

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

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » *сентябрь* 20 *21* 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 (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности  
**31.08.73 «Стоматология терапевтическая»**

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

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-терапевту», 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 терапевтической стоматологической помощи населению;
- особенности проявления клиники и течения терапевтических 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;
- 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;
- слюнную 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;
- взаимодействие врача-стоматолога-терапевта и врача-стоматолога-хирурга при

комплексном лечении 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 терапевтическом стоматологическом приеме; виды наркоза, медикаментозное и техническое обеспечение;
- общие осложнения местной анестезии; клиника, диагностика, мероприятия неотложной помощи;

**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 терапевтическом 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-терапевт»;
- организовать повседневную работу врача-стоматолога-терапевта 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-терапевта;

- 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 терапевтических стоматологических заболеваний;

**владеть навыками:**

- 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 пломбирочными материалами различных групп;
- проведение необходимых эндодонтических мероприятий на фантомах и моделях, удаленных зубах.

## 2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

Код компетенции и её содержание		Этап формирования компетенции
<b>Универсальные компетенции (УК)</b>		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	текущий
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	текущий
<b>Профессиональные компетенции</b>		
<i>Профилактическая деятельность</i>		
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 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	текущий

	обитания.	
<b>ПК-2</b>	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	текущий
<b>ПК-3</b>	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	текущий
<b>ПК-4</b>	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	текущий
<b><i>Диагностическая деятельность</i></b>		
<b>ПК-5</b>	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	текущий
<b>ПК-6</b>	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках анестезиологии - реаниматологии.	текущий
<b><i>Лечебная деятельность</i></b>		
<b>ПК-7</b>	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	текущий
<b>ПК-8</b>	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	текущий
<b><i>Реабилитационная деятельность</i></b>		
<b>ПК-9</b>	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	текущий
<b><i>Психолого-педагогическая деятельность</i></b>		
<b>ПК-10</b>	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	промежуточный
<b><i>Организационно-управленческая деятельность</i></b>		
<b>ПК-11</b>	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	промежуточный
<b>ПК-12</b>	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный
<b>ПК-13</b>	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный

**3. СООТВЕТСТВИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ ФУНКЦИЯМ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА**

Компетенции	Результаты освоения программы практики							
	Освоение методов санитарно-просветительной работы по воспитанию населения	Освоение методов профилактической работы, направленной на выявление	Овладение навыками ведения утвержденных форм учетной и отчетной	Овладение навыками оказания неотложной помощи пациентам по	Освоение принципов оказания консультативной помощи по	Освоение принципов ведения лечебных и реабилитационных	Ведение научных исследований о современных методах	Овладение установленным порядком правил проведения
УК-1	+	+	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+						
ПК-1	+	+					+	
ПК-2		+						
ПК-3				+				
ПК-4	+							+
ПК-5				+				
ПК-6			+					+
ПК-7					+	+		
ПК-8				+	+	+		
ПК-9					+	+		
ПК-10	+	+			+	+		
ПК-11		+	+					+
ПК-12			+		+	+		
ПК-13			+	+				

## 4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ (Б 2)

### Тесты

#### 1 ВАРИАНТ.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. К минерализованным отложениям относятся:
  - а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
  - б) пищевые остатки;
  - в) мягкий зубной налет;
  - г) налет курильщика;
  - д) налет разного происхождения.
5. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:
  - а) связующими;
  - б) абразивными;
  - в) пенообразующими;
  - г) ароматизирующими;
  - д) лечебными.
6. Противокариозным действием обусловлено наличие в зуб-ных пастах:
  - а) фторид натрия;
  - б) триклозан;
  - в) бикарбонат натрия;
  - г) ксилитол;
  - д) альгитат натрия.
7. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:
  - а) монофторфосфат натрия;
  - б) хлоргексидин;
  - в) пирофосфаты;
  - г) формальдегид;
  - д) карбонат кальция.
8. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:
  - а) абразивные компоненты;
  - б) солевые добавки;
  - в) экстракты лекарственных растений;
  - г) фториды;
  - д) подсластители.
9. 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.
10. 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.
11. Чаще подвергаются деминерализации участки зубов в области:
  - а) шейки;
  - б) фиссур;
  - в) бугров;
  - г) контактных поверхностей;
  - д) режущего края.
12. Одонтотропным действием обладают препараты:
  - а) сульфаниламидные;
  - б) препараты гидроокиси кальция;
  - в) антибиотики и антисептики;

- г) кортикостероидные;
  - д) эвгенол
13. При глубоком кариесе наиболее рациональны прокладочные материалы:
- а) противовоспалительного действия;
  - б) антимикробного действия;
  - в) на основе глюкокортикоидов;
  - г) одонтотропные;
  - д) индифферентные
14. С целью отсроченного пломбирования, при лечении глубокого кариеса, следует применять:
- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксил;
  - б) фосфат цемента;
  - в) метод серебрения;
  - г) цинк-эвгенольную пасту, пасту с гидроокисью кальция;
  - д) пасту с антибиотиками.
15. Для реминерализирующей терапии используют раствор «Ремодента» в концентрации:
- а) 1%;
  - б) 3%;
  - в) 5%;
  - г) 10%;
  - д) 30%.
16. Герметизацию фиссур показано проводить после прорезывания зуба:
- а) сразу;
  - б) через 6-8 месяцев;
  - в) через 2-3 года;
  - г) через 4-6 лет;
  - д) в течение всей жизни.
17. Минерализация фиссур постоянных моляров заканчивается после прорезывания зуба:
- а) сразу;
  - б) через 6 месяцев;
  - в) через 2-3 года;
  - г) через 5-6 лет;
  - д) через 10-12 лет.
18. Для герметизации фиссур зубов лучше использовать материалы:
- а) силанты;
  - б) стеклоиономерные цементы;
  - в) фосфат-цементы;
  - г) компомеры;
  - д) любые пломбировочные материалы.
19. Метод тоннельного препарирования применяется для лечения кариозных полостей:
- а) 1 класс по Блеку;
  - б) 2 класс по Блеку;
  - в) 3 класс по Блеку;
  - г) 4 класс по Блеку;
  - д) 5 класс по Блеку.
20. Флоссы рекомендуются применять для удаления зубного налета с поверхностей зубов:
- а) вестибулярных;
  - б) окклюзионных;
  - в) апроксимальных;
  - г) оральных;
  - д) всей поверхности зуба.
21. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:
- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов;
  - б) зубного налета с контактных поверхностей зубов;
  - в) остатков пищи из межзубных промежутков;
  - г) наддесневого зубного камня;
  - д) поддесневого зубного камня.
22. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:
- а) шейки;
  - б) контактных поверхностей;
  - в) бугров, режущего края;
  - г) вестибулярных поверхностей;
  - д) фиссур.
23. Для повышения процессов реминерализации эмали показаны:
- а) витамины;
  - б) фтор;
  - в) препараты содержащие декстраназу;
  - г) гормоны;
  - д) микроэлементы.
24. Пелликула зуба образована:
- а) коллагеном;
  - б) кератином;
  - в) гликопротеидами слюны;
  - г) редуцированными клетками эпителия эмалевого органа;
  - д) скоплением микроорганизмов.
25. При высокоуглеводной диете наблюдается:
- а) гипосаливация;
  - б) гиперсаливация;
  - в) повышение резистентности эмали к действию кислот;
  - г) увеличение Са/Р соотношения;

- д) самоочищение зубов.
26. В местности с умеренным климатом, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,8 мг/л, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:
- а) применение таблеток;
  - б) применение фторированного молока;
  - в) чистка зубов фторсодержащими зубными пастами;
  - г) фторирование питьевой воды в школах;
  - д) полоскания полости рта фторсодержащими эликсирами.
27. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:
- а) фторид натрия;
  - б) карбонат кальция;
  - в) экстракты лекарственных растений;
  - г) карбамид;
  - д) формальдегид.
28. Пенообразующим компонентом в составе зубной пасты является:
- а) дикальцийфосфат;
  - б) лаурилсульфат натрия;
  - в) полиэтиленгликоль;
  - г) гидрокolloиды;
  - д) карбамид.
29. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет мг/л:
- а) 0,5;
  - б) 0,8;
  - в) 1,0;
  - г) 1,2;
  - д) 1,5.
30. Форма кариозного поражения относится к 1 классу по классификации Г. Блэка:
- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную передних зубов;
  - б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
  - в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
  - г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
  - д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности зубов.
31. Форма кариозного поражения относится ко 2 классу по классификации Г. Блэка:
- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
  - б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
  - в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
  - г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
  - д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
32. Форма кариозного поражения относится к 3 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:
- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных остей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
  - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
  - в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
  - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
  - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.
33. Форма кариозного поражения относится к 4 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:
- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
  - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
  - в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
  - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
  - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.
34. Форма кариозного поражения относится к 5 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:
- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
  - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
  - в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
  - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
  - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов;
35. Недостаток композиционных материалов является самым существенным:
- а) частые сколы;
  - б) изменение цвета;
  - в) неудобство при внесении в полость;
  - г) нарушение краевого прилегания;
- д) полимеризационная усадка.
36. При появлении постоперативной чувствительности необходим и мо:
- а) депульпировать зуб;
  - б) тщательно отполировать пломбу;
  - в) подождать 2 недели и при отсутствии положительной динамики перепломбировать зуб, используя прокладку из СИ Ц;
  - г) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом;
  - д) удалить зуб.
37. Свойства СИЦ препятствующие их использованию при пломбировании полостей 2 класса:
- а) низкая токсичность;
  - б) способность выделять ионы фтора в окружающие ткани;
  - в) хрупкость;
  - г) низкая полимеризационная усадка;

