерности роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- квалификационные требования к «врачу-стоматологу-общей практики», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- принципы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространенных стоматологических заболеваний взрослых и детей;
- организацию стоматологической помощи населению;
- особенности проявления клиники и течения стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- клинические, дополнительные и специальные методы диагностики патологии полости рта;
- способы ограничения риска инфицирования врачей, среднего медицинского персонала во время работы;
- способы дезинфекции ручных инструментов, наконечников, турбин, аспирационных систем;
- методы стерилизации стоматологических инструментов, их эффективность; оборудование, материалы, средства; технология выполнения;
- строение, функции твердых тканей зуба;
- современные представления о строении и функции пульпы зубов, взаимоотношения основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе, пульпарно-периапикальный комплекс;
- современные аспекты строения и функции пародонта; возможность направленной регенерации тканей пародонта;
- десневую жидкость, её роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений;
- строение и функции слизистой оболочки полости рта;
- слюнные железы, слюна и ротовая жидкость; роль слюны в процессах де- и реминерализации твердых тканей зубов;
- современные методики сбора анамнеза, проведения осмотра пациентов; анализ полученных клиничко-лабораторных данных;
- дополнительные и специальные методы диагностики;
- современные представления о кариесе зубов и его осложнениях;

- современные представления о болезнях зубов некариозного происхождения;
- заболевания слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта;
- особенности проведения местного обезболивания в практике стоматологии терапевтической;
- комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями, травмой и новообразованиями челюстно-лицевой области;
- современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта; перспективы использования биокomпозиционных материалов и мембран для остеорегенерации при данной патологии;
- международная гистологическая классификация опухолей ВОЗ; особенности обследования онкологических больных и диагностики онкологических заболеваний;
- особенности клинических проявлений и дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований в челюстно-лицевой;
- теоретические проблемы боли в стоматологии, механизмы формирования болевой реакции;
- оптимизацию и выбор методов и средств обезболивания при лечении стоматологических заболеваний с использованием новейших достижений;
- комбинированное обезболивание; показание к назначению различных схем комбинированного обезболивания у больных с учётом психосоматического статуса и возраста, а также сопутствующей патологии;
- премедикация в стоматологической практике; показания к проведению, выбор схем премедикации, современные препараты;
- показания к проведению наркоза на стоматологическом приеме; виды наркоза, медикаментозное и техническое обеспечение;
- общие осложнения местной анестезии; клиника, диагностика, мероприятия неотложной помощи; основные закономерности роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- квалификационные требования к «врачу-стоматологу-ортопеду», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- принципы психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространенных стоматологических заболеваний взрослых и детей;
- организацию ортопедической стоматологической помощи населению;

- особенности проявления клиники и течения ортопедических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- клинические, дополнительные и специальные методы диагностики патологии полости рта;
- способы ограничения риска инфицирования врачей, среднего медицинского персонала во время работы, дезинфекцию ручных инструментов, наконечников, турбин, аспирационных систем; методы стерилизации стоматологических инструментов, их эффективность; оборудование, материалы, средства; технология выполнения;
- теоретические основы строения, состояния и функционирования зубочелюстной системы при патологии твердых тканей зубов и зубных рядов;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов съемными конструкциями зубных протезов;
- методы выполнения не прямых реставраций, коронок на фронтальную и жевательную группу зубов, штифтовых конструкций, мостовидных протезов, частичных съемных зубных протезов, съемных протезов для коррекции высоты нижнего отдела лица;
- методы моделирования коронок, мостовидных протезов, частичных съемных протезов;
- причины осложнений в ортопедической практике и способы их предупреждения.
- теоретические основы строения, состояния и функционирования зубочелюстной системы при полном отсутствии зубов;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов различными съемными конструкциями зубных протезов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов различными съемными конструкциями зубных протезов;
- методы изготовления полных съемных зубных протезов для коррекции высоты нижнего отдела лица;
- методы моделирования полных съемных протезов;
- причины осложнений в ортопедической практике и способы их предупреждения.
- теоретические основы биомеханики зубочелюстной системы в норме и при патологии;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с заболеваниями пародонта, деформациями зубных рядов, повышенным стиранием зубов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения основных стоматологических заболеваний с учетом эстетических, фонетических и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей течения заболевания, на фоне соматической патологии, при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта, явлениях непереносимости зубных протезов у больных разных возрастных групп, в том числе с применением методов стоматологической имплантации;
- овладение знаниями современных методов компьютерного моделирования и изготовления зубных протезов.
- методами ведения диспансерного наблюдения за пациентами, получившими ортопедическое стоматологическое лечение;
- теоретические основы биомеханики зубочелюстной системы в норме и патологии;
- методы обследования, диагностики и ортопедического лечения больных с патологией окклюзии зубных рядов;
- принципы диагностики и ортопедического лечения больных с функциональной патологией ВНЧС;

- основы врачебной этики и деонтологии при лечении больных с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов.

уметь:

- оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний;
- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека.
- организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- составить трудовой договор (контракт) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-общей практики»;
- организовать повседневную работу врача-стоматолога-общей практики и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
- оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- использовать персональный компьютер для создания базы данных о пациентах, нормативных документов и составления статистических отчетов;
- пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-общей практики;
- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной стоматологической помощи распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний;
- определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;
- применять инструментальные и неинструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к терапевтическому вмешательству;
- организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- проводить профилактические мероприятия стоматологических заболеваний;
- методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при использовании несъемными и съемными зубными протезами;
- провести коррекцию зубных протезов в полости рта;
- методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных

мероприятий пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов.

- обследовать пациента, анализировать результаты обследования, поставить диагноз, спланировать ортопедическое лечение и проведение клинических этапов изготовления различных конструкций полных съемных зубных протезов;
- методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с полным отсутствием зубов;
- выявить, устранить и предпринять меры профилактики осложнений при пользовании полными съемными зубными протезами;
- провести коррекцию зубных протезов в полости рта;
- методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий пациентов с полным отсутствием зубов.
- обследовать пациента;
- анализировать результаты основных и дополнительных методов обследования;
- ставить диагноз;
- планировать ортопедический этап комплексного лечения больных:
- с заболеваниями пародонта,
- с деформациями зубных рядов, повышенным стиранием зубов,
- с учетом индивидуальных особенностей клинического течения основных стоматологических заболеваний,
- с сопутствующими соматическими заболеваниями,
- с использованием методов стоматологической имплантации,
- у больных разных возрастных групп,
- с соблюдением современных требований медицинской этики и деонтологии;
- выявлять, устранять и предпринимать меры профилактики возможных осложнений при пользовании несъемными и съемными ортопедическими лечебными средствами;
- вести дискуссию и диалог с пациентом, коллегами по работе;
- обследовать пациента;
- анализировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов;
- ставит диагноз;
- планировать ортопедический этап комплексного лечения больных:
- с патологией окклюзии зубных рядов,
- с дефектами и деформациями зубов и зубных рядов,
- с функциональной патологией ВНЧС;
- пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности.
- методами клинического стоматологического обследования больных:
- с патологией окклюзии зубных рядов,
- с дефектами и деформациями зубных рядов,
- с функциональной патологией ВНЧС;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов обследования пациентов с патологией окклюзии зубных рядов;
- методами проведения стоматологических ортопедических мероприятий у пациентов с патологией окклюзии зубных рядов и ВНЧС;
- методами ведения диспансерного и динамического наблюдения за пациентами, получившими ортопедическое стоматологическое лечение;
- оформление необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.

владеть навыками:

- методами клинического стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
- оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов.
- методами клинического стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с полным отсутствием зубов;
- оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с полным отсутствием зубов.
- методами клинического стоматологического обследования больных:
- с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения, осложненными соматической патологией,
- пожилого и старческого возраста с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения,
- интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с основными стоматологическими заболеваниями, требующими ортопедического лечения;
- методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации больных с основными стоматологическими заболеваниями с учетом индивидуальных особенностей организма, с использованием стоматологических имплантатов и современных материалов и конструкций протезов и лечебных аппаратов;
- методами проведения стоматологических реабилитационных мероприятий;
- оформлением необходимой документации, с учетом сопутствующих заболеваний и патологических процессов у стоматологического больного.
- обследования больных терапевтического профиля;
- определения уровня гигиены полости рта при помощи индексной оценки;
- заполнения историй болезни;
- препарирования кариозных полостей I-V классов;
- пломбирования кариозных полостей всех классов пломбировочными материалами различных групп;
- проведение необходимых эндодонтических мероприятий на фантомах и моделях, удаленных зубах.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			

2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Текущий Промежуточный
4	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Текущий Промежуточный
5	ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
6	ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Текущий Промежуточный
7	ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи	Текущий Промежуточный
8	ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
9	ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задачам освоения программы практики

	Результаты освоения программы практики
--	--

Компетенции	Освоение методов санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития стоматологических заболеваний, патологий ЧЛО	Освоение методов профилактической работы, направленной на выявление стоматологических заболеваний	Овладение навыками ведения утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации	Овладение навыками оказания неотложной помощи стоматологическим пациентам	Освоение принципов оказания консультативной помощи при стоматологических заболеваниях	Освоение принципов ведения лечебных и реабилитационных мероприятий при стоматологических заболеваниях, в объеме, установленном учебным планом	Овладение установленным порядком правил проведения медицинской экспертизы; о новейших методах исследования, применяемых в стоматологии
УК-1	+	+	+	+	+	+	+
ПК-1	+	+					
ПК-2		+					
ПК-4	+						+
ПК-5				+			
ПК-6			+				+
ПК-7					+	+	
ПК-9					+	+	
ПК-10	+	+			+	+	

4. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

Тесты

1 ВАРИАНТ.

- В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:
 - физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - возможность трудовой деятельности;
 - наличие или отсутствие болезней;
 - наличие благоустроенного жилища;
 - полноценное питание.
- В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:
 - перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
 - стоимость различных видов медицинской помощи;
 - организация добровольного медицинского страхования;
 - виды платных медицинских услуг;
 - дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.
- Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы
 - диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;
 - сертификат;
 - лицензия;
 - свидетельство об окончании курсов;

- д) запись в трудовой книжке.
4. Основную ответственность за клинический диагноз несет:
- зубной техник;
 - помощник стоматолога (сестра);
 - помощник стоматолога, получивший сертификат;
 - врач-стоматолог;
 - главный врач стоматологической поликлиники.
5. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:
- только тщательная запись выполненных манипуляций.
 - запись предписаний;
 - сниженный прейскуронт;
 - запись обращений к специалистам.
 - запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.
6. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: 1) определения структуры стоматологической заболеваемости; 2) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; 3) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; 4) определения потребности в стоматологической помощи; 5) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
7. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:
- обязательная стерилизация;
 - достаточно дезинфекции;
 - необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
 - обязательна дезинфекция и стерилизация;
 - стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.
8. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - если правильны ответы 1 и 3;
 - если правильны ответы 2 и 4;
 - если правильный ответ 4;
 - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
9. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:
- снижение нуждаемости в лечении;
 - уменьшение количества осложнений;
 - уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
 - увеличение охвата санацией;
 - уровень стоматологического здоровья ребенка.
10. Общественное здоровье характеризуют показатели:
- трудовая активность населения;
 - заболеваемость;
 - инвалидность;
 - демографические показатели;

д) физическое развитие населения.

11. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

12. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

13. 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.

14. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;
- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

15. 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. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

16. Регион с КПУ=3,0 у детей 12 лет, по данным ВОЗ, можно отнести к зоне интенсивности кариеса зубов:

- а) очень низкой;
- б) низкой;
- в) умеренной;
- г) высокой;
- д) очень высокой.

17. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:

- а) один раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) по показаниям, но не реже 2 раз в год;
- г) 3 раза в год;
- д) 4 раза в год.

18. Ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта, следует осматривать в год:
- а) 1 раз;
 - б) 2 раза;
 - в) 3 раза;
 - г) по показаниям, но не реже 1 раза;
 - д) 4 раза.
19. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:
- а) 1 раз;
 - б) 2 раза;
 - в) 3 раза;
 - г) по индивидуальным показаниям;
 - д) с учетом формы активности кариеса.
20. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:
- а) снижение нуждаемости в лечении;
 - б) уменьшение количества осложнений;
 - в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
 - г) увеличение охвата санацией;
 - д) уровень стоматологического здоровья ребенка.
21. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
- а) характер болей;
 - б) термометрия;
 - в) зондирование;
 - г) электроодонтометрия;
 - д) фактор времени.
22. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить метод:
- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба;
 - б) витальная ампутация;
 - в) витальная экстирпация;
 - г) девитализация;
 - д) удаление зуба.
23. Решающим в дифференциальной диагностике острого общего и частичного пульпита является:
- а) характер болей; -
 - б) термометрия;
 - в) электрометрия;
 - г) перкуссия;
 - д) фактор времени.
24. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет:
- а) характер болей, термометрия;
 - б) термометрия;
 - в) электрометрия;
 - г) перкуссия;
 - д) зондирование.
25. 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 плазмоцитарного и макрофагального рядов;
- г) клетками эпителиальной ткани;
- д) имеет сходство с нервной тканью.
26. 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 периодонтитом;
- 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.
27. 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 межучного вещества;
- г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации;
- д) корневая пульпа близка к тканям: периодонтита.
28. Основная функция пульпы:
- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба;
- б) пластическая — способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин;
- в) защитная — способность сопротивляться раздражающему агенту;
- г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям;
- д) пульпа безвредна для твердых тканей.
29. 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 выравнять рН пульпы;
- д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейрорефлекторной и гуморальной регуляцией организма.
30. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является:
- а) характер болей;
- б) термометрия;
- в) электрометрия; •
- г) перкуссия;
- д) фактор времени и первичность болей.
31. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является:
- а) характер болей;
- б) термо- и электрометрия;
- в) данные осмотра полости;
- г) электроодонтометрия;
- д) рентгенография.
32. 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.
33. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром общем пульпите:
- а) девитализацию пульпы;
 - б) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
 - в) витальную ампутацию;
 - г) витальную экстирпацию;
 - д) удаление зуба.
34. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить:
- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
 - б) витальную ампутацию;
 - в) витальную экстирпацию;
 - г) девитализацию;
 - д) удаление зуба.
35. 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.
36. 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.
37. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
- а) характер болей;
 - б) термометрия;
 - в) зондирование;
 - г) электрометрия;
 - д) фактор времени.
38. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует:
- а) антибиотика;
 - б) гидроокись кальция;
 - в) кортикостероиды;
 - г) эвгенол;
 - д) йод.
39. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы:
- а) антибиотики;
 - б) гидроокись кальция;
 - в) кортикостероиды;
 - г) эвгенол;
 - д) йод.
40. 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 нарушение правил асептики;
 - д) с ошибками в технике проведения метода.
41. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с несформированной верхушкой корня является метод:
- а) диатермокоагуляции;
 - б) прижизненной ампутации коронковой пульпы;
 - в) глубокой ампутации;
 - г) девитальной ампутации;
 - д) прижизненной экстирпации.
42. После девитальной ампутации с проведением резорцин- формалинового метода при лечении пульпита у ребенка отмечается боль от холодного и горячего и при накусывании на зуб. Объясните причину боли.
- а) произошла грубая механическая травма пульпы во время лечения;
 - б) причина состоит в раздражении пульпы медикаментами;
 - в) произошел некроз пульпы;
 - г) возникло хроническое воспаление корневой пульпы;
 - д) произошел распад корневой пульпы.
43. Метод лечения моляров предпочтительный при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет:
- а) биологический;
 - б) витальной ампутации коронковой пульпы;
 - в) высокой ампутации;
 - г) девитальной ампутации;
 - д) девитальной экстирпации.
44. Метод лечения хронического фиброзного пульпита 74, предпочтительный для ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией и повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам:
- а) биологический;
 - б) витальной ампутации;
 - в) девитальной ампутации;
 - г) девитальной экстирпации;
 - д) удаление зуба.
45. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов пульпита объясняется:
- а) несовершенством методов диагностики пульпитов;
 - б) поздним обращением больных;
 - в) особенностью клинического течения, выражающегося в закрытой полости зуба;
 - г) гиперэргическим характером воспаления;
 - д) не назван.
46. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса:
- а) биологический;
 - б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы;
 - в) метод прижизненной ампутации;
 - г) метод девитальной ампутации;
 - д) не назван.
47. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет:
- а) биологический;
 - б) девитализации с последующей мумификацией;
 - в) прижизненной ампутации;
 - г) метод полного удаления (экстирпации) пульпы;

д) не назван.

48. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является:

- а) хорошее качество обезболивания;
- б) качественное проведение этапа ампутации пульпы;
- в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.);
- г) хорошее знание методики лечения;
- д) все вышеперечисленное.

49. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации важен для достижения цели этого метода: 1 формирование кариозной полости; 2 ампутация пульпы; 3 правильное и качественное наложение лекарственных препаратов; 4 снятие крышки полости зуба; 5 полноценное пломбирование. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

50. В случае болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе с давно выпавшей пломбой, ранее леченном по поводу пульпита, если на рентгенограмме в области верхушки определяется разрежение костной ткани с нечеткими неровными контурами требуется:

- а) удалить зуб, ибо в дальнейшем костная ткань резорбирует дентин и цемент зуба;
- б) применить девитализирующую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный;
- в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование;
- г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную и медикаментозную обработку и запломбировать канал;
- д) не названа.

1 вариант									
№	отве т	№	ответ	№	отве т	№	отве т	№	ответ
1	а	11	в	21	б	31	в	41	а
2	а	12	б	22	в	32	б	42	в
3	б	13	в	23	д	33	б	43	г
4	г	14	а	24	б	34	г	44	г
5	д	15	в	25	б	35	в	45	д
6	д	16	в	26	в	36	г	46	а
7	д	17	в	27	в	37	в	47	б
8	д	18	а	28	в	38	б	48	а
9	д	19	в	29	в	39	б	49	д
10	а	20	д	30	д	40	в	50	г

2 ВАРИАНТ.

1. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт

- а) десна и круговая связка зуба;
- б) териодонт, десна, надкостница, зуб;
- в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент);
- г) десна, ткани зуба;
- д) десна, надкостница, цемент.

2. Ранняя зубная бляшка после чистки зубов формируется в течение

- а) 2 часов;

- б) 4-5 часов;
 - в) 7-8 часов;
 - г) 12 часов;
 - д) 24 часов.
3. Сроки формирования «зрелой» зубной бляшки
- а) 2-3 суток;
 - б) 4-5 суток;
 - в) 6-7 суток;
 - г) более 7 суток;
 - д) более месяца.
4. Какие ткани зуба входят в состав пародонта?
- а) эмаль;
 - б) пульпа;
 - в) дентин;
 - г) цемент;
 - д) входят все.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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 клет-ки, лейкоциты, макрофаги;
 - г) зубная бляшка представлена органическими компонентами;
 - д) зубная бляшка состоит из элементов слюны.