- д) химическая адгезия к твердым тканям зуба.
38. При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью:
- увеличения площади сцепления;
  - химической связи композиционного материала с эмалью;
  - равномерного распределения нагрузки на ткани зуба;
  - улучшения полирования композита;
  - улучшения отдаленных результатов пломбирования.
39. Абсолютная изоляция зуба от слюны достигается при использовании
- ватных валиков;
  - валиков и слюноотсоса;
  - мини-дама, валиков, слюноотсоса;
  - коффердама (рабердама);
  - матриц и клиньев.
40. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо:
- протравливать эмаль и дентин 15 сек.;
  - протравливать эмаль 30-60 сек;
  - протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.;
  - протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.;
  - не имеет значения.
41. Назовите сроки обработки амальгамы после ее наложения:
- 1-7 дней;
  - 14 дней;
  - 12 часов;
  - 30 дней;
  - 6 месяцев.
42. Эффект мимикрии в композите зависит:
- от бондинг-системы;
  - от состава и времени протравки;
  - от правильного формирования и пломбирования полости;
  - от формы, размера и вида наполнителя;
  - от времени отверждения.
43. Положительными свойствами СИЦ являются:
- высокая биологическая совместимость;
  - химическая адгезия к твердым тканям зуба;
  - минимальная усадка;
  - кариесстатический эффект;
  - все выше перечисленное.
44. Укажите патологию твердых тканей зуба, возникающую период их развития: 1) эрозия зубов; 2) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз; 3) кислотный некроз; 4) клиновидный дефект; 5) наследственные нарушения развития зубов. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 5;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
45. После прорезывания зубов возникают?
- травма, эрозия зубов, клиновидный дефект;
  - флюороз зубов;
  - гипоплазия эмали;
  - гиперплазия эмали;
  - наследственные нарушения развития зубов.
46. Назовите формы клинического проявления гипоплазии эмали.
- пятнистая;
  - штриховая, чашеобразная;
  - эрозивная;
  - бороздчатая;
  - все выше перечисленное.
47. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса стадии пятна и флюороза является:
- локализация процесса;
  - симметричность поражения;
  - консистенция поверхности пятна;
  - прогрессирование процесса;
  - системность поражения.
48. Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:
- с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна;
  - поверхностным кариесом;
  - штриховой формой гипоплазии;
  - штриховой формой флюороза;
  - меловидно-крапчатой формой флюороза.
49. Эрозивную форму гипоплазии следует дифференцировать: 1) с меловидно-крапчатой и эрозивной формой флюороза; 2) поверхностным и средним кариесом; 3) клиновидным дефектом; 4) глубоким кариесом; 5) патологической стираемостью зубов. Выберите правильный ответ по схеме:
- если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 2;
  - если правильны ответы 2 и 4;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
50. Для клиновидного дефекта характерно:
- появление после прорезывания зубов;
  - локализация в пришеечной области;

- в) характерная форма клина;
  - г) редкое развитие гиперестезии;
  - д) все выше перечисленное.
51. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов применяют: 1) 3% раствор дикаина, жидкость Платонова; 2) глубокое фторирование; 3) препараты серебра; 4) десенситайзеры ( Sealand Protect, Gluma Desensitizer); 5) фторлак. 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.
52. При общем лечении постлучевого некроза твердых тканей зубов применяют: 1) антиоксиданты; 2) препараты кальция и поливитамины; 3) гормональные препараты; 4) анестетики; 5) десенсибилизирующие препараты. 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.
53. Положительными свойствами серебряной амальгамы являются:
- а) высокая прочность и твердость, пластичность;
  - б) отсутствие адгезии к твердым тканям зуба;
  - в) изменение объема при твердении;
  - г) высокая теплопроводность;
  - д) отсутствие раздражающего действия на пульпу.
54. При препарировании кариозной полости скол эмали (фальц) формируется:
- а) всегда;
  - б) не формируется в полостях 3 класса;
  - в) не формируется в полостях 5 класса;
  - г) не формируется никогда;
  - д) не формируется на окклюзионной поверхности.
55. К компомерам относится:
- а) Evicrol;
  - б) Herculite XR V;
  - в) Revolution;
  - г) Dyract AP
  - д) Vitremer.
56. Положительными свойствами микрофилов являются:
- а) хорошая полируемость и стойкость глянцевой поверхности;
  - б) высокая цветостабильность;
  - в) эластичность;
  - г) низкий абразивный износ;
  - д) все выше перечисленное.
57. Отрицательными свойствами микрогибридных композитов являются:
- а) не идеальное качество поверхности (хуже, чем у микрофилов);
  - б) сложность клинического применения;
  - в) недостаточная прочность и пространственная стабильность при пломбировании обширных дефектов 2 и 4 классов;
  - г) трудоемкость моделирования пломбы и заполнения материалом ретенционных углублений и придесневой стенки;
  - д) все выше перечисленное.
58. Наиболее ценным качеством текучих композитов является:
- а) высокая прочность;
  - б) отличные эстетические характеристики;
  - в) высокая эластичность, тиксотропность;
  - г) низкая полимеризационная усадка;
  - д) высокая пространственная стабильность.
59. К текучим композитам относятся: 1. Filtek Flow; 2. Sure Fill; 3. Flow Line; 4. Tetric Ceram; 5. Durafil. 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
60. Выберите материал, относящийся к группе СИЦ двойного отверждения.
- а) Silux Plus;
  - б) Vitremer;
  - в) Time Line;
  - г) Revolution;
  - д) Dyract Flow.
61. При реставрации дефектов 5 класса предпочтительно использование:
- а) амальгамы;
  - б) традиционных микрогибридов;
  - в) стеклоиономерных цемента;
  - г) текучих композитов и компомеров, микрофилов;
  - д) макрофилов.
62. При пломбировании глубокой кариозной полости 1 класса базовая прокладка ставится:
- а) из фосфат-цемента;
  - б) поликарбоксилатного цемента;
  - в) гибридного СИЦ двойного отверждения;
  - г) силико-фосфатного цемента;
  - д) гибридного СИЦ тройного отверждения.
63. При пломбировании полостей 3-4 классов линейная прокладка ставится:
- а) из фосфатцемента;

- б) компомера;  
 в) традиционного СИЦ;  
 г) гибридного СИЦ двойного отверждения;  
 д) не имеет значения.
64. Наиболее эффективной у детей при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью его активности является:  
 а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом;  
 б) применение лечебной прокладки из фосфат-цемента, содержащего серебро;  
 в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;  
 г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении цинкоксидэвгеноловой пасты сроком на 6-8 недель;  
 д) не названа.
65. Форма кариеса наиболее часто встречается во временных зубах:  
 а) глубокий кариес;  
 б) кариес в стадии пятна;  
 в) средний кариес;  
 г) поверхностный кариес;  
 д) все формы встречаются одинаково часто.
66. Для лечения среднего кариеса временных зубов используется:  
 а) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из фосфат-цемента;  
 б) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из стеклоиономерного цемента;  
 в) щадящее препарирование кариозной полости, отсроченное пломбирование цинкоксидэвгеноловой пастой на срок 6-8 недель;  
 г) препарирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка, восстановление анатомической формы зуба;  
 д) серебрение дна и стенок полости без последующего пломбирования.
67. Укажите клинические признаки, не характерные для быстротекущего кариеса временных зубов:  
 а) распространение процесса деминерализации быстрее по поверхности зуба, чем в глубину;  
 б) дентин светлый, влажный, легко удаляется экскаватором;  
 в) эмаль в центре поражения разрушена, по краям дефекта хрупкая, подрытая;  
 г) отлом коронки фронтальных зубов, вследствие циркулярного распространения кариозного процесса;  
 д) кариозный дентин коричневого цвета, сухой, с трудом удаляется экскаватором.
68. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах:  
 а) следует, т.к. остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита;  
 б) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы;  
 в) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок;  
 г) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений;  
 д) не следует. Достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы.
69. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор:  
 а) фиссурный;  
 б) пламевидные;  
 в) обратноконусный;  
 г) шаровидный;  
 д) ВАТТ-бор.
70. Укажите рациональный способ лечения глубоких кариозных полостей временных моляров у детей младшего возраста:  
 а) тщательная механическая обработка с обязательным вскрытием полости зуба и наложением девитализирующих средств;  
 б) щадящее препарирование, проведение отсроченного пломбирования;  
 в) щадящее препарирование, пломбирование СИЦ;  
 г) ручное или машинное препарирование полости, наложение кальцийсодержащей прокладки, пломбирование СИЦ;  
 д) механическая обработка полости, наложение лечебной прокладки, пломбирование силико-фосфатными цементами.

1 вариант													
1	б	11	б	21	в	31	б	41	а	51	в	61	г
2	б	12	б	22	в	32	в	42	г	52	б	62	д
3	б	13	г	23	б	33	г	43	д	53	а	63	г
4	а	14	а	24	в	34	д	44	в	54	д	64	г
5	а	15	б	25	г	35	д	45	а	55	г	65	в
6	д	16	а	26	в	36	в	46	д	56	д	66	б
7	а	17	в	27	в	37	в	47	д	57	д	67	д
8	а	18	а	28	б	38	а	48	а	58	в	68	в
9	а	19	б	29	в	39	г	49	б	59	б	69	г
10	б	20	б	30	а	40	г	50	д	60	в	70	б

## 2 ВАРИАНТ.

1. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:  
 а) характер болей;  
 б) термометрия;  
 в) зондирование;  
 г) электроодонтометрия;  
 д) фактор времени.
2. 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.
3. Решающим в дифференциальной диагностике острого общего и частичного пульпита является:
- а) характер болей; -
  - б) термометрия;
  - в) электрометрия;
  - г) перкуссия;
  - д) фактор времени.
4. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет:
- а) характер болей, термометрия;
  - б) термометрия;
  - в) электрометрия;
  - г) перкуссия;
  - д) зондирование.
5. Клеточный состав пульпы следующий:
- а) пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками;
  - б) кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки;
  - в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов;
  - г) близки по составу к эпителиальной ткани;
  - д) похожа на нервную ткань.
6. 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 коронковойпульпой и периодонтизом;
  - 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.
7. 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 межзубочного вещества;
  - г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации;
  - д) корневая пульпа близка к тканям: периодонтита.
8. 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.
9. 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 нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма.
10. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является:
- а) характер болей;
  - б) термометрия;
  - в) электрометрия; •
  - г) перкуссия;
  - д) фактор времени и первичность болей.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применять:
- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы;
  - б) витальную ампутацию;
  - в) витальную экстирпацию;
  - г) девитализацию;
  - д) удаление зуба.

15. 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.
16. 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.
17. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
- а) характер болей;
  - б) термометрия;
  - в) зондирование;
  - г) электрометрия;
  - д) фактор времени.
18. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует:
- а) антибиотика;
  - б) гидроокись кальция;
  - в) кортикостероиды;
  - г) эвгенол;
  - д) йод.
19. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы:
- а) антибиотики;
  - б) гидроокись кальция;
  - в) кортикостероиды;
  - г) эвгенол;
  - д) йод.
20. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны:
- а) с ошибками в диагнозе;
  - б) с неправильным выбором лекарственного препарата;
  - в) с плохой фиксацией пломбы;
  - г) с нарушением правил асептики;
  - д) с ошибками в технике проведения метода.
21. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод:
- а) диатермокоагуляции;
  - б) прижизненной ампутации коронковой пульпы;
  - в) глубокой ампутации;
  - г) девитальной ампутации;
  - д) прижизненной экстирпации.
22. 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.
23. 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.
24. Метод лечения хронического фиброзного пульпита 74 предпочтительный у 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Основные свойства коллагеновых волокон периодонта:
- а) удерживают зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы;
  - б) способны набухать в кислой среде, окрашивая ее;
  - в) создают благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении;
  - г) обеспечивают физиологическую подвижность зуба;
  - д) устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов и играют большое значение в репаративных процессах.
32. Решающим тестом в дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита являются:
- а) перкуссия;
  - б) электроодонтодиагностика, термометрия; \*
  - в) характер болей;
  - г) термометрия;
  - д) рентгендиагностика.
33. Сроки регенерации тканей периодонта сокращают:
- а) кортикостероидные гормоны;
  - б) антибиотики и слабые антисептики;
  - в) пиримидиновые основания;
  - г) ферменты;
  - д) гидроксипапатит с коллагеном.
34. Сроки регенерации тканей периодонта сокращает применение средств:
- а) кортикостероидные гормоны;
  - б) антибиотики и слабые антисептики;
  - в) пиридиноновые основания;
  - г) ферменты;
  - д) гидроксипапатит с коллагеном.
35. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зуба представляет?
- а) дистальный небный;
  - б) медиальный щечный;
  - в) щечный;
  - г) дистальный щечный;
  - д) небный.
36. Принятая рабочая длина корневого канала:
- а) точно соответствует анатомической длине зуба;
  - б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;
  - в) длиннее на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;
  - г) иногда равна длине габриномера (по субъективным ощущениям);
  - д) всегда равна длине габриномера (по субъективным ощущениям).
37. Корневая пломба должна:
- а) достигать верхушечной трети канала;
  - б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке;
  - в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия;
  - г) располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке;
  - д) достигать уровня дентино-цементного соединения.
38. Полип пульпы может возникнуть:
- а) при остром пульпите;
  - б) при хроническом открытом пульпите;
  - в) при некрозе пульпы;
  - г) при хроническом закрытом пульпите;
  - д) при хроническом периапикальном поражении.
39. Чаще всего бессимптомны:
- а) острый пульпит;
  - б) хронический открытый пульпит;
  - в) хронический закрытый пульпит;
  - г) дентикл;
  - д) полип пульпы.

40. Перекись водорода действует на распад в канал за счет:
- а) высушивающий эффект;
  - б) термический эффект;
  - в) декальцификация дентина;
  - г) высвобождение активного кислорода;
  - д) образование кислоты при контакте с распадом.
41. Серебряные штифт предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования:
- а) широких каналов;
  - б) каналов с несформированными верхушками;
  - в) каналов с резецированными верхушками;
  - г) хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов;
  - д) плохо проходимых каналов.
42. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:
- а) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал;
  - б) выбрать инструмент соответственно толщине канала;
  - в) вообще отказаться от расширения канала;
  - г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала;
  - д) использовать только римеры.
43. Абсолютным противопоказанием к эндодонтическому лечению является:
- а) сахарный диабет;
  - б) недостаточность функции надпочечников;
  - в) лучевая терапия;
  - г) недавно перенесенный инфаркт миокарда;
  - д) аллергия.
44. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:
- а) выявления кариеса;
  - б) лечение заболеваний пародонта;
  - в) профессиональная гигиена полости рта;
  - г) эндодонтическое лечение;
  - д) удаление зубов, которые нельзя сохранить.
45. Важным критерием отбора зуба для лечения в одно посещение является:
- а) отсутствие жалоб;
  - б) однокорневой зуб;
  - в) многокорневой зуб;
  - г) некроз пульпы;
  - д) боль при перкуссии.
46. Рентгенологические признаки деструкции кости можно определить, если:
- а) правильно выполнен снимок и проявлена пленка;
  - б) в периапикальной области имеется резорбция губчатой кости;
  - в) проявку выполнит с контролем времени и температуры;
  - г) происходит резорбция внутренней или наружной кортикальной кости;
  - д) исследование проведено с помощью радиовизиографии.
47. Наиболее широко приемлемым внутриканальным ирригантом имеющим оптимальные очищающие и бактерицидные свойства, является:
- а) формакрезол;
  - б) перекись водорода;
  - в) стерильный физраствор;
  - г) гипохлорит натрия;
  - д) хлоргексидин.
48. Проверка проходимости канала (рекапитуляция) это:
- а) последовательное использование инструментов возрастающих размеров для расширения канала;
  - б) удаление дентинных опилок инструментом меньшего размера, чем окончательный инструмент для обработки апикальной части канала в сочетании с обильной ирригацией;
  - в) использование файла № 35 для очистки апекса;
  - г) опиливающие движения Н — файла;
  - д) использование flexo - инструментов.
49. Инструмент используемый при пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи:
- а) плагер;
  - б) ример;
  - в) лентуло;
  - г) корневая игла;
  - д) спредер.
50. Инструмент используемый при пломбировании корневых каналов методом вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи:
- а) лентуло;
  - б) файл № 35;
  - в) зонд;
  - г) спредер;
  - д) плагер.
51. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:
- а) легко вводится в корневой канал;
  - б) обладать медленным отверждением;
  - в) не обладать токсическим, аллергическим, мутагенным и канцерогенным действием;
  - г) не окрашивает ткани зуба;
  - д) при необходимости легко извлекаться из канала
52. Эпоксидным является:
- а) Endomethasone;
  - б) Ketac - Endo;
  - в) Apexin;
  - г) Sealapex;

- д) АН - 26.
53. При отсутствии реакции на ток 100 мкА можно предположить:
- средний кариес;
  - интактный зуб;
  - хронический периодонтит;
  - гангренозный пульпит;
  - глубокий кариес.
54. Наименьший коэффициент периапикального рассасывания дает:
- метод пломбирования одним штифтом;
  - пломбирование одной пастой;
  - пломбирование с использованием серебряных штифтов;
  - пломбирование корневых каналов с использованием системы «Термафил»;
  - метод латеральной конденсации.
55. При остром гнойном периодонтите преобладают микроорганизмы:
- аэробы;
  - ассоциации аэробов и факультативных анаэробов;
  - ассоциации аэробов и облигатных анаэробов;
  - ассоциации факультативных и облигатных анаэробов;
  - факультативные анаэробы.
56. Наиболее оптимальным для закрытия перфорации корня является:
- фосфат-цемент;
  - стеклоиономерные цементы;
  - ProRoot MTA;
  - серебряная амальгама;
  - препараты на основе гидроксида кальция.
57. В состав корневых силеров вводится гидроксид кальция:
- для рентгеноконтрастности;
  - для стимуляции дентина — цементогенеза;
  - для стимуляции остеогенеза;
  - для противовоспалительной терапии;
  - для адекватной биосовместимости материала.
58. Укажите основные свойства комплексонов или хелатных веществ, которые используются при инструментальной обработке корневых каналов:
- антисептическое действие;
  - декальцинация дентина;
  - увлажнение канала;
  - усиление режущих свойств эндодонгических инструментов;
  - противовоспалительное действие.
59. При лечении не проходимых корневых каналов наилучший эффект имеет:
- электрофорез;
  - диатермокоагуляция;
  - депофорез;
  - резорцин-формалиновый метод;
  - флюктуоризация.
60. Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют для:
- для стерилизации корневого канала;
  - для девитализации пульпы в корневом канале;
  - для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы;
  - для обезболивания;
  - все выше перечисленное.
61. Электрофорез это:
- применение с лечебной целью электрического тока;
  - применение с лечебной целью тока высокой частоты;
  - введение лекарственных веществ в ткани посредством постоянного тока;
  - введение лекарственных веществ в ткани посредством переменного тока;
  - введение лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата.
62. Электрофорез йода показан:
- при остром периодонтите;
  - при хроническом фиброзном пульпите;
  - при любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами;
  - при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите;
  - при остром пульпите.
63. Лучше всего проводит электрический ток:
- мышечная ткань;
  - кожа;
  - твердые ткани зуба;
  - слона;
  - костная ткань.
64. Показано при:
- хроническом периодонтите
  - остром периодонтите, обострении хронического периодонтита;
  - любой форме периодонтита с непроходимыми каналами;
  - медикаментозном периодонтите;
  - в зубах, не выдерживающих герметизма.
65. Длительность процедуры электрофореза составляет:
- 20-30 минут;
  - 6-8 секунд;
  - 20-60 секунд;
  - 2-4 минуты;

- д) 5-10 минут.
66. Флюктуоризацию целесообразно назначать при:
- кариесе зубов;
  - хроническом периодонтите;
  - хроническом пульпите;
  - остром периодонтите и пародонтите;
  - все вышеперечисленные.
67. Наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста у детей является паста:
- кальцийсодержащая;
  - резорцин-формалиновая;
  - эвгеноловая;
  - йодоформная;
  - эндометазоновая.
68. При лечении хронических периодонтитов в зубах с неоконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной материалом выбора является:
- эвгеноловая паста;
  - резорцин-формалиновая паста;
  - йодоформсодержащая паста;
  - кальцийсодержащая паста;
  - эндометазон с гуттаперчей.
69. Метод лечения при хроническом гранулирующем периодонтите постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба соответствует его предполагаемой длине:
- резекция верхушек корней;
  - удаление зуба;
  - консервативный с пломбированием корней на всю длину;
  - консервативный, с выведением за верхушку пломбировочного материала;
  - гемисекция.
70. Метод лечения периодонтита временного моляра который следует выбрать у ребенка 5 лет, болеющего ревматизмом:
- резекцию верхушки корня;
  - удаление зуба;
  - гемисекция;
  - консервативный;
  - реплантацию.