10. 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.
11. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
- а) открытый прикус;
 - б) глубокий прикус;
 - в) перекрестный прикус;
 - г) дистальный прикус;
 - д) прямой прикус.
12. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:
- а) определения гигиенического состояния зубов;
 - б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов;
 - в) оценки степени воспалительных изменений десны;
 - г) выявления зубной бляшки;
 - д) определения гноя в десневом кармане.
13. 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.
14. К гигиеническим относятся следующие индексы:
- а) ПИ, ПМА, СРITN;
 - б) Шиллера — Писарева;
 - в) Федорова - Володкиной, Грина — Бармильона;
 - г) ПИ;
 - д) все перечисленные.
15. 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.
16. 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.
17. При подсчете индекса СРITN обследуются:
- а) 61Б6, 6В61;
 - б) 321В123;
 - в) 761Б67, 76В167;
 - г) 1Б1, 6В6;
 - д) 321Б123.
18. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:
- а) реопародонтография, остеометрия;

- б) реопародонтография, полярография;
 - в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикрос-копия;
 - г) реография;
 - д) полярография.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Аппаратом «Периотест» исследуют:
- а) глубину пародонтального кармана;
 - б) подвижность зубов;
 - в) состояние костной ткани;
 - г) кровоснабжение десны;
 - д) характер воспалительного процесса.
28. Для оценки степени тяжести пародонтита, кроме клинического обследования необходимо дополнительно провести:
- а) реоплатизмографию;
 - б) реографию;
 - в) томографию;
 - г) рентгенографию;
 - д) изучение иммунного статуса.
29. Данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от $1/3$ до ? длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка;
 - б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от $1/2$ до $2/3$ длины корня;
 - в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка;
 - г) изменений в костной ткани нет;
 - д) явления остеопороза в губчатой кости.
30. 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.
31. Глубина карманов при пародонтите тяжелой степени составляет:
- а) карманов нет;
 - б) 3-4 мм;
 - в) до 6 мм;
 - г) более 8 мм;
 - д) до 2.5 мм.
32. Пародонтит протекает более тяжело если у пациента:
- а) сахарный диабет;
 - б) гипотиреоз;

- в) гипертония;
 - г) язвенная болезнь;
 - д) гастрит.
33. При очаговом ювенильном пародонтите поражаются зубы:
- а) временные резцы;
 - б) временные моляры;
 - в) временные и постоянные зубы;
 - г) постоянные моляры;
 - д) клыки.
34. При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые карманы:
- а) имеются, вследствие гибели связки зуба;
 - б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно;
 - в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба;
 - г) имеются только в участках перегрузки зубов;
 - д) глубина десневых карманов до 5 мм.
35. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести:
- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен;
 - б) синдром Папийон-Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию;
 - в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы;
 - г) гингивит, пародонтит;
 - д) пародонтит, пародонтоз.
36. Участвует в развитии ювенильного пародонтита:
- а) *Streptococcus salivarius*;
 - б) *Porphyromonas endodontalis*;
 - в) *Fusobacterium nucleatum*;
 - г) *Actinomyces naeslundii*;
 - д) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.
37. К «пародонтопатогенным» видам не относится
- а) *Streptococcus mutans*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;
 - в) *Actinomyces israelii*;
 - г) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - д) *Porphyromonas gingivalis*.
38. Первым фиксируется на поверхности зуба при формировании зубной бляшки:
- а) *Actinomyces naeslundii*;
 - б) *Fusobacterium nucleatum*;
 - в) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*;
 - г) *Actinomyces israelii*;
 - д) *Streptococcus sanguis*.
39. Род микроорганизмов полости рта не принимающий активного участия в развитии пародонтита:
- а) *Peptostreptococcus*;
 - б) *Actinobacillus*;
 - в) *Porphyromonas*;
 - г) *Veillonella*;
 - д) *Prevotella*.
40. В пародонтальном кармане в больших количествах могут обнаруживаться дрожжеподобные грибы рода Кандида при :
- а) ювенильном пародонтите;
 - б) быстропрогрессирующем пародонтите;
 - в) пародонтите на фоне иммунодефицитов;

- г) пародонтите у беременных;
 - д) любой форме пародонтита.
41. Уровень резистентности организма к кариозному процессу снижают:
- 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.
42. При начальном кариесе в эмали происходит:
- а) нарушение белковой матрицы эмали;
 - б) дисминерализация и реминерализация;
 - в) деминерализация эмали;
 - г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;
 - д) резорбция эмали.
43. Кутикула представляет собой:
- а) производное гликопротеинов слюны;
 - б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа;
 - в) скопление микроорганизмов и углеводов;
 - г) совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл;
 - д) скопление микроорганизмов с органическими компонентами.
44. К минерализованным отложениям относятся:
- а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
 - б) пищевые остатки;
 - в) мягкий зубной налет;
 - г) налет курильщика;
 - д) налет разного происхождения.
45. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:
- а) связующими;
 - б) абразивными;
 - в) пенообразующими;
 - г) ароматизирующими;
 - д) лечебными.
46. Противокариозным действием обусловлено наличие в зубных пастах:
- а) фторид натрия;
 - б) триклозан;
 - в) бикарбонат натрия;
 - г) ксилитол;
 - д) альгинат натрия.
47. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:
- а) монофторфосфат натрия;
 - б) хлоргексидин;
 - в) пирофосфаты;
 - г) формальдегид;
 - д) карбонат кальция.
48. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:
- а) абразивные компоненты;
 - б) солевые добавки;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) фториды;
 - д) подсластители.

49. Для начала образования кислоты бактериальной бляшкой употребления сладкой пищи необходимо:

- а) несколько секунд;
- б) 10 минут;
- в) 15 минут;
- г) 20 минут;
- д) 1 час.

50. Основным фактором риска возникновения кариеса является:

- а) высокое содержание фторида в питьевой воде;
- б) неудовлетворительная гигиена полости рта;
- в) сопутствующие заболевания;
- г) социальный фактор;
- д) нерациональное питание.

2 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	отве т	№	отве т	№	отве т
1	а	11	б	21	в	31	г	41	б
2	б	12	б	22	б	32	а	42	б
3	г	13	в	23	а	33	г	43	б
4	г	14	в	24	б	34	б	44	а
5	в	15	а	25	в	35	б	45	а
6	в	16	б	26	б	36	д	46	д
7	в	17	в	27	б	37	а	47	а
8	в	18	в	28	г	38	д	48	а
9	в	19	в	29	а	39	г	49	а
10	б	20	а	30	б	40	в	50	б

3 ВАРИАНТ.

1. При нарушении функции глотания

клинически определяются нарушения состояния

- а)жевательных мышц
- б)всех мышц челюстно-лицевой области
- в)мышцы мягкого неба
- г)височные мышцы
- д)мышцы приротовой области

2. В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти

- а)для определения длины нижней челюсти
- б)для определения состояния зачатков
- в)для измерения размеров зубов нижней челюсти
- г)для измерения ширины зубного ряда
- д)для определения длины корней

3. Ортопантомографию челюстей в сменном прикусе используют

- а)для определения размеров челюстей
- б)для диагностики очагов одонтогенной инфекции
- в)для определения состояния суставов
- г)для определения наличия зачатка постоянных зубов
- д)для всего вышеперечисленного

4. Реография - это

- а)метод исследования диаметра кровеносных сосудов
- б)функциональный метод исследования кровоснабжения тканей организма
- в)метод исследования только венозных сосудов организма
- г)метод исследования подвижности зубов

- д)метод исследования кровеносной системы слизистой оболочки полости рта
5. Реографию в стоматологии целесообразнее всего применять
- а)для изучения функционального состояния пульпы
 - б)для диагностики кровоснабжения мышц
 - в)для диагностики заболеваний слизистой
 - г)для диагностики функционального состояния сосудов пародонта
 - д)не используется
6. Электромиография - это
- а)регистрация движений нижней челюсти
 - б)регистрация движений височнонижнечелюстного сустава
 - в)исследование гемодинамики пародонта
 - г)исследование лимфообращения
 - д)функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов
7. Для определения функциональной нагрузки в стоматологии используется
- а)ЭОД
 - б)ортопантомография
 - в)реопародонтография
 - г)гнатодинамометрия
 - д)электромиография
8. Какое функциональное задание используют при электромиографических исследованиях мышц челюстно-лицевой области в стадии отправного толчка при глотании?
- а)движение нижней челюсти в сторону
 - б)круговые движения языка
 - в)перемещение нижней челюсти вперед
 - г)открывание и закрывание рта
 - д)проглатывание воды
9. Физиологическому состоянию окологортовых мышц при глотании соответствует следующий лицевой признак
- а)губы слегка напряжены
 - б)отмечается напряжение мышц подбородка
 - в)напрягаются щечные мышцы
 - г)губы сомкнуты спокойно
 - д)напрягаются мышцы шеи
10. В детской стоматологии применяются нижеперечисленные методики рентгенологического исследования
- а)телерентгенография
 - б)ортопантомография
 - в)панорамная рентгенография
 - г)внутриротовая рентгенография
 - д)все перечисленные выше методики
11. Для профилактики аномалий прикуса в работу детской стоматологии в ДДУ целесообразно включать
- а)тренировку правильного смыкания губ
 - б)тренировку правильного положения языка в покое, в стадии отправного толчка при глотании
 - в)упражнения для формирования правильной осанки
 - г)тренировка носового дыхания
 - д)все перечисленное

12. Более эффективным периодом развития ребенка для профилактики аномалий прикуса является
- а) период новорожденности
 - б) грудной период
 - в) период дошкольного возраста
 - г) предшкольный период
 - д) школьный возраст
13. Целесообразными профилактическими мероприятиями, которые надо включить детскому стоматологу в работу комнаты здорового ребенка для детей грудного возраста являются
- а) обучение родителей правильному способу вскармливания ребенка
 - б) устранение вредных привычек
 - в) обучение родителей правильному положению ребенка в кровати
 - г) рациональному использованию соски-пустышки
 - д) все вышеперечисленное
14. На формирование аномалий прикуса у дошкольников не влияет
- а) ознакомление детей с различными этиологическими факторами, влияющими на формирование правильного прикуса
 - б) устранение активных привычек, способствующих развитию аномалий прикуса
 - в) обучение навыкам ухода за полостью рта
 - г) обучение правильному откусыванию и пережевыванию пищи
 - д) обучение правильной позе во время еды и сна
15. Для профилактики аномалий прикуса в работу детского стоматолога при санации полости рта дошкольников следует включить
- а) устранение вредных привычек
 - б) коррекцию неправильных окклюзионных контактов
 - в) тренировку носового дыхания
 - г) применение стандартных вестибулярных пластинок
 - д) все вышеперечисленное
16. В комплексном лечении тесного положения зубов во фронтальном участке нижней челюсти может быть использовано
- а) шлифование окклюзионных контактов
 - б) миогимнастика
 - в) нормализация носового дыхания
 - г) сепарация зубов
 - д) удаление зубов
17. При наследственной предрасположенности к увеличению размеров нижней челюсти целесообразно изготовление шапочки для фиксации
- а) вертикальной тяги
 - б) горизонтальной тяги
 - в) косой тяги
 - г) горизонтальной и косой тяги
 - д) односторонней тяги
18. Основное физиологическое назначение соски-пустышки - это
- а) обеспечение носового дыхания
 - б) предупредить вредную привычку сосания
 - в) успокоить при неприятных для ребенка ситуациях
 - г) сформировать рефлекс быстрого засыпания
 - д) обеспечить удовлетворение сосательного рефлекса после кормления
19. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить
- а) в 9-12 мес