<b>2 вариант</b>													
1	б	11	в	21	а	31	а	41	г	51	в	61	в
2	в	12	б	22	в	32	б	42	а	52	д	62	в
3	д	13	б	23	г	33	д	43	г	53	в	63	г
4	б	14	г	24	г	34	д	44	в	54	г	64	г
5	б	15	в	25	д	35	б	45	б	55	г	65	б
6	в	16	г	26	а	36	б	46	г	56	г	66	а
7	в	17	в	27	б	37	г	47	г	57	в	67	г
8	в	18	б	28	а	38	б	48	б	58	в	68	а
9	в	19	б	29	д	39	г	49	д	59	б	69	г
10	д	20	в	30	г	40	г	50	д	60	в	70	б

### 3 ВАРИАНТ.

1. Назовите первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. 1.пятно, волдырь, афта, узел; 2.эрозия, узелок, атрофия, пузырь; 3.бугорок, гнойничок, опухоль, киста; 4.рубец, пятно, вегетация; 5.волдырь, бугорок, рубец, корка. 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
2. Назовите вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта. 1.эрозия, узелок, атрофия, пузырь; 2.чешуйка, язва, корка, рубец; 3.бугорок, гнойничок, опухоль, киста; 4.эрозия, трещина, атрофия; 5.пятно, афта, рубец. 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
3. В основу классификации пузырных заболеваний положен принцип:
- этиологический;
  - патогенетический;
  - клинический;
  - анамнестический;
  - наследственный.
4. Многоформную экссудативную эритему принято относить к:
- инфекционных;
  - аллергических;

- в) инфекционно-аллергических;
  - г) лекарственных;
  - д) неизвестной этиологии.
5. Принято различать форм лейкоплакии:
- а) одну;
  - б) две;
  - в) три;
  - г) четыре;
  - д) пять.
6. Красный плоский лишай проявляется на слизистой оболочке полости рта в виде следующих форм:
- а) типичная и эрозивноязвенная;
  - б) гиперкератотическая;
  - в) буллезная;
  - г) экссудативно-гиперемическая;
  - д) все выше перечисленное.
7. Назовите формы лейкоплакии. 1. плоская; 2. веррукозная, эрозивная; 3. типичная; 4. экссудативная; 5. экссудативно-гиперемическая. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 2;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
8. Наиболее часто встречается форма лейкоплакии:
- а) плоская;
  - б) веррукозная;
  - в) эрозивная;
  - г) эрозивная и веррукозная;
  - д) плоская и веррукозная.
9. Основным элементом поражения при плоской лейкоплакии является:
- а) пятно;
  - б) узел;
  - в) атрофия;
  - г) гиперкератическое пятно;
  - д) опухоль.
10. Назовите признаки очага малигнизации лейкоплакии.
- а) усиление процессов ороговения, быстрое увеличение размеров и плотности очага;
  - б) появление уплотнения в основании бляшки, эрозии;
  - в) сосочковые разрастания на поверхности эрозий;
  - г) кровоточивость при травме, появление незаживающих трещин;
  - д) все выше перечисленное.
11. В течении острого герпетического стоматита выделяют следующие периоды:
- а) катаральный;
  - б) период высыпаний;
  - в) инкубационный, период высыпаний;
  - г) период высыпаний, угасания и клинического выздоровления;
  - д) инкубационный, продромальный, период высыпаний, период угасания и клинического выздоровления.
12. Элементы поражения характерны для острого герпетического стоматита:
- а) пятно;
  - б) узелок;
  - в) пузырек;
  - г) эрозия;
  - д) пузырек. эрозия.
13. Назовите противовирусные препараты. 1. бонафтон, супрастин; 2. ацикловир, хелепин, виралекс; 3. алпизарин, ридоксол; 4. зовиракс, интерферон; 5. интерлок, госсипол. Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 2;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5
14. Длительность существования афты
- а) 5 дней;
  - б) 10 дней;
  - в) 15 дней;
  - г) более 10 дней;
  - д) от 15 до 40 дней
15. После заживления афты останется
- а) рубец гладкий;
  - б) деформирующий рубец;
  - в) рубцовая атрофия;
  - г) слизистая оболочка останется без изменений;
  - д) все вышеперечисленное.
16. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний
- а) инфекционных;
  - б) аллергических;
  - в) инфекционно-аллергических;
  - г) неизвестной, этиологии;
  - д) лекарственных.
17. Характер течения многоформной экссудативной эритемы зависит от давности заболеваний:

- а) да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными;
  - б) да, так как симптомы заболеваний усугубляются;
  - в) нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами;
  - г) с течением времени заболевание переходит в аллергию;
  - д) нет, заболевание течет монотонно.
18. Действие врача при декубитальной язве:
- а) исследование язвы;
  - б) прижигание язвы;
  - в) смазывание антисептиками;
  - г) биопсия;
  - д) консультация онколога.
19. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является:
- а) отсутствие продромальных явлений;
  - б) появление симптомов во рту после употребления лекарств;
  - в) наличие эрозий или пузырей;
  - г) наличие гиперемии и отека;
  - д) положительная накожная проба.
20. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:
- а) анамнеза;
  - б) клинических симптомов;
  - в) лабораторных анализов;
  - г) дополнительных методов исследования;
  - д) цитологических.
21. Действие врача при стоматите, вызванном протезом:
- а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели;
  - б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами;
  - в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств;
  - г) замена протеза;
  - д) изготовление протеза из золота.
22. Строение эпителиального слоя слизистой оболочки губ, щек, мягкого неба:
- а) базальный и роговой слой;
  - б) базальный, зернистый и шиповидный слой;
  - в) базальный, шиповидный и роговой слой;
  - г) шиповидный и роговой слой;
  - д) базальный, зернистый, роговой слой.
23. Вторичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта:
- а) папула, эрозия, трещина;
  - б) пятно, пузырек, папула; язва, эрозия, афта;
  - в) трещина, пузырек, пятно;
  - г) эрозия, пузырек, бугорок.
24. Строение эпителиального слоя дорзальной поверхности языка:
- а) базальный и роговой слой;
  - б) базальный и шиповидный слой;
  - в) шиповидный и роговой слой;
  - г) базальный, зернистый и роговой слой;
  - д) базальный, шиповидный и роговой слой.
25. Препараты, используемые для общего лечения глоссалгии:
- а) квадевит, эуфиллин, ацетилсалициловая кислота;
  - б) Прозерпин, тималин, инъекции витамина В
  - в) анальгин, финлепсин, инъекции витамина В<sub>12</sub>
  - г) пентовит, метацил, супрастин;
  - д) димедрол, Прозерпин, тималин.
26. Клиническими признаками аллергических реакций ана-филактического типа являются:
- а) отек, гиперемия, пузыри, эрозия;
  - б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоточечные эрозии;
  - в) пузыри, эрозии на неизменившемся фоне;
  - г) одиночные афты;
  - д) одиночные язвы.
27. Клиническими признаками вторичного сифилиса являются:
- а) пузыри в полости рта, регионарный лимфаденит, сыпь на коже, повышение температуры тела;
  - б) изолированные эрозивные и белые папулы на слизистой оболочке полости рта и зева, регионарный лимфаденит, сыпь на коже;
  - в) пузырьки, мелкоточечные эрозии в полости рта, регионарный лимфаденит, высыпания на коже;
  - г) группирующиеся голубовато-белые папулы на неизменной слизистой полости рта;
28. Клиническими признаками твердого шанкра являются:
- а) поверхностная язва или эрозия неправильной формы с зернистым дном, покрытым скудным некротическим налетом, с плотными краями и инфильтратом в основании;
  - б) поверхностная язва или эрозия щелевидной формы с зернистым дном, покрытым скудным гнойным налетом, с мягким инфильтратом в основании;
  - в) поверхностная «ползучая» язва или эрозия с гладким чистым дном, без реактивного воспаления;
  - г) эрозия или язва правильной округлой формы с чистым дном без реактивного воспаления с плотным пластинчатым инфильтратом в основании;
  - д) эрозия правильной формы с узкой зоной гиперемии с блюдцеобразным дном, покрытая неснимающимся некротическим налетом.
29. Клиническими признаками красного плоского лица слизистой оболочки полости рта являются:
- а) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка;
  - б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии;
  - в) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемизированном фоне с явлениями мацерации;
  - г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой;