- б) в 1.0-1.5 года
 - в) в 1.5-2.0 года
 - г) в 6-9 мес
 - д) не надо отучать вообще
20. Молочная соска для искусственного вскармливания должна быть
- а) длинной и упругой
 - б) длинной и мягкой
 - в) короткой и упругой
 - г) короткой и мягкой
 - д) любого вида из перечисленных
21. У ребенка после уранопластики сохраняется ринолалия. Часто болеет отитом. В настоящее время ребенок должен лечиться
- а) у хирурга-стоматолога
 - б) у логопеда
 - в) у отоларинголога
 - г) у логопеда и отоларинголога
 - д) в лечении не нуждается
22. Какую распространенность врожденных расщелин губы и неба Вы считаете более достоверными в экологически благополучном регионе?
- а) 1 : 1000
 - б) 1 : 2000
 - в) 1 : 3000
 - г) 1 : 5000
 - д) 1 : 10000
23. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) после 15 лет
24. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) в любом возрасте
25. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирование локального пародонтита в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) в любом возрасте
26. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте
- а) до 1 года
 - б) 1-3 лет
 - в) 3-6 лет
 - г) 6-8 лет
 - д) старше 8 лет

27. С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы
- а) диастема при отсутствии зачатков 2 \perp 2
 - б) нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии
 - в) плотное прилегание зачатков 2 \perp 2 к корням 1 \perp 1 при диастеме менее 2.5 мм
 - г) множественные тремы
 - д) диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов или зачатков фронтальной группы
28. Менее всего влияет на наличие диастемы в постоянном прикусе
- а) генетический вариант строения
 - б) наличие сверхкомплектных зубов
 - в) аномалия прикрепления уздечки верхней губы
 - г) вариант строения срединного небного шва
 - д) раннее удаление временных резцов
29. Абсолютным показанием к пластике уздечки верхней губы является
- а) нарушение смыкания губ при свободном носовом дыхании
 - б) диастема
 - в) факт наличия аномалии уздечки верхней губы
 - г) отсутствие закладки 2 \perp 2
 - д) множественные тремы
30. Аномалия уздечки нижней губы чаще приводит
- а) к дефекту речи
 - б) к локальному пародонтиту
 - в) к уплощению центрального фрагмента нижней челюсти
 - г) к нарушению соотношения челюстей
 - д) к веерообразному расхождению зубов
31. Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) 9-12 лет
 - д) 12-15 лет
32. Какой вариант лечения Вы выберете, выявив у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1 \perp 1?
- а) направлю удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
 - б) буду наблюдать за прибавлением веса ребенка
 - в) буду наблюдать за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
 - г) изготовлю каппу из быстротвердеющей пластмассы
 - д) определю тактику в зависимости от характера вскармливания ребенка
33. Симптомом адентии часто сопровождается
- а) эктодермальная дисплазия
 - б) расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
 - в) расщелина неба
 - г) врожденные кисты шеи
 - д) синдром I-II жаберных дуг
34. Какую патологию в первую очередь искать в челюстно-лицевой области, выявив у ребенка нарушения формы наружного уха?
- а) одностороннее недоразвитие челюстных костей
 - б) частичную адентию
 - в) наличие кист шеи
 - г) расщелину неба

- д) порок строения носа
35. При каком из перечисленных пороков может потребоваться новорожденному неотложная помощь?
- а) аномалия уздечки верхней губы
 - б) аномалия уздечки языка
 - в) расщелина верхней губы
 - г) свищ на губе
 - д) расщелина неба
36. Врожденный преддужный свищ осложняет
- а) кровоточивость
 - б) воспаление
 - в) озлокачествление
 - г) нарушение слуха
 - д) не вызывает осложнений
37. К врожденным нельзя отнести
- а) папиллому слизистой нижней губы
 - б) недоразвитие нижней челюсти
 - в) частичную адентию
 - г) короткую уздечку языка
 - д) ретенционную кисту малой слюнной железы
38. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться
- а) у хирурга-стоматолога
 - б) у хирурга-стоматолога и ортодонта
 - в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда
 - г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского
 - д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля
39. Прямым показанием к удалению сверхкомплектного зуба служит
- а) определение его наличия методом рентгенографии
 - б) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба групповой принадлежности (резцам)
 - в) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
 - г) задержка прорезывания или дистония комплектного зуба
 - д) не указан
40. В каком случае при пластике уздечки верхней губы показана комбинированная остеотомия?
- а) всегда показана
 - б) при диастеме, превышающей 2 мм и дивергенции корней
 - в) при выраженных фиброзных тяжах
 - г) при любой диастеме
 - д) не знаю
41. Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни?
- а) форма эллипса
 - б) трапециевидная
 - в) полукруглая
 - г) Y-образная
 - д) ни один из перечисленных
42. Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе?
- а) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
 - б) краевое смыкание резцов
 - в) фронтальные зубы верхней челюсти

- перекрывают нижние меньше, чем на 1/3
 г)отсутствие контактов между передними зубами
 д)наличие трем между передними зубами
43. Главным для характеристики прикуса у ребенка является
 а)количество зубов
 б)форма зубных рядов
 в)перекрытие фронтальных зубов
 г)положение зубов
 д)форма зубных рядов и их соотношение в состоянии центральной окклюзии
44. Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?
 а)каждый зуб имеет по одному антагонисту
 б)каждый зуб имеет по два антагониста
 в)каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров
 г)каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров
 д)каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов
45. Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали у детей до 1 года свидетельствует
 а)о подготовке к прорезыванию зубов
 б)о формировании открытого прикуса
 в)о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка
 г)о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении
 д)ни один из перечисленных ответов
46. Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует
 а)о формировании трансверзальных аномалий прикуса
 б)о формировании открытого прикуса
 в)о формировании перекрестного прикуса
 г)о формировании дистального прикуса
 д)правильный ответ не назван
47. Формирование какой функции зубочелюстной системы наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка у детей 9-12 месяцев?
 а)функция глотания
 б)функция дыхания
 в)функция сосания
 г)функция смыкания губ
 д)функция речи
48. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим?
 а)дистальное
 б)нейтральное
 в)антериальное
 г)правильный ответ не назван
 д)мезиальное
49. Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев относится к варианту нормы?
 а)дистальное

- б)нейтральное
- в)антериальное
- г)мезиальное
- д)правильный ответ не назван

50. В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором является

- а)генетическая обусловленность
- б)вредная привычка сосания языка
- в)нарушение носового дыхания
- г)нарушение осанки
- д)сосание соски

3 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	д	11	д	21	г	31	в	41	в
2	б	12	б	22	а	32	в	42	в
3	д	13	д	23	а	33	а	43	д
4	б	14	в	24	в	34	а	44	г
5	г	15	б	25	в	35	б	45	г
6	д	16	г	26	г	36	б	46	г
7	г	17	б	27	д	37	а	47	д
8	д	18	д	28	д	38	д	48	а
9	г	19	а	29	а	39	г	49	б
10	д	20	в	30	б	40	б	50	а

Вопросы для устного собеседования

1. Основы диагностики стоматологических заболеваний. Понятие здоровья, адаптации, болезни (нозология), этиологии, патогенеза, синдрома, симптома, семиотики (семиологии). Правила (алгоритм) диагностического процесса.
2. Медицинская карта стоматологического больного. Основные клинические методы обследования стоматологического пациента. Дополнительные методы обследования. Рентгенологические методы обследования. Клинические, функциональные, лабораторные методы обследования. Дополнительные методы обследования. Содержание и формулировка диагноза. Прогноз. Эпикриз.
3. Цель и задачи обезболивания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента: сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный.
4. Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии (показания, противопоказания).
5. Назовите виды обезболивания, используемые в стоматологии.
6. Назовите виды общего обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию общего обезболивания в стоматологии. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Посленаркозный период.
7. Назовите виды местного обезболивания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию местного обезболивания в стоматологии.
8. Какие формы лекарственных средств, используемых для аппликационной анестезии, вы знаете?
9. Назовите виды инфильтрационной анестезии.
10. Расскажите о препаратах, используемых для инфильтрационной анестезии.
11. Назовите препараты группы сложных эфиров. Назовите препараты группы амидов.

12. Какова цель использования вазоконстрикторов. Назовите их. Какой должна быть концентрация вазоконстрикторов, используемых для местной анестезии?
13. Перечислите инструменты, используемые для проведения анестезий, и методы их обработки.
14. Расскажите о методике проведения подслизистой, поднадкостничной, интрасептальной, интралигаментарной анестезий.
15. Назовите неинъекционные (апликационная, электроаналгезия) способы местной анестезии. Показания и методы проведения неинъекционной местной анестезии на верхней челюсти?
16. Перечислите отличительные особенности прямой и непрямой инфильтрационной анестезии верхней челюсти. В чем заключаются особенности инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.
17. Показания, техника и зона обезболивания при проведении туберальной анестезии.
18. Показания и метод проведения анестезии у большого небного отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
19. Показания и метод проведения анестезии у резцового отверстия. Обозначьте зону обезболивания при проведении резцовой анестезии.
20. Назовите ветви нерва, которые выключаются при мандибулярной анестезии. Показания и методика ее проведения.
21. Назовите ветви нерва, которые выключаются при инфраорбитальной анестезии. Показания и методика ее проведения.
22. Особенности инфильтрационного обезболивания инъекторами и карпульными анестетиками, показания и противопоказания к их применению.
23. Стволовая: (региональная) анестезия у овального и круглого отверстия.
24. Кариес зуба. Понятие. Классификация. Методика лечения.
25. Принципы и этапы препарирования кариозных полостей по Блеку.
26. Этапы препарирования кариозных полостей по Блеку. Выбор инструмента. Методика работы.
27. Основные требования, предъявляемые к сформированной кариозной полости.
28. Ретенционные пункты. Виды. Назначение.
29. Дополнительная площадка. Назначение. Требования, предъявляемые к дополнительной площадке. Особенности формирования при различных классах.
30. Парапальпарные штифты. Виды. Показания к применению, методика.
31. Кариозные полости I класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
32. Кариозные полости II класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
33. Кариозные полости III класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
34. Кариозные полости IV класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
35. Кариозные полости V класса по Блеку. Особенности препарирования. Ошибки. Профилактика.
36. Цель, этапы и особенности препарирования кариозных полостей под композиционные пломбировочные материалы.
37. Цель и этапы пломбирования кариозных полостей.
38. Пломбировочные материалы. Классификация. Выбор пломбировочного материала.
39. Постоянные пломбировочные материалы. Требования, предъявляемые к материалу.
40. Временные пломбировочные материалы. Показания к применению. Физико-химические свойства. Методика приготовления и пломбирования.
41. Постоянные пломбировочные материалы. Классификация. Сравнительная характеристика.