- д) резко очерченные участки слизистой оболочки серо-белого цвета, располагающиеся на неизменном фоне в передних отделах щек.
30. Клиническими признаками третичного сифилиса являются:
- а) А) множественные плотные инфильтраты бугоркового характера;
  - б) Б) одиночные плотные инфильтраты узловатого типа;
  - в) В) диффузные плотные и мягкие инфильтраты;
  - г) Г) мягкие инфильтраты бугоркового типа с изъязвлениями;
  - д) Д) одиночные или множественные плотные инфильтраты с изъязвлением.
31. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
- а) десна и круговая связка зуба;
  - б) периодонт, десна, надкостница, зуб;
  - в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент);
  - г) десна, ткани зуба;
  - д) десна, надкостница, цемент.
32. 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.
33. Сроки формирования «зрелой» зубной бляшки
- а) 2-3 суток;
  - б) 4-5 суток;
  - в) 6-7 суток;
  - г) более 7 суток;
  - д) более месяца.
34. Какие ткани зуба входят в состав пародонта?
- а) эмаль;
  - б) пульпа;
  - в) дентин;
  - г) цемент;
  - д) входят все.
35. 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.
36. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются:
- а) капилляры;
  - б) артериолы и вены;
  - в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены;
  - г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры;
  - д) венозные сосуды.
37. 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.
38. 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 усилить или ослабить влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта;
  - г) наследственность;
  - д) травматическая окклюзия.
39. Состав зубной бляшки:
- а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов;
  - б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов;
  - в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги;
  - г) зубная бляшка представлена органическими компонентами;
  - д) зубная бляшка состоит из элементов слюны.
40. 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 в начале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга;
  - г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому;
  - д) пародонтоз предшествует пародонтиту.
41. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
- а) открытый прикус;
  - б) глубокий прикус;
  - в) перекрестный прикус;
  - г) дистальный прикус;
  - д) прямой прикус.
42. 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.
43. 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.
44. К гигиеническим относятся следующие индексы:
- а) ПИ, ПМА, СРITN;
  - б) Шиллера — Писарева;
  - в) Федорова - Володкиной, Грина — Бармильона;
  - г) ПИ;
  - д) все перечисленные.
45. 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.
46. 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.
47. При подсчете индекса СРITN обследуются:
- а) 61Б6, 6В61;
  - б) 321В123;
  - в) 761Б67, 76В167;
  - г) 1Б1,6В6;
  - д) 321Б123.
48. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:
- а) реопародонтография, остеометрия;
  - б) реопародонтография, полярография;
  - в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикрос-копия;
  - г) реография;
  - д) полярография.
49. 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.
50. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:
- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцеобразную 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.
51. 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 увеличены, отечны, 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.
52. 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 фибриновым налетом;
  - в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений;
  - г) наличие глубоких десневых карманов;
  - д) кровоточивость при дотрагивании.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Аппаратом «Периотест» исследуют:
- а) глубину пародонтального кармана;
  - б) подвижность зубов;
  - в) состояние костной ткани;
  - г) кровоснабжение десны;
  - д) характер воспалительного процесса.
58. Для оценки степени тяжести пародонтита, кроме клинического обследования необходимо дополнительно провести:
- а) реоплатизмографию;
  - б) реографию;
  - в) томографию;
  - г) рентгенографию;
  - д) изучение иммунного статуса.
59. Данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 2/3 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.
60. 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.
61. 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.
62. Пародонтит протекает более тяжело если у пациента:
- а) сахарный диабет;
  - б) гипотиреоз;
  - в) гипертония;
  - г) язвенная болезнь;
  - д) гастрит.
63. При очаговом ювенильном пародонтите поражаются зубы:
- а) временные резцы;
  - б) временные моляры;
  - в) временные и постоянные зубы;
  - г) постоянные моляры;
  - д) клыки.
64. 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.
65. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести:
- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен;
  - б) синдром Папийон-Лефевра, X-гистiocитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию;
  - в) нейтропению, X-гистiocитозы, гингивиты, пародонтомы;
  - г) гингивит, пародонтит;
  - д) пародонтит, пародонтоз.
66. Участвует в развитии ювенильного пародонтита:
- а) *Streptococcus salivarius*;
  - б) *Porphyromonas endodontalis*;
  - в) *Fusobacterium nucleatum*;
  - г) *Actinomyces naeslundii*;
  - д) *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.
67. К «пародонтопатогенным» видам не относится
- а) *Streptococcus mutans*;
  - б) *Fusobacterium nucleatum*;

- в) Actinomyces israelii;
  - г) Actinobacillus actinomycetemcomitans;
  - д) Porphyromonas gingivalis.
68. Первым фиксируется на поверхности зуба при формировании зубной бляшки:
- а) Actinomyces naeslundii;
  - б) Fusobacterium nucleatum;
  - в) Actinobacillus actinomycetemcomitans;
  - г) Actinomyces israelii;
  - д) Streptococcus sanguis.
69. Род микроорганизмов полости рта не принимающий активного участия в развитии пародонтита:
- а) Peptostreptococcus;
  - б) Actinobacillus;
  - в) Porphyromonas;
  - г) Veillonella;
  - д) Prevotella.
70. В пародонтальном кармане в больших количествах могут обнаруживаться дрожжеподобные грибы рода Кандида при :
- а) ювенильном пародонтите;
  - б) быстро прогрессирующем пародонтите;
  - в) пародонтите на фоне иммунодефицитов;
  - г) пародонтите у беременных;
  - д) любой форме пародонтита.
71. Для быстрого определения в пародонтальном кармане пародонтопатогенных видов используется:
- а) ПЦР;
  - б) бактериоскопия;
  - в) ИФА;
  - г) культивирование микроорганизмов в аэробных условиях;
  - д) культивирование микроорганизмов в анаэробных условиях.
72. К бактериям стабилизирующим микробиоценоз полости рта относится:
- а) Peptostreptococcus;
  - б) Actinobacillus;
  - в) Porphyromonas;
  - г) Veillonella;
  - д) Prevotella.
73. При остром язвенном гингивите внутрь назначают:
- а) обезболивающие препараты;
  - б) антибиотики, обезболивающие, витамины;
  - в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины;
  - г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины;
  - д) общее лечение не назначается.
74. Препарат на основе растительного сырья обладающий выраженным антибактериальным и фунгицидным действием:
- а) ротакан;
  - б) ромазулан;
  - в) обликол;
  - г) сангвиритрин;
  - д) мараславин.
75. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет:
- а) 2%;
  - б) 0.5%;
  - в) 0.1%;
  - г) 0.05%;
  - д) 0.02 до 2%.
76. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифования является:
- а) нормализация прикуса;
  - б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии;
  - в) восстановление анатомической формы зубов;
  - г) устранение воспалительного процесса;
  - д) эстетические показания.
77. Эпителиальное зубодесневое прикрепление нарушено при:
- а) острейшей форме гипертрофического гингивита ;
  - б) хроническом катаральном гингивите легкой степени ;
  - в) пародонтите легкой степени тяжести;
  - г) фиброзной форме гипертрофического гингивита;
  - д) хроническом катаральном гингивите тяжелой степени.
78. Для оценки миграционной активности лейкоцитов используется :
- а) проба Шиллера-Писарева;
  - б) проба Кулаженко;
  - в) проба Ясиновского;
  - г) проба Kotzschke;
  - д) проба Кавецкого.
79. Не эффективен в отношении Actinobacillus actinomycetemcomitans:
- а) доксицилин;
  - б) фторхинолоны;
  - в) хлорфеникол;
  - г) метронидазол;
  - д) ампициллин.
80. Признаки воспаления отсутствуют при :
- а) катаральном гингивите;
  - б) пародонтозе;

- в) пародонтите;
  - г) отёчной форме гипертрофического гингивита;
  - д) язвенно-некротическом гингивите.
81. Для обработки полости рта при катаральном гингивите используют:
- а) 1% перекиси водорода;
  - б) 3% перекиси водорода;
  - в) 5% перекиси водорода;
  - г) 0,5% перекиси водорода;
  - д) 0,1% перекиси водорода.
82. Клетки эпителия прикрепления замещаются в течение:
- а) 4-8 дней;
  - б) 2 недель;
  - в) 10 дней;
  - г) месяца;
  - д) 2 месяцев.
83. Фиброматоз дёсен относится к :
- а) гингивитам;
  - б) пародонтиту;
  - в) пародонтозу;
  - г) идиопатическим заболеваниям;
  - д) пародонтомам.
84. С возникновением гиперплазии десны связаны такие фак-торы, как:
- а) прием противосудорожных препаратов;
  - б) беременность;
  - в) лейкомия;
  - г) рот овое дыхание;
  - д) все перечисленное.
85. В лечение фиброматоза десен применяются методы:
- а) хирургические;
  - б) аппликации с протеолитическими ферментами;
  - в) аппликации с антисептиками;
  - г) физиотерапия;
  - д) облучение рентгеновскими лучами.
86. При проведении поддерживающей терапии контрольная рентгенография производится:
- а) каждые 3 месяца;
  - б) каждые полгода;
  - в) ежегодно;
  - г) раз в 2 года;
  - д) раз в 3 года.
87. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок:
- а) 12-14 дней;
  - б) не накладывается;
  - в) 5-7 дней;
  - г) 3 дня;
  - д) на сутки.
88. После кюретажа используют:
- а) защитные повязки (индифферентные);
  - б) лечебные противовоспалительные повязки;
  - в) лечебные стимулирующие повязки;
  - г) повязки, содержащие ферменты;
  - д) повязки с кератопластическими препаратами.
89. Заболевания, протекающие с поражением пародонта, кото-рые можно отнести к ретикулогистиоцитозам:
- а) гипофосфатазия;
  - б) синдром Папийон-Лефевра;
  - в) болезнь Педжета;
  - г) болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
  - д) синдром Олбрайта.
90. Эпулис относится к:
- а) гингивитам;
  - б) пародонтиту;
  - в) пародонтозу;
  - г) идиопатическим заболеваниям;
  - д) пародонтомам.
91. К идиопатическим болезням пародонта относят:
- а) пародонтоз;
  - б) пародонтит;
  - в) фиброматоз дёсен;
  - г) синдром Папийон-Лефевра;
  - д) пародонтома.
92. К группе хромосомных болезней относится:
- а) синдром Шерешевского-Тернера;
  - б) синдром Хенда-Шюллера-Крисчена;
  - в) болезнь Иценко-Кушинга;
  - г) гипопизарный нанизм;
  - д) гиперпаратиреоз.
93. Физиотерапия не показана если у пациента:
- а) катаральный гингивит;
  - б) гипертрофический гингивит;
  - в) хронический пародонтит;

- г) пародонтоз;  
 д) идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.
94. Эбурнеация кости характерна для:  
 а) пародонтоза ;  
 б) пародонтита;  
 в) гингивита;  
 г) пародонтоза и пародонтита;  
 д) пародонтита и гингивита.
95. К методу прижизненной окраски гликогена десны относится:  
 а) проба Шиллера-Писарева;  
 б) проба Кулаженко;  
 в) проба Ясиновского;  
 г) проба Kotzschke;  
 д) проба Кавецкого.
96. Уровень напряжения кислорода в ткани определяется ме-тодом:  
 а) биомикроскопии;  
 б) полярографии;  
 в) фотоплетизмографии;  
 г) реопародонтографии;  
 д) эхоостеометрии.
97. Для исследования функционального состояния костной ткани в пародонтологии используют метод:  
 а) биомикроскопии;  
 б) полярографии;  
 в) фотоплетизмографии;  
 г) реопародонтографии;  
 д) эхоостеометрии.
98. Основные причины развития гипертрофических гингивитов:  
 а) гормональные изменения в организме;  
 б) патология прикуса;  
 в) нерациональное протезирование;  
 г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витамина С, нерациональное протезирование;  
 д) недостаточная гигиена полости рта.
99. Индекс РМА используется для оценки:  
 а) степени воспаления десны;  
 б) гигиены полости рта;  
 в) степени подвижности зубов;  
 г) кровоточивости десны;  
 д) степени ороговения десны.
100. Резорбция костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2 характерна для:  
 а) пародонтоза лёгкой степени;  
 б) пародонтита средней степени;  
 в) пародонтита лёгкой степени;  
 г) пародонтита тяжёлой степени;  
 д) катарального гингивита тяжёлой степени.

<b>3 вариант</b>																			
1	б	11	д	21	а	31	а	41	б	51	в	61	г	71	а	81	г	91	а
2	в	12	д	22	б	32	б	42	в	52	б	62	а	72	г	82	в	92	д
3	в	13	б	23	в	33	г	43	в	53	а	63	г	73	б	83	г	93	д
4	в	14	б	24	д	34	г	44	а	54	б	64	б	74	б	84	д	94	а
5	в	15	г	25	в	35	в	45	б	55	в	65	б	75	д	85	б	95	г
6	д	16	в	26	а	36	в	46	в	56	б	66	д	76	а	86	в	96	в
7	б	17	б	27	б	37	в	47	в	57	б	67	а	77	д	87	в	97	а
8	а	18	а	28	г	38	в	48	в	58	г	68	д	78	г	88	г	98	г
9	г	19	д	29	а	39	в	49	а	59	а	69	г	79	в	89	б	99	д
10	д	20	а	30	д	40	б	50	б	60	б	70	в	80	а	90	а	100	г

### **Вопросы для устного собеседования**

1. Гипоплазия эмали. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
2. Гиперплазия эмали. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
3. Эндемический флюороз (флюороз зубов). Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
4. Аномалии развития и прорезывания зубов, изменения их цвета.
5. Наследственные нарушения развития зубов. Несовершенный амело- и дентиногенез. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
6. Дисплазия Капдепона. Синдром Стентона – Капдепона. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
7. Несовершенный остеогенез. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
8. Мраморная. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
9. Гипофосфатезия. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
10. Пигментации зубов и зубные отложения. Этиология. Патогенез. Клиника и методики снятия зубных отложений.
11. Патологическая стираемость зубов. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
12. Клиновидный дефект. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
13. Эрозия твердых тканей зуба. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
14. Некроз твердых тканей зуба. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.

15. Гиперестезия твердых тканей зуба. Этиология. Патогенез. Клиника и лечение.
16. Травма зуба.
17. Карис зуба. Понятие. Классификация. Методика лечения.
18. Принципы и этапы препарирования кариозных полостей по Блеку.
19. Этапы препарирования кариозных полостей по Блеку. Выбор инструмента. Методика работы.
20. Основные требования, предъявляемые к сформированной кариозной полости.
21. Ретенционные пункты. Виды. Назначение.
22. Дополнительная площадка. Назначение. Требования, предъявляемые к дополнительной площадке. Особенности формирования при различных классах.
23. Парапальпарные штифты. Виды. Показания к применению, методика.
24. Кариозные полости I класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
25. Кариозные полости II класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
26. Кариозные полости III класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
27. Кариозные полости IV класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
28. Кариозные полости V класса по Блеку. Особенности препарирования. Ошибки. Профилактика.
29. Цель, этапы и особенности препарирования кариозных полостей под композиционные пломбировочные материалы.
30. Цель и этапы пломбирования кариозных полостей.
31. Пломбировочные материалы. Классификация. Выбор пломбировочного материала.
32. Постоянные пломбировочные материалы. Требования, предъявляемые к материалу.
33. Временные пломбировочные материалы. Показания к применению. Физико-химические свойства. Методика приготовления и пломбирования.
34. Постоянные пломбировочные материалы. Классификация. Сравнительная характеристика.
35. Стоматологические прокладки (лечебные, изолирующие). Назначение.
36. Лечебные стоматологические прокладки. Виды. Состав. Показания к применению. Методика пломбирования.
37. Изолирующие стоматологические прокладки. Виды. Состав. Назначение. Методика пломбирования.
38. Цементы. Классификация. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
39. Силикатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
40. Силикофосфатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
41. Амальгамы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования. Техника безопасности. Показания к применению.
42. Стеклоиономерные цементы: состав, свойства, назначение.
43. Композиционные пломбировочные материалы. Классификация. Показания к применению.
44. Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
45. Светоотверждаемые пломбировочные материалы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
46. Вспомогательные инструменты для пломбирования кариозных полостей. Матрицы, матрицедержатели, клинья. Назначение.
47. Отделка пломбы. Значение. Сроки проведения. Оценка качества пломбы.
48. Кариозные полости I класса по Блеку. Методика пломбирования.
49. Кариозные полости II класса по Блеку. Методика пломбирования.
50. Кариозные полости III класса по Блеку. Методика пломбирования.
51. Кариозные полости IV класса по Блеку. Методика пломбирования.
52. Кариозные полости V класса по Блеку. Методика пломбирования.
53. Контактный пункт. Физиологическое значение. Методика восстановления.
54. Карис зуба. Этапы лечения.
55. Средний карис. Методика и этапы лечения. Ошибки.
56. Глубокий карис. Методика и этапы лечения. Ошибки.
57. Ошибки при лечении кариса.
58. Пульпит. Понятие. Классификация. Методы лечения.
59. Трепанация коронки интактного зуба при эндодонтических вмешательствах. Показания. Методика.
60. Методы обезболивания, применяемые в терапевтической стоматологии.
61. Особенности препарирования кариозной полости при эндодонтических вмешательствах. Требования к сформированной полости.
62. Метод витальной ампутации. Методика. Ошибки и их последствия.
63. Метод витальной экстирпации. Методика. Ошибки. Защита врача и больного от ВИЧ-инфекции.
64. Препарирование корневого канала: прохождение, расширение, формирование. Инструментарий. Методика. Ошибки.
65. Медикаментозная обработка корневых каналов, контроль чистоты канала.
66. Метод девитализации пульпы Методика проведения: вскрытие полости зуба, наложение мышьяковистой пасты, обезболивающих препаратов.
67. Метод девитальной экстирпации. Этапы. Ошибки.
68. Труднопроходимые (проблемные) корневые каналы. Причины. Методы и методика расширения корневых каналов.
69. Метод девитальной ампутации. Этапы. Ошибки и их последствия.
70. Резорцин-формалиновый метод. Показания. Методика проведения. Преимущества и недостатки.
71. Методика эндодонтического лечения в многокорневых зубах: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Апекслокация.
72. Методы расширения корневых каналов: механический, химический, физический. Методика.
73. Методика расширения корневых каналов: от меньшего размера к большему (StepBack).
74. Методика расширения корневых каналов: от большего размера к меньшему (CrownDown). Ошибки при эндодонтических манипуляциях. Методы их предупреждения и устранения.
75. Пародонтит. Понятие. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов при пародонтитах.
76. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Классификация. Выбор пломбировочных материалов.
77. Сравнительная характеристика пломбировочных материалов для корневых каналов.
78. Методы и методика пломбирования корневого канала.
79. Штифты для корневых каналов. Виды. Методика пломбирования.
80. Методика пломбирования корневых каналов пастами, цементами. Оценка качества.
81. Методика пломбирования корневых каналов иглой, каналонаполнителем.
82. Распломбирование корневых каналов. Показания. Методика.
83. Определение понятия пародонт. Анатомия и гистология пародонта.
84. Классификация заболеваний пародонта.
85. Гингивит. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника и лечение.

86. Пародонтит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника и лечение.
87. Рецессия десны. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника и лечение.
88. Пародонтоз. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника и лечение.
89. Опухолеподобные поражения полости рта.
90. Зубной камень. Методика и последовательность снятия наддесневого зубного камня. Инструменты. Полировка поверхности зуба после снятия зубных отложений.
91. План обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Информированность основных и дополнительных методов обследования. Цитологическое исследование слизистой оболочки полости рта (методика забора материала и подготовка для исследования).
92. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта. Первичные и вторичные элементы слизистой оболочки, особенности их трансформации в полости рта.
93. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта. Основные принципы общего и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.
94. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лейкоплакии.
95. Особенности лечения различных клинических форм лейкоплакии. Профилактика заболевания. Профилактика рака.
96. Перечислите основные принципы комплексной терапии острого герпетического стоматита и рецидивирующего герпетического стоматита взрослых.
97. МЭЭ (этиология, патогенез, клиника, лечение).
98. Этиология, патогенез, клинические признаки красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта.
99. Этиология, клинические особенности проявления хронической формы КВ.

### Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм знаний основ лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- Алгоритм выполнения основ законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- Алгоритм выполнения статистических методов обработки медицинской информации;
- Алгоритм организации терапевтической стоматологической помощи населению;
- Алгоритм выполнения сбора анамнеза, проведения осмотра пациентов; анализ полученных клинико-лабораторных данных;
- Алгоритм проведения местного обезболивания в практике стоматологии терапевтической;
- Алгоритм взаимодействия врача-стоматолога-терапевта и врача-стоматолога-хирурга при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями, травмой и новообразованиями челюстно-лицевой области;
- Алгоритм выполнения хирургического лечения заболеваний пародонта; перспективы использования биокомпозиционных материалов и мембран для остеорегенерации при данной патологии;
- Алгоритм показаний к проведению наркоза на терапевтическом стоматологическом приеме; виды наркоза, медикаментозное и техническое обеспечение;
- Алгоритм организации лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в терапевтическом стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- Алгоритм умения 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 оформления необходимой документации в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-терапевт»;
- Алгоритм организации повседневной работы врача-стоматолога-терапевта и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
- Алгоритм выполнения первой врачебной помощи в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
- Алгоритм пользования компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-терапевта;
- Алгоритм показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний;
- Алгоритм оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- Алгоритм профилактических мероприятий терапевтических стоматологических заболеваний;
- Алгоритм обследования больных терапевтического профиля;
- Алгоритм определения гигиены полости рта при помощи индексной оценки;
- Алгоритм заполнения историй болезни;
- Алгоритм препарирования кариозных полостей I-V классов;
- Алгоритм пломбирования кариозных полостей всех классов пломбирочными материалами различных групп;
- Алгоритм проведение необходимых эндодонтических мероприятий на фантомах и моделях, удаленных зубах.