42. Стоматологические прокладки (лечебные, изолирующие). Назначение.
43. Лечебные стоматологические прокладки. Виды. Состав. Показания к применению. Методика пломбирования.
44. Изолирующие стоматологические прокладки. Виды. Состав. Назначение. Методика пломбирования.
45. Цементы. Классификация. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
46. Силикатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
47. Силикофосфатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
48. Амальгамы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования. Техника безопасности. Показания к применению.
49. Стеклоиономерные цементы: состав, свойства, назначение.
50. Композиционные пломбировочные материалы. Классификация. Показания к применению.
51. Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
52. Светоотверждаемые пломбировочные материалы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
53. Вспомогательные инструменты для пломбирования кариозных полостей. Матрицы, матрицедержатели, клинья. Назначение.
54. Отделка пломбы. Значение. Сроки проведения. Оценка качества пломбы.
55. Кариозные полости I класса по Блеку. Методика пломбирования.
56. Кариозные полости II класса по Блеку. Методика пломбирования.
57. Кариозные полости III класса по Блеку. Методика пломбирования.
58. Кариозные полости IV класса по Блеку. Методика пломбирования.
59. Кариозные полости V класса по Блеку. Методика пломбирования.
60. Контактный пункт. Физиологическое значение. Методика восстановления.
61. Кариес зуба. Этапы лечения.
62. Средний кариес. Методика и этапы лечения. Ошибки.
63. Глубокий кариес. Методика и этапы лечения. Ошибки.
64. Пульпит. Понятие. Классификация. Методы лечения.
65. Трепанация коронки интактного зуба при эндодонтических вмешательствах. Показания. Методика.
66. Методы обезболивания, применяемые в терапевтической стоматологии.
67. Особенности препарирования кариозной полости при эндодонтических вмешательствах. Требования к сформированной полости.
68. Метод витальной ампутации. Методика. Ошибки и их последствия.
69. Метод витальной экстирпации. Методика. Ошибки. Защита врача и больного от ВИЧ-инфекции.
70. Препарирование корневого канала: прохождение, расширение, формирование. Инструментарий. Методика. Ошибки.
71. Медикаментозная обработка корневых каналов, контроль чистоты канала.
72. Метод девитализации пульпы Методика проведения: вскрытие полости зуба, наложение мышьяковистой пасты, обезболивающих препаратов.
73. Метод девитальной экстирпации. Этапы. Ошибки.
74. Труднопроходимые (проблемные) корневые каналы. Причины. Методы и методика расширения корневых каналов.
75. Метод девитальной ампутации. Этапы. Ошибки и их последствия.
76. Методика эндодонтического лечения в многокорневых зубах: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Апекслокация.

77. Методы расширения корневых каналов: механический, химический, физический. Методика.
78. Методика расширения корневых каналов: от меньшего размера к большему (Step Back).
79. Методика расширения корневых каналов: от большего размера к меньшему (Crown Down). Ошибки при эндодонтических манипуляциях. Методы их предупреждения и устранения.
80. Периодонтит. Понятие. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов при периодонтитах.
81. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Классификация. Выбор пломбировочных материалов.
82. Сравнительная характеристика пломбировочных материалов для корневых каналов.
83. Методы и методика пломбирования корневого канала.
84. Штифты для корневых каналов. Виды. Методика пломбирования.
85. Методика пломбирования корневых каналов пастами, цементами. Оценка качества.
86. Методика пломбирования корневых каналов иглой, каналонаполнителем.
87. Распломбирование корневых каналов. Показания. Методика.
88. Организационные формы профилактики. Этиология болезней пародонта.
89. Клиника и диагностика болезней пародонта. Особенности обследования пациента с заболеваниями тканей пародонта.
90. Виды зубных отложений. Зубные отложения. Схема образования зубного камня. Влияние зубных отложений на возникновение стоматологических заболеваний. Оценка гигиенического состояния полости рта. Средства и инструменты, используемые при удалении зубных отложений.
91. Лечение болезней пародонта. Домашняя профилактика патологии пародонта. Профессиональная профилактика заболеваний пародонта. Мероприятия профессиональной профилактики заболеваний пародонта. Профессиональная профилактика на стадиях лечения заболевания пародонта.
92. Ручные инструменты для профессиональной чистки зубов. Машинные методы удаления зубных отложений.
93. Медикаментозная поддержка профессиональной профилактики. Профилактика кариеса корня.
94. Предупреждение рецидива пародонтального кармана. Профилактика пародонтита методами, препятствующими передаче микробов. Сохранение терапевтического успеха после лечения пародонта.
95. Рациональное питание в профилактике болезней пародонта. Дифференцированный выбор зубных паст. Массаж десен.
96. Хирургические методы лечения. Ортодонтические и ортопедические мероприятия.
97. Скрининг риска развития патологии пародонта. Гигиена полости рта с использованием фторидов.
98. Профилактика кариеса зубов. Индивидуальная профилактика кариеса.
99. Этиология кариеса зубов. Домашняя профилактика. Зубная бляшка. Питание и управление питанием. Гигиена полости рта. Средства для гигиены полости рта.
100. Фториды. Значение фторидов для профилактики кариеса зубов. Слюна и здоровье полости рта.
101. Профессиональная профилактика зубов. Определение риска возникновения кариеса зубов. Герметизация фиссур.
102. Профессиональная чистка зубов.
103. Реставрационная терапия, ориентированная на профилактику. Первичное лечение кариозного поражения.
104. Сохранение и коррекция имеющихся реставраций – ремонт реставраций. Коррекция цвета и формы зубов прямым методом.

105. Поддерживающая терапия. Профилактика прироста кариеса. Профилактика кариеса методами, препятствующими передаче микробов. Скрининг для оценки риска кариеса зубов.
106. Диагностика кариеса. Методы и вспомогательные средства. Кариес гладких и проксимальных поверхностей. Кариес ямок и фиссур. Кариес корня.
107. Документация и план лечения. Групповая профилактика кариеса зубов с использованием фторидов. Питание и кариес зубов.
108. Болезни зубов некариозного происхождения. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей. Гипоплазия. Эндемический флюороз зубов.
109. Аномалии развития, прорезывания зубов, изменение их цвета. Наследственные нарушения развития зубов. Формирования неполноценной эмали. Формирование неполноценного дентина.
110. Поражения зубов, возникающие после их прорезывания. Профилактика износа зубов. Клинические формы дефектов твердых тканей зуба. Дисколорит. Стирание твердых тканей зубов. Абразивный, клиновидный дефекты. Эрозия зубов, профилактика.
111. Медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зуба. Некроз твердых тканей зубов. Травма зубов. Основы для оценки методов диагностики и прогнозирования.
112. Рецессия десны. Обнажение фуркации. Профилактика лучевого поражения. Реконструктивная концепция ориентированная на профилактику.
113. Последствия потери зуба. Протез вместо утраченного зуба. Реставрационные концепции. Несъемное или съемное протезирование. Профилактика атрофии альвеолярного гребня. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
114. Групповая профилактика. Профилактика, стоматологическая помощь детям и обслуживание в дошкольных учреждениях и школе. Профилактика в ортодонтии. Профилактика функциональных и морфологических нарушений. Профилактические мероприятия в различные возрастные периоды. Профилактика функциональных нарушений зубочелюстных системы.
115. Лечебная гимнастика для нормализации функции мышц челюстно-лицевой области. Хирургические и терапевтические профилактические мероприятия.
116. Профилактика морфологических нарушений – аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии. Ортодонтия и риск кариеса зубов. Домашняя чистка зубов ортодонтическими пациентами. Профессиональная чистка зубов ортодонтических пациентов. Ранняя диагностика нарушений прикуса. Распознавание мукогингивальных проблем. Контроль смены зубов, контроль опорных зон. Подрывная резорбция и депрессия моляров. Смещение клыка.
117. Перекрестный прикус. Прогенические формы. Класс Энгля II, I. Глубокий прикус. Открытый прикус. Раннее распознавание: своевременное восприятие. Профилактика травмы защитой рта. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у беременных, детей и подростков.
118. Персонал, выполняющий мероприятия по индивидуальной профилактике. Планирование комплекса профилактических мероприятий с учетом особенностей стоматологического статуса.
119. Общие представления о заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Строение слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения СОПР. Патоморфологические процессы на СОПР. Профилактика травмы СОПР. Вирусные поражения СОПР.
120. Профилактика, ранняя диагностика и лечение карциномы и предраковых состояний в полости рта. Ранняя диагностика, лечение внеротовых злокачественных новообразований. Ответственность стоматолога при изменениях кожи и красной каймы губ.