### 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 R-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. 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.

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, отечна, 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.
9. Прогноз.

### 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 гиперемизованная, некрогочащая 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

Больной А. 54 года, проходивший лечение у стоматолога предъявляет 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 № 11

Пациентка 34 года обратилась в клинику с жалобами на жжение в языке при приеме острой пищи. В анамнезе хронический колит. Внешний вид без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На спинке языка в переднем и среднем отделах красные пятна, окруженные белесоватым ободком. На повторном приеме через 5 дней красные пятна переместились на боковые поверхности языка, спинка языка приобрела нормальный вид.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
4. Каковы гистологические изменения при данной патологии.
5. Наметьте план лечения.

### Задача № 12

Больному 45 лет, обратился в клинику терапевтической стоматологии по поводу катарального гингивита. Объективно: слизистая оболочка полости рта резко отечна, легко кровоточит при дотрагивании, на ней множество телеангиоэктазий пурпурнофиолетового цвета, кровоточащих при незначительном механическом воздействии. Из анамнеза выяснилось, что больной страдает гипохромной анемией. Отмечает появление самопроизвольных, профузных кровотечений, не связанными с внешними причинами (слизистой оболочки полости рта и носа). Мать этого пациента страдала такими же проявлениями.

1. Какие методы обследования необходимы для установления диагноза?
2. Поставить диагноз этой патологии.
3. На основании чего вы ставите такой диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику этого заболевания.
5. Врачебная тактика.
6. Назвать известные Вам причины возникновения данной патологии.

### Задача № 13

Больной явился с жалобами на затрудненный прием пищи, подвижность зубов верхней и нижней челюстей, неприятный запах изо рта. Страдает хроническим гастритом. Болеет 1 год, к врачу не обращался. Обследовано: обилие мягких зубных отложений. Зубы подвижны (II-III степени), межзубные сосочки гиперемизованы и гипертрофированы, в отдельных участках десны абсцессы, определяются пародонтальные карманы различной глубины с выделением гноя. Язык обложен, увеличен.

1. Особенности опроса больного.
2. Какова роль местных и общих факторов в данном случае?
3. Рентгенологическая картина.
4. Поставьте диагноз и обоснуйте.
5. Какие лечебные мероприятия и их последовательность?
6. Возможные осложнения.

### Задача № 14

Пациент 47 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид языка. Курит в течение 25 лет. Злоупотребляет алкоголем. В анамнезе хронический гипацидный гастрит. Внешний вид без особенностей. Слизистая оболочка рта слегка гиперемирована, с цианотичным оттенком. Десна в области всех групп зубов отечна, цианотична, кровоточит при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На спинке языка по средней линии в средней и задней его частях имеет ворсинчатый очаг овальной формы темно-коричневого цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
4. Наметьте план лечения.

### Задача № 15

Больной в течение последних лет регулярно наблюдается у стоматолога по поводу кариеса. Объективно: на очередном приеме обнаружено большое количество мягкого налета на передних зубах верхней челюсти 321 I 12. В области 54 I 5 дефекты неглубокие, определяется шероховатость при зондировании. Реакция на раздражители кратковременная. ЭОД = 4мкА.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Методы борьбы с налетом.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Роль микроорганизмов в развитии кариеса.
5. Роль гигиены в профилактике кариеса.
6. Этапы препарирования.

### Задача № 16

Больной выезжает за границу командировку, санирует полость рта. Объективно: множественный кариес в стадии пятна в пришеечной области. На температурные раздражители резкая боль, кратковременная ЭОД = 2-6 65 мкА, окраска пятен метиленовой синью 2 % положительная. При зондировании на фоне деминерализации обнажается поверхностный дефект.

1. Каковы методы обследования больного?
2. Роль зубной бляшки в возникновении кариеса.
3. Методы обезболивания.
4. Перечислить методы и пути введения реминерализующих средств.
5. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
6. Местная профилактика кариеса.

### Задача № 17

Пациент жалуется на предьявляет. Санирует полость рта. Объективно: на вестибулярной поверхности 2112 ограниченные участки белого цвета (в виде вкраплений). Поверхность гладкая. Зонд скользит. Пятно окрашивается раствором метиленового синего. ЭОД = 4 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Механизм образования пятен.
3. Классификация кариеса.
4. Теории происхождения кариеса зубов.
5. Реминерализующая терапия (Леусу-Боровскому, Леонтьеву-Сунцевой). Состав ремондента.

### Задача № 18

Пациент обратился с жалобами на кратковременную боль от кислого и холодного в области нижней челюсти слева. Боль возникла впервые 4 месяца назад. Объективно: в пришеечной области 34 кариозная полость в пределах эмали, светло-коричневого цвета. Зондирование стенок и дна болезненно. Реакция на холодное болезненна, быстро, проходящая.

1. Поставьте диагноз.
2. Этапы препарирования кариозной полости.
3. К какому классу по Блеку относят данную кариозную полость? Особенности формирования кариозных полостей этого класса.
4. Медикаментозная обработка кариозной полости.
5. Классификация, характеристика постоянных пломбирочных материалов.

### Задача № 19.

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти слева. Боль впервые возникла 2 месяца назад. Объективно: на контактной поверхности 12 кариозная полость с поражением средних слоев дентина. Стенки кариозной полости и дно плотные. Зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Реакция на холодное отсутствует (безболезненна). Перкуссия отрицательная. ЭОД – 6 мкА.

1. Поставьте диагноз. Классификация кариеса.
2. Современная концепция этиологии кариеса
3. К какому классу по Блеку относят данную кариозную полость? Особенности формирования данных кариозных полостей.
4. Этапы препарирования и пломбирования зубов.
5. Средства для антисептической обработки кариозной полости. Выписать рецепты.
6. Дать характеристику изолирующим прокладкам.

### Задача № 20

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, механических и температурных раздражителей в области верхней челюсти справа. Впервые боль возникла 3 месяца назад. Объективно: на жевательно-контактной поверхности 16 кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, заполненная грязно-серым распадом. Размягченный дентин легко удаляется экскаватором. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. На холодной раздражитель реакция положительная, быстро проходящая. Перкуссия отрицательная. ЭОД = 16 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. К какому классу, согласно классификации Блека, относят данную кариозную полость? Особенности препарирования кариозной полости.
3. Этапы пломбирования глубокой кариозной полости.
4. Медикаментозная обработка глубокой кариозной полости. Выписать рецепты.
5. Дать характеристику лечебным и изолирующим прокладочным материалам. Выписать рецепты.

6. Выбор пломбировочного материала для данного дефекта. Особенности восстановления контактного пункта. Какие осложнения могут возникнуть после пломбирования?

### Задача № 21

Больной, 60 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боли в области нижних жевательных зубов слева, в течение 2 недель, возникающие при приеме острой или горячей пищи. Курит. Ранее за мед. помощью не обращался. Объективно: частичный съемный протез с опорой на 5 1 5 на верхней челюсти. Глубокая кариозная полость на задне-жевательной поверхности в депульпированном 37. Остальные жевательные зубы на нижней челюсти слева интактные. На слизистой оболочке левой ретромолярной области гиперемированное пятно с бархатистой поверхностью размером 8 x 5 мм, покрытой серым налетом. При соскабливании последнего, эрозия легко кровоточит. Регионарные поднижнечелюстные лимфоузлы не увеличены. Общее состояние не изменено.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите гистологическую картину.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению заболевания.
5. Течение заболевания.
6. Лечение.

### Задача № 22

На прием к стоматологу обратился 27 летний мужчина с жалобами на не резкие, периодически возникающие боли от термических факторов в области верхних жевательных зубов справа в течение 2 лет. Со слов больного, в 20 летнем возрасте после лечения 16 ему на данный зуб зафиксировали золотую коронку, которая через 2 года протерлась и выпала. Больше за стоматологической помощью не обращался. Объективно: Слизистая оболочка десны на верхней и нижней челюстях обычного вида. Пломба на жевательной поверхности отпрепарированного 16. Рядом расположенные моляры интактные. Место прикрепления десны на вестибулярной поверхности 16 обычное. С небной поверхности корень оголен на 2/3 длины. Зондирование корня резко болезненное. Край десны плотно прилежит со всех сторон зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова причина описанного состояния?
4. Приведите классификацию Миллера для этой патологии.
5. В чем заключается первый этап лечения?
6. В чем заключается второй этап лечения?
7. Назовите методы устранения данного состояния.

### Задача № 23

На консультацию к стоматологу участковым терапевтом направлен больной Т., 60 лет, с диагнозом: «Язва нижней губы справа». Больной жалуется на неприятный запах из полости рта. Находясь на диспансерном учете у терапевта с диагнозом: «Хроническая язва пиллорического отдела желудка». Курит. Работает комбайнером в колхозе. Объективно: на красной кайме нижней губы справа, в 2 см от угла рта, эрозия овальной формы, размером 15 x 7 мм с гладкой, как бы полированной поверхностью, насыщенного красного цвета, без склонности к кровоточивости и эпителизации. Пальпация слабо болезненная. Режущие края нижних фронтальных зубов стертые до дентина. Слизистая оболочка края застойно гиперемированная, десневых карманов нет. Умеренное наличие зубного камня на язычной поверхности нижних фронтальных зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы этиология и патогенез?
3. Какова гистологическая картина?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Лечение.
6. Профилактика.

### Задача № 24

Больной Е., 34 года обратился в клинику с жалобами на повышенную температуру тела, головную боль, разбитость, бессонницу, пот ерю аппетита, неприятный запах из полости рта. Со слов пациента, жалобы возникли после поездки на природу и стрессовой ситуации. Объективно: отмечается генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков. Язвенные поверхности покрыты 71 фибринозным налетом, при удалении которого обнажается кровоточащая рыхлая десна, резко болезненная при пальпации. Пальпация регионарных лимфатических узлов болезненна. Общий анализ крови: лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте характеристику этиологии и патогенезу заболевания.
3. Диагностика данного заболевания.
4. Составьте план лечения.