121. Дифференциальный диагноз лейкоплакии. Ранняя диагностика/первичная профилактика. Вторичная профилактика/лечение. Табак, алкоголь и изменения слизистой оболочки рта. Небо курильщика, лейкедема, меланоз курильщика.
122. Анемия, лейкоз, буллезные дерматозы. Гепатиты, синдромы, инфекционные заболевания. Профилактика, диагностика, лечение.
123. Общие вопросы стоматологии детского возраста. Профилактика стоматологических заболеваний. Диспансеризация детского населения у стоматолога.
124. Обезболивание. Интенсивная терапия. Реанимация.
125. Организация стоматологической помощи детского возраста. Особенности обследования стоматологического больного в стоматологии детского возраста.
126. Анатомия зубочелюстной системы. Стадии развития зуба. Развитие временных и постоянных зубов. Общее строение зуба. Механизм смены зубов. Зубная формула во временном, сменном и постоянном прикусе. Временный и сменный прикус. Постоянный прикус. Группы зубов временного прикуса, сроки прорезывания, сроки минерализации и сроки смены временных зубов. Группы зубов постоянного прикуса и сроки прорезывания.
127. Клинические особенности анатомо - гистологического строения зубов. Анатомия временных зубов. Анатомия постоянных зубов. Зубная дуга. Альвеолярная дуга. Апикальная (базальная) дуга. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубов. Анатомическая и клиническая коронка зуба. Анатомическая и клиническая шейка зуба. Поражения твердых тканей зуба. Процессы де- и реминерализации эмали.
128. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.
129. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Болезни пародонта. Строение пародонта. Функции пародонта. Десневая бороздка. Десневая жидкость. Зубодесневое соединение. Периодонт.
130. Врожденные пороки развития лица, челюстей и зубов. Аномалии развития СОПР. Сверхкомплектные зубы. Расщелины лица. Пороки развития верхней губы. Расщелины неба.
131. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Повреждение зубов, челюстных костей и мягких тканей лица.
132. Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и костей лица. Особенности опухолей у детей. Новообразования мягких тканей полости рта, лица и шеи. Опухоли и дисплазии лицевых костей.
133. Анатомия зубочелюстной системы. Нормальное развитие зубочелюстной системы. Период внутриутробного развития. Анатомо - физиологические основы челюстно-лицевой области. Основы гнатологии. Основные положения гнатологии.
134. Процесс функционирования зубочелюстной системы. Реконструктивные формы лечения зубов, зубных рядов и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Стоматогнатическая система. Функции стоматогнатической системы.
135. Жевательный аппарат. Биомеханика жевательного аппарата. Компоненты жевательной системы и функциональное взаимодействие. Структуры стоматогнатической системы. Основные понятия и термины в гнатологии. Биодинамика прикуса. Окклюзия. Виды и компоненты окклюзии. Центральная окклюзия. Контакты зубов при центральной окклюзии. Передняя окклюзия. Задняя контактная окклюзия. Боковая (трансверзальная) окклюзия.
136. Патологическая окклюзия. Травматическая окклюзия. Ретрузия. Протрузия. Латеротрузия. Рабочая сторона. Балансирующая сторона. Медиотрузия. Парафункции. Дизокклюзия. Окклюзионная плоскость. Окклюзионная поверхность. Артикуляция («динамическая окклюзия»).
137. Прикус. Физиологические виды прикуса. Аномалийные виды прикуса. Высота окклюзии. Положение физиологического покоя. Высота покоя. Межокклюзионное пространство.

138. Строение ВНЧС. Височный компонент сустава. Нижнечелюстной компонент сустава. Регуляция движений в ВНЧС. Сознательные, рефлекторные и ритмичные движения. Движения нижней челюсти. Движения нижней челюсти в сагитальной плоскости. Открывание и закрывание рта. Движения нижней челюсти в трансверсальной плоскости. Жевательная функция. Цикл жевательных движений по U.Posselt в трех плоскостях. зубочелюстных аномалий.
139. Этиология зубочелюстных аномалий. Обоснование ортодонтического лечения. Прикус. Классификация физиологических типов прикуса. Классификация аномалий зубов и челюстей. Классификация аномалий прикуса.
140. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Биологические основы ортодонтического лечения. Этиология и классификация прикуса. Лечение во время прорезывания зубов. Челюстно-лицевой рост, клеточные основы перемещения. Ортодонтическая оценка. Цефалометрия.
141. Ортодонтическое лечение взрослых пациентов. Ортодонтия и ортодонтическая хирургия. Расщелина губы и твердого неба и другие челюстно - лицевые аномалии. Первая помощь в ортодонтии.
142. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Сагитальная, фронтальная и сагитальная плоскости. Схема плоскостей. Оклюзионная (жевательная) плоскость. Компенсационная кривая Уилсона. Сагитальная кривая Шпее. Камперовская линия (горизонталь). Франкфускрсткая горизонталь. НРР- плоскость (Namusulus Incisive Papilla). Горизонтальная плоскость черепа. Протетическая плоскость. Соотношение челюстей. Центральное соотношение челюстей. Шарнирная ось.
143. Прикус. Классификация ортодонтических аппаратов. Брекет – система (лечебный, внутриротовой, назубный, несъемный, механически действующий аппарат). Морфологические изменения в зубочелюстной системе под влиянием ортодонтического лечения. Ортодонтический инструментарий.
144. Строение зубов и основы моделирования. Принципы препарирования под ортопедические конструкции.
145. Вкладка (вставка, inlay, onlay, overlay, pinlay), виниры. Микропротез. Методы изготовления и материалы под вкладки. Понятие о восстановлении разрушенных коронок зубов. Подготовка корней под литые культевые вкладки.
146. Искусственные коронки. Показания и противопоказания к применению коронок. Принципы препарирования под коронки.
147. Ортопедические методы замещения дефектов зубов. Классификация дефектов зубных рядов. Классификация дефектов протезов.
148. Артикуляторы. Классификация артикуляторов. Биомеханика нижней челюсти. Изменения височно-нижнечелюстного сустава в связи с потерей зубов.
149. Замещение дефектов зубного ряда различными видами несъемных мостовидных протезов.
150. Понятие об адгезионных мостовидных протезах и протезах с использованием имплантатов.
151. Конструкция современного съемного протеза. Фиксация частичных съемных протезов.
152. Планирование конструкции дугового протеза. Анатомио – физиологические основы челюстно-лицевой области.
153. Степень податливости слизистой оболочки. Буферные зоны слизистой оболочки протезного поля.
154. Выбор конструкции съемного протеза от особенностей строения слизистой оболочки протезного поля. Введение в гнатологию. Биомеханика зубочелюстной системы. Законы артикуляции.
155. Конструкция съемного протеза. Искусственные зубы. Способы фиксации частичных съемных протезов. Конструкции кламмеров. Классификации кламмеров.

- Материалы для изготовления кламмеров. Балочные крепления. Замковые крепления (атачменты).
156. Протезирование дефектов зубных рядов бюгельными протезами. Окклюлятор. Методы изготовления бюгельных протезов (КХС). Принципиальные различия отливки восковых деталей. Технологический процесс изготовления цельнолитого каркаса. Папаллелометр. Конструкции бюгельных протезов по А.Д.Шварцу при I-IV классу по Кеннеди.
 157. Симптоматика полной потери зубов, диагностика, план протезирования, специальная подготовка и фиксация полного съемного протеза. Протезирование при полном отсутствии зубов. Классификация беззубых челюстей. Фиксация и стабилизация съемных пластиночных протезов. Этапы протезирования при полном отсутствии зубов. Функциональные слепки. Индивидуальная ложка. Определение центрального соотношения челюстей. Определение высоты прикуса. Центральная окклюзия. Постановка искусственных зубов. Смешанная постановка зубов. Ближайшие и отдаленные результаты протезирования.
 158. Челюстно-лицевая ортопедия и травматология. Ортопедическое лечение больных с переломами челюстей, последствий травмы челюстей. Протезирование после резекции челюстей. Протезирование больных с приобретенными дефектами твердого и мягкого неба. Ортопедические аспекты лечения.
 159. Протезирование при дефектах лица (экзопротезы). Ортопедическая помощь при восстановительной хирургии лица и челюсти. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта и ВНЧС.
 160. Эндодонтия. Основные клинико-анатомические понятия. Неотложная помощь в эндодонтии. Эндодонтическая подготовка к проведению хирургических методов лечения заболеваний пульпы и периодонта.
 161. Стоматогенный очаг инфекции, очагово-обусловленные заболевания. Гистология и физиология пульпы. Функции пульпы. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинике пульпита. Влияние на пульпу зуба факторов старения и патологических состояний организма.
 162. Клиническая характеристика пульпита. Пульпит. Классификация. Острые формы пульпита. Хронические формы пульпита. Хронические формы пульпита в стадии обострения. Ретроградный пульпит. Клиника,
 163. диагностика, дифференциальная диагностика. Ошибки в диагностике пульпитов. Методы лечения пульпитов. Гистология и физиология периодонта. Функции периодонта. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинике периодонта. Влияние на периодонт зуба факторов старения и патологических состояний организма.
 164. Клиническая характеристика периодонтита. Современные методы лечения периодонтита в зависимости от формы. Лечение острого апикального периодонтита. Лечение хронического апикального периодонтита. Комплексное лечение верхушечного периодонтита. Консервативные методы лечения периодонтита. Повторное эндодонтическое лечение. Роль физиотерапии в лечении верхушечного периодонтита.
 165. Предмет и основные этапы развития хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Организация хирургической стоматологической помощи больным с патологией челюстно – лицевой области. Контроль инфекции в хирургической стоматологии.
 166. Обследование хирургического стоматологического больного. Удаление зубов.
 167. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно – лицевой области. Периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона лица и шеи. Болезни прорезывания зубов. Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи. Специфические инфекционные воспалительные заболевания лица и шеи, полости рта, челюстей.

168. Инфекционные и протозальные заболевания и поражения челюстно – лицевой области и полости рта. Заболевания и повреждения слюнных желез. Диагностика и лечение осложнений воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области.
169. Неогнестрельные и огнестрельные повреждения, ожоги, отморожения, лучевые поражения челюстно – лицевой области. Заболевания и поражения нервов лица и челюстей. Заболевания и поражения височно -нижнечелюстного сустава.
170. Кисты челюстей. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно – лицевой области.
171. Врожденные пороки челюстно – лицевой области и шеи. Восстановительные операции на мягких тканях лица и шеи. Костная пластика нижней челюсти. Аллопластика височно -нижнечелюстного сустава. Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей. Хирургическое лечение посттравматических деформаций лицевого черепа. Компрессионно –дистракционные методы лечения при реконструкции верхней и нижней челюстей.
172. Основы эстетической хирургии лица и шеи. Основы эндопротезирования и эктопротезирования лица. Зубная и челюстно – лицевая имплантация. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.
173. Классификация материалов, применяемых в стоматологии, оттисковые материалы. Характеристика оттисков (слепков) и методика их получения. Ложки для оттисков.
174. Металлы и сплавы. Полимеры. Керамика (стоматологический фарфор, ситталы).
175. Моделировочные, формовочные, абразивные материалы.
176. Фиксирующие материалы (временные и постоянные), применяемые в ортопедической стоматологии.
177. Стоматологические цементы (минеральные и полимерные). Механизмы соединения цемента с культей препарированного зуба.
178. Композиционные материалы («цементы») и алгоритм их применения для постоянной фиксации различных несъемных протезов.
179. Стоматологическое материаловедение. Классификация материалов и требования предъявляемые к ним.
180. Современные пломбировочные материалы и технологии, используемые при лечении кариеса. Понятие «пломбирование» и «реставрация» зуба. Требования к «идеальному» пломбировочному материалу.
181. Варианты наложения постоянных пломб, изолирующих и лечебных прокладок. Классификация пломбировочных материалов.
182. Современные инструменты и аксессуары для пломбирования дефектов твердых тканей зубов, шлифования и полирования пломб.
183. Материалы для повязок, временных пломб, лечебных прокладок. Стоматологические цементы. СИЦ.
184. Композиционные материалы. Компомеры. Ормокеры. Наноккомпозиты. Общие сведения: состав, способы отверждения, полимеризационная усадка. Адгезивные технологии при пломбировании композитами. Методики клинического применения композитов.

Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- Алгоритм проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- Алгоритм методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- Алгоритм основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм

собственности;

- Алгоритм требования к «врачу-стоматологу-общей практики», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- Алгоритм общих принципов статистических методов обработки медицинской информации;
- Алгоритм основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- Алгоритм организации стоматологической помощи населению;
- Алгоритм проявления клиники и течения стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- Алгоритм выполнения местного обезболивания в практике стоматологии терапевтической;
- Алгоритм комплексного лечения больных с воспалительными заболеваниями, травмой и новообразованиями челюстно-лицевой области;
- Алгоритм выполнения с хирургического лечения заболеваний пародонта; перспективы использования биокomпозиционных материалов и мембран для остеорегенерации при данной патологии;
- Алгоритм диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований в ЧЛЮ;
- Алгоритм выполнения принципы диагностики и стоматологического лечения основных стоматологических заболеваний с учетом эстетических, фонетических и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей течения заболевания, на фоне соматической патологии, при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта, явлениях непереносимости зубных протезов у больных разных возрастных групп, в том числе с применением методов стоматологической имплантации;
- Алгоритм ведения диспансерного наблюдения за пациентами, получившими стоматологическое лечение;
- Алгоритм основы биомеханики зубочелюстной системы в норме и патологии;
- Алгоритм обследования, диагностики и стоматологического лечения больных с патологией окклюзии зубных рядов;
- Алгоритм диагностики и стоматологического лечения больных с функциональной патологией ВНЧС;
- Алгоритм врачебной этики и деонтологии при лечении больных с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов.
- Алгоритм выполнения оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- Алгоритм выполнения организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- Алгоритм выполнения составить трудовой договор (контракт) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- Алгоритм выполнения подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-общей практики»;
- Алгоритм выполнения организовать повседневную работу врача-стоматолога-общей практики и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
- Алгоритм выполнения оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
- Алгоритм выполнения пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;

- Алгоритм выполнения использовать персональный компьютер для создания базы данных о пациентах, нормативных документов и составления статистических отчетов;
- Алгоритм выполнения оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
 - Алгоритм анализировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов с функциональной патологией ВНЧС и дефектами и деформациями зубных рядов;
 - Алгоритм планировать стоматологический этап комплексного лечения больных:

Задачи

Задача №1

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм 54 с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные Р-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта.
4. Наметьте план лечения.
5. Какие рекомендации по поводу санации полости рта необходимы?
6. К какой нозологической форме по классификации относится данная патология?
7. Какие физиотерапевтические процедуры показаны? Показаны ли физиотерапевтические процедуры? Какие?
8. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Задача № 2

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени. 55 Зубная формула: О R П С О О С ПО О На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план санации полости рта.
4. Наметьте мероприятия по общей терапии.
5. Последовательность местной терапии.
6. Необходимые физиотерапевтические процедуры.
7. Рекомендации на дому.

Задача № 3

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте план общей терапии.
5. Наметьте план местной терапии.
6. Какие хирургические вмешательства возможны?
7. Возможно ли физиотерапевтическое лечение.
8. Профилактические мероприятия.

Задача № 4

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, $t-38^{\circ}\text{C}$, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно - гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены?
5. План общей терапии.
6. План местной терапии.
7. Рекомендации по поводу санации полости рта.
8. Физиотерапевтические процедуры.

Задача № 5

Больной З., 34 года, обратился с жалобами на подвижность зубов верхней и нижней челюстей, неприятный запах изо рта, гноетечение из-под десны, частые фазы абсцедирования. При объективном исследовании определяется большое количество над- и поддесневого зубного камня, мягкого налета, гноетечение из пародонтальных карманов, подвижность зубов III степени. Десна на верхней и нижней челюсти гиперемирована, отёчна, пародонтальные карманы глубиной 6 -7 мм. При обследовании выявлены хронические заболевания внутренних органов, нарушение иммунного статуса.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Какие пробы и индексы необходимо провести?
4. В чём заключается комплексность общей терапии?
5. Местная терапия. 6. Какие хирургические вмешательства возможны?
7. Возможен ли комплекс физиотерапевтических вмешательств?
8. Рекомендации на дом.

Задача № 6

Больной М. обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на неприятный запах изо рта, ощущение дискомфорта в полости рта, слабость, высокую температуру. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Около 1 года назад ему была проведена гемотрансфузия, после ДТП. У больного наблюдается: сухой кашель без причины, потеря сна, потливость, диарея в течение месяца. Объективно: обильный творожистый налет бело-желтого цвета на языке, изъязвления на слизистой оболочке полости рта, в областях моляров обилие мягкого налета, при удалении которого обнажается кровоточащая эрозированная поверхность. Гигиеническое состояние неудовлетворительное. ГИ = 5. На боковых поверхностях языка и слизистой щек по линии смыкания зубов имеются отпечатки зубов, налет на зубах легко снимающийся. Множественный кариес. В области моляров отмечаются пародонтальные карманы. На десне – язвы с глубокими, неровными, подрытыми краями, десна отечна, гиперемирована, межзубные сосочки некротизированы на всем протяжении верхней и нижней челюстей. Десна покрыта обильным налетом, при снятии которого обнажается язвенная поверхность. На R – грамме отмечается остеопороз вершин межзубных перегородок.

1. Предварительный диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. Дополнительные методы, необходимые для уточнения диагноза.
4. Симптомы, характерные для данного заболевания.
5. Каковы причины общего недомогания, слабости и дискомфорта?
6. Врачебная тактика.
7. Прогноз.

Задача № 7

Больной К., 45 лет, обратился с жалобами на необычный вид слизистой оболочки, чувство жжения, особенно при приеме раздражающей пищи. Курит с 20 лет. При осмотре полости рта, на слизистой оболочке щеки справа, в области моляров имеется пятно, представляющее собой помутнение эпителия с четкими границами, белесоватого цвета, не выступающее над уровнем окружающих участков слизистой оболочки. Пятно расположено на видимо не измененном фоне слизистой оболочки полости рта, при соскабливании не снимается.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы данного заболевания.
3. Классификация.
4. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
5. Назначьте лечение.

Задача № 8

Больной Е. 47 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на кровоточивость десен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта. В анамнезе – хронический гипертрофический гастрит. При осмотре – обильный мягкий зубной налет, наддесневой и поддесневой зубной камень. В области 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 45, 46, 47 пародонтальные карманы размером 4-5 мм. Зубы 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 45, 46, 47 имеет II степень подвижности в вестибуло - 60 оральном и медио - дистальном направлении. На ортопантограмме – снижение высоты деструкция костной ткани смешанного типа с преобладанием вертикального типа межзубных перегородок на 1/2 длины.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины возникновения данного заболевания.
3. Провести дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Назначить план лечения.

Задача № 9

Больная И. 46 лет обратилась в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на зуд, жжение в полости рта. Из анамнеза – принимала длительное время антибиотики. Объективно: на слизистой оболочке переходной складки и щеки белесоватый творожистый налет. При соскабливании налет легко снимается, обнаруживается гиперемированная, некровоточащая поверхность.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для установления диагноза?
3. Опишите этиологию, патогенез данного заболевания.
4. Классификация, дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями.
5. Составьте план лечения. .

Задача № 10

Больная 7 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на высокую температуру тела, боли в верхней челюсти слева, затрудненный прием пищи, болеет 4 сутки. Объективно: на твердом небе слева в проекции 64 отмечается выбухание слизистой оболочки размером 15x15x10 мм, слизистая оболочка гиперемирована, напряжена, при пальпации резко болезненна. В 64 кариозная полость сообщается с полостью зуба, перкуссия положительная, зуб подвижен.

1. Этиология и патогенез.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Лечение.
5. Профилактика.

Задача № 11

Больная родилась с опухолевидным образованием в подглазничной области. Кожа над опухолью ярко-красного цвета, размер 51 опухоли 10,0 x 15,0 мм, она возвышается над кожей до 1,0 мм. Поверхность мелко бугристая, при надавливании пальцем бледнеет.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Способы лечения.
5. Диспансерное наблюдение.

Задача № 12

Больной 5 лет доставлен скорой помощью по поводу травмы средней зоны лица. 45 минут назад во время игры упал, ударился лицом. Кратковременная потеря сознания, отмечалась тошнота и рвота. При внешнем осмотре лица определяются множественные ссадины кожи наружного носа, верхней губы и подбородка. Кожа в данных областях отечна. Из правого носового хода кровянистое отделяемое. На верхней губе справа рана в вертикальном направлении длиной 1,0 см, рана проникает через все слои губы. Слизистая оболочка вокруг раны отечная, синюшного оттенка. Также имеется рана по переходной складке в проекции 11, 21. Данные зубы смещены в небную сторону, имеется разрыв слизистой оболочки в области этих зубов.

1. Врачи-специалисты, привлекаемые к лечению данного больного.
2. Диагноз.
3. Методы обезболивания
4. Сроки лечения больного.
5. Принципы лечения. реабилитации.

Задача № 13

Больная 6-ти лет поступила с жалобами на ограниченное открывание рта. Из анамнеза: затрудненное открывание рта отмечается со 2 года жизни ребенка. При родах ребенка применялась операция наложения акушерских щипцов. 52 При клиническом и

рентгенологическом исследовании выявлено уменьшение в размерах тела и ветви нижней челюсти слева, изменение формы суставной головки. Открывание рта между передними зубами до 1,0 см.

1. Патогенез деформации.
2. Диагноз заболевания.
3. Этапы и способы лечения.
4. Исход лечения.
5. Особенности диспансерного наблюдения.

Задача № 14.

Составьте план поэтапного лечения для больного с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба

Задача № 15

Больной 8 лет поступил в стоматологическое отделение с опухолевидным образованием на нижней челюсти справа. Местно: лицо без особенностей, открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта в цвете не изменена. Кариозный 85 зуб, перкуссия его безболезненная. Коронки 83 и 85 зубов конвергируют. Со стороны преддверия полости рта в проекции 85 определяется выбухание наружной кортикальной пластинки. Симптом «пергаментного хруста» положительный. На рентгенограмме нижней челюсти справа определяется деструкция костной ткани в проекции корней 85, 84 и 83 зубов овальной формы, с четкими границами и зоной склероза. Корни 84 проецируются в зоне деструкции. Зачаток 45 смещен к нижнему краю челюсти.

1. Этиология и патогенез данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагноз.
4. Способы лечения.
5. Исход заболевания. 53

Задача № 16

Больная 2-х месячного возраста поступила в хирургическое отделение детской краевой больницы с левосторонней врожденной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба.

1. Этиология и патогенез.
2. Клиническая картина.
3. Анатомические и функциональные нарушения в организме ребенка.
4. Классификация.
5. Программа реабилитации.

Задача № 17.

Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
3. Фазы адаптации к съемным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.

5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.
6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия? Перечислить последовательность этапов данного метода.

Задача № 18

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.
5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
6. Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.

Задача № 19

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ваш план ортопедического лечения.

Задача № 20

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

Задача № 21

Больной А. 54 года, проходивший лечение у стоматолога предьявляет жалобы на субфебрильную температуру тела, потливость, похудение. Больному 1 год назад было сделано переливание крови. Объективно: кожные покровы лица и шеи сухие, слизистая красной каймы губ покрыта сухими чешуйками с приподнятыми краями. Застойная гиперемия. Глубокий прикус (глубокой резцовое перекрытие), отсутствие гигиены – обильное отложение мягкого налета, запах изо рта, язык покрыт белым, легко снимающимся налетом в виде творожистых масс. Наличие кариеса и его осложнений.

1. Основные пути передачи ВИЧ.
2. Назовите группы риска.

3. Описать вирус иммунодефицита человека.
4. Каков инкубационный период.
5. Ранние признаки ВИЧ – инфекции.
6. Стадии ВИЧ – инфекции.
7. Меры профилактики ВИЧ – инфекции.

Задача № 22.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 49 лет с жалобами на наличие припухлости в области угла нижней челюсти справа, общую слабость, плохой сон, плохой аппетит, наличие повышенной (до 37,6*С) температуры. В анамнезе: в течение трёх лет состоит на учёте у фтизиатра по поводу специфического процесса в правом лёгком и поражения правого тазобедренного сустава. Реакция Манту, проведенная месяц тому назад, дала положительный результат. Считает себя больным около 2 месяцев, когда появились боли в 48 зубе, а затем припухлость в области угла нижней челюсти справа. По месту жительства стоматологом была произведена периостотомия в ретромоллярном треугольнике, назначены антибиотики, сульфаниламиды. Состояние улучшилось, но спустя несколько дней вновь появилась болезненная припухлость в этой же области, которая, несмотря на продолжающееся лечение, неоднократно возобновлялась. В итоге хирург удалил 48 зуб, а через 10-12 дней на коже в области припухлости был произведен разрез, из которого выделялся густой гной, а затем творожистоподобная масса. При обострениях повышалась температура тела до 38-38,5°С. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°С. В полости рта, в проекции удалённого 48 зуба, имеется неправильной формы язва с кратерообразными стенками. Имеется грязно-жёлтый налёт. С 101 Пальпация вокруг язвы, особенно её стенок, резко болезненна. Из свища в проекции угла нижней челюсти справа (где раньше был сделан разрез) выделяется в небольшом количестве густой зеленоватый гной с казеозным распадом. На представленной рентгенограмме тела и ветви нижней челюсти справа на фоне остеопороза определяются единичные, различной величины и формы костные дефекты неправильной формы, с нечёткими контурами.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Этиология данного заболевания.
4. Определите тактику врача поликлиники по отношению к данному больному.
5. Какое лечение необходимо провести и в условиях какого стационара?
6. В чём конкретно будет заключаться стоматологическая помощь?
7. Возможный исход данного заболевания?

Задача № 23.

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил 102 противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°С. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в

центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте адекватное комплексное лечение.
4. Опишите характер операции.
5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?
6. Возможные осложнения?

Задача № 24.

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстнолицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность 103 носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадичелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровяным сгустком, покрытым сероватогрязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Классификация заболеваний.
3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче?
4. Составьте план лечения.
5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов.
6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Задача № 25.

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством 104 свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал больному поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °C. Такая температура была на протяжении

всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромолярном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон» из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз?
3. Объясните сущность дистопии и ретенции.
4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани?
5. Что такое «капюшон»?
6. В чём будет заключаться лечение?

Задача № 26.

Больная в возрасте 29 лет обратилась в стоматологическую поликлинику по месту постоянного жительства с жалобами на появившееся покраснение кожных покровов лица, захватывающее области щеки слева и справа, носа и верхней губы слева, с ощущением жжения и зуда, слабость, высокую температуру до 39° С, озноб. Неделю тому назад перенесла простудное заболевание, после чего на верхней губе слева появился прыщ, который безуспешно пыталась выдавить. Больной себя считает третий день. Без видимых причин на коже левой щеки появилось красное жгучее пятно, быстро увеличивающееся в размерах, захватывая другие участки лица. За медицинской помощью не обращалась, несмотря на ухудшение состояния. Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Настроение подавленное. Температура тела 39,2° С, кожные покровы несколько бледны. Местно: на коже левой и правой щек, носа и верхней губы слева определяются возвышающиеся над поверхностью кожных покровов участки гиперемии, соединенные между собой узкими перемычками. В целом складывается картина, напоминающая «крылья бабочки». Кожа в зоне гиперемии, похожей на «языки пламени», лоснится, напряжена и отечна. Здесь же больным отмечается жгучая боль, зуд. В поднижнечелюстных областях с обеих сторон пальпируются болезненные, увеличенные лимфатические узлы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие другие формы имеет данное заболевание?
3. Определите тактику врача поликлиники.
4. Этиологии и патогенез.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Составьте план лечения.
7. Возможные варианты исхода заболевания.
8. Требуется ли карантинные мероприятия? В чём они заключаются?

Задача № 27.

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в

поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, 107 изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.

2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?

3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?

4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Задача № 28.

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей 108 боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний.. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей

весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Какие дополнительные методы исследования можно провести?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Объем лечения в условиях поликлиники.
6. Объем лечения в условиях стационара.
7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде.
8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Задача № 29.

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевают интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц всегда при приеме пищи появлялись боли более резкие по сравнению с предыдущими. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Назовите варианты методик хирургического лечения данной патологии.

Задача № 30.

Больной 47 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие болезненной припухлости в позадичелюстной области справа. Боли усиливаются при приеме пищи, приобретая колющий характер. Отмечается также сухость в полости рта, бессонница, повышенная температура тела до 38,5°C. Заболел три дня назад, когда появилась, постепенно увеличивающаяся в размерах, припухлость в околоушной и позадичелюстных областях с нарастанием интенсивности боли и ухудшением общего состояния. Больной 2 месяца назад оперирован по поводу злокачественной опухоли желудка. Аналогичное состояние было 6-7 месяцев тому назад. Объективно: общее состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Местно: при внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет припухлости, захватывающей позадичелюстную, подмассетериальную и поднижнечелюстную области. Мочка правого уха оттопырена. Открывание рта ограничено до 1,5 см. Естественные складки в этих областях сглажены. Кожа в центре припухлости гиперемирована, отёчна, пальпация в этом участке болезненна. В полости рта: слизистая оболочка вокруг зияющего устья правого стенонова протока гиперемирована, отечна. При массировании железы от центра к периферии из устья протока выделяется вязкая, тягучая слюна в небольшом количестве. Язык обложен сероватым налетом. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щек с обеих сторон имеются участки III гиперкератоза с белесоватыми пятнами. На рентгенограммах околоушной области наличие конкрементов в околоушной слюнной железе не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте информацию о причинах и механизме развития данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение в поликлинике и стационаре.
5. Возможные осложнения. Прогноз.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» – количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» – количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» – количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» – количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«**Отлично**» – всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» – полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» – знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» – обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«**Отлично**» – правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«**Хорошо**» – ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«**Удовлетворительно**» – ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма

провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» – не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» – правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» – правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» – правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».