### Задача № 25

Больной К., 21 год, обратился на прием к врачу-стоматологу с жалобами на постоянную, самопроизвольную боль в зубе верхней челюсти слева, носящую пульсирующий характер, резко усиливающуюся при накусывании. В полости рта: на дистальной поверхности 24 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование и реакция на раздражители болезненны, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка в проекции корней 24 гиперемирована, отечна.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Оцените общую картину зубочелюстной системы данного пациента. 6. Дайте свои рекомендации по проведению лечебных манипуляций.

### Задача № 26

Пациент 36 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид слизистой оболочки полости рта. Курит в течение 25 лет. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит. В подъязычной области определяется ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Классификация данной патологии.
4. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
5. Наметьте план лечения.

### Задача № 27

Больной В., 18 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на чувство распирания, тяжести неловкости в области зубов верхней челюсти справа. Иногда возникает болезненность при накусывании. В полости рта: на передне – жевательной поверхности 15 зуба - кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, зондирование и реакция на холодовой 73 раздражитель безболезненна, перкуссия слегка болезненна. На слизистой оболочке в проекции корня – свищевой ход.

1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, имеющих сходную симптоматику.
4. Какие изменения вы ожидаете определить при рентгенодиагностике?
5. Составьте план последовательных мероприятий при лечении 15 зуба.
6. Дайте прописи лекарственных препаратов.
7. Выберите пломбирочные материалы с учетом групп зубов.

### Задача № 28

На прием к врачу-стоматологу обратилась больная М., 21 года, с жалобами на самопроизвольную длительную боль, усиливающуюся от всех видов раздражителей, в области зуба нижней челюсти справа. Боль появилась около 4 дней назад, особенно интенсивна ночью, иррадирует в ухо, затылок, висок. При осмотре зубных рядов обнаружено: на передне-жевательной поверхности 46 кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого определяется сообщение с полостью зуба в одной точке. Пульпа при зондировании резко болезненна, кровоточит.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.
3. Какие показания ЭОД 46 предположительно ожидать?
4. Определите индекс КПУ данному пациенту.
5. Обоснуйте выбор лечения 46 зуба?
6. Какие инструменты и лекарственные вещества вы будете использовать при эндодонтической обработке корневых каналов.
7. Какие мероприятия вы проведете при плановой санации данной пациентки?

### Задача № 29

На прием к врачу-стоматологу обратилась с целью плановой санации больная Д., 24 лет. При осмотре зубных рядов врач обнаружил: на жевательной поверхности 46 кариозная полость с остатком пломбы, после удаления которой и препарирования, определяется плотное пигментированное дно. Реакция на холод болевая, длительная. ЭОД - 45мкА. На рентгенограмме каналы 46 искривлены, в проекции верхушек корневых изменений нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
3. Определите индекс КПУ.
4. Выберите метод лечения 46 зуба.
5. Дайте прописи лекарственных веществ, применяемых при лечении зубов с плохо и непроходимыми корневыми каналами.
6. Чем вы будете пломбировать корневые каналы 46 зуба?
7. Составьте план санации данной пациентки.

### Задача № 30

Больной А., 27 лет, обратился к стоматологу с жалобами на измененный внешний вид эмали зубов. При осмотре: коронки всех групп зубов, особенно вестибулярной поверхности фронтальной группы, пигментирована, имеет меловидный оттенок, но сохраняет блеск. В области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей на вестибулярной поверхности имеются отдельные участки пигментации эмали светлокорицевого цвета и округлой формы, дефекты коронок диаметром до 1,5 мм и глубиной 0,1 – 0,3 мм., дно их светло-желтого цвета.

1. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите причину, обуславливающую данную патологию.
4. Назначьте лечение.
5. Определите меры профилактики.

### Задача № 31

Больной С., 52 года, обратился к стоматологу с жалобами на появление дефектов эмали в области зубов верхней челюсти и появление боли под действием химических и термических раздражителей. При осмотре в области 54 I 45 имеется дефект эмали и дентина в форме клина с ровными краями и стенками. Глубина дефекта 0,2-0,3 мм, длина 3,5-4 мм, цвет дефекта сходен желтоватым цветом нормального дентина. В области пораженных зубов определяется ретракция десны и обнажение шеек зубов на 1/3 длины корня.

1. Определите характер заболевания, поставьте диагноз.
2. Укажите причины, обуславливающие возникновение данного заболевания.
3. Перечислите стадии данного заболевания.
4. Имеется ли связь между общесоматическими заболеваниями и данной патологией?
5. Назначьте лечение в зависимости от стадии заболевания.

### Задача № 32

Больная М., 45 лет, обратилась с жалобами на дефект эмали в области передних зубов верхней челюсти и повышенную чувствительность от химических раздражителей. При осмотре в области 2 I 1 I 2 определяются овальные дефекты эмали, расположенные в поперечном направлении наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронок зубов, дно дефектов гладкое, блестящее, твердое. Эмаль в участке поражения светло-желтая и блестящая.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите стадию поражения.
3. Какие зубы не поражаются при данном заболевании?
4. Укажите причины обуславливающие возникновения данной патологии.
5. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
6. Назначьте лечение в зависимости от стадии заболевания.

### Задача № 33

К врачу-стоматологу обратилась больная Д., 32 года, с жалобами на высыпание в полости рта, жжение, боли при приеме пищи общее недомогание, головную боль, подъем температуры до 38С. Объективно: при осмотре полости рта наблюдается гиперемия, отечность слизистой оболочки полости рта. На слизистой оболочке твердого неба, щеках и спинке языка определяются единичные пузырьки. На месте вскрытых пузырьков определяются эрозии, покрытые сероватым налетом. Со стороны неба и языка диффузное поражение десен, острый катаральный гингивит. Регионарные узлы увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования следует применить?
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
4. Наметьте план лечения.
5. Синдром Стивенса-Джонсона.

### Задача № 34

К врачу-стоматологу обратилась пациентка М., 49 лет, с жалобами на озноб, недомогание, головные боли, температуру 38С., болями невралгического характера, усиливающимися под действием раздражителя, высыпания на коже и слизистой оболочке. Объективно: слизистая отечна, гиперемирована, по ходу 1 и 2 ветвей тройничного нерва, множественные 78 везикулы, расположенные по ходу нервов, быстро вскрывающиеся, с образованием единичных и сливных эрозий, покрытых фибринозным налетом. На коже туловища справа эритемотозно-везикулезные высыпания по ходу периферических нервов.

1. Поставьте диагноз.
2. Причины развития данной патологии.
3. Напишите план обследования и лечения.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие клинические признаки характерны для данного заболевания?
6. Какой тактики должен придерживаться врач в зависимости от тяжести заболевания?
7. Наиболее вероятные осложнения.

### Задача № 35

К врачу-стоматологу обратился пациент С., 46 лет, с жалобами на чувство шероховатости слизистой оболочки рта, неприятные ощущения при курении и приеме горячей пищи. Объективно: очаг поражения возвышается над уровнем здоровой слизистой оболочки, приобретая вид бляшек, безболезненных, шероховатых, не спаивающихся с подлежащей слизистой, лимфатические узлы в норме.

1. Поставьте вероятный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Классификация заболевания.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. План лечения.
7. Рекомендации.

### Задача № 36

К врачу-стоматологу обратился больной Н., 39 лет, с жалобами на жжение слизистой оболочки рта и боль при приеме пищи и разговоре. Наличие на слизистой оболочке полости рта «язвочек». Объективно: на слизистой оболочке полости рта эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом и окруженным венчиком гиперемии, располагающейся на щеке и переходной складке.

1. Поставьте вероятный диагноз.
2. Причины возникновения.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Появление в полости рта афты Бехчета.
5. Напишите план лечения.
6. Специфическая гипосенсибилизирующая терапия.

### Задача № 37

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от сладкого, а также от приема горячего и холодного в области нижней челюсти слева. Боль впервые возникла 6 месяцев назад. Объективно: на жевательной поверхности 36 зуба кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, заполненная большим количеством 80 размягченной дентина. Зондирование дна кариозной полости безболезненно. Реакция на холод резко болезненна, быстро проходящая. ЭОД = 18 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация кариеса.
3. Особенности препарирования глубоких кариозных полостей.
4. Особенности медикаментозной обработки. Выписать рецепты.
5. Этапы пломбирования глубокой кариозной полости.
6. Дать характеристику лечебным прокладочным материалам. Выписать рецепты.
7. Какие осложнения могут возникнуть после лечения глубокого кариеса и почему?

### Задача № 38

Больная, 37 лет, экономист, обратилась к стоматологу с жалобами на зуд по утрам в области нижних передних зубов, продолжающийся в течение месяца. Подобные ощущения возникли впервые. Объективно: красная кайма и слизистая оболочка губ обычного вида. Десна в области фронтальных зубов бледно-розового цвета. Край десны плотно прилегает к поверхности зубов. При зондировании кровоточивости нет, десневой карман и микробный налет отсутствуют. Зубной камень в небольшом количестве на язычной поверхности нижних фронтальных зубов. Шейки резцов и клыков на нижней челюсти оголены на 1,5 мм, безболезненны при зондировании. На задне – контактных поверхностях 21 и 22 зубов композитные реставрации двухлетней давности с плотно прилегающими краями.

1. Назовите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для окончательного диагноза?
3. Какие заболевания играют ведущую роль в происхождении описанного состояния?
4. Какие структурные изменения костной ткани выявляются при R– логическом исследовании?
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. План лечения.
7. Прогноз.

### Задача № 39

Больная, 27 лет, жалуется на кровоточивость десны во время чистки зубов, а также неприятный запах изо рта. Объективно: при обследовании полости рта обнаруживается гиперемия, отек межзубных сосочков в области нависающих краев пломб фронтальных зубов нижней челюсти. ИГ=4 РМА=1. При рентгенологическом обследовании патологических изменений в костной ткани альвеолярных отростков челюстей не выявляется.

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените состояние полости рта.
3. Дайте характеристику этиологии и патогенезу заболевания.
4. Проведите дополнительные методы исследования.
5. Составьте план лечения.

#### **Задача № 40**

Больной, 14 лет, обратился с жалобами на разрастание десны, зуд, кровоточивость, боли усиливающиеся во время приема пищи, а также неприятный запах изо рта. Объективно: обнаруживается разрастание десневого края до 1/3 высоты коронок зубов. При зондировании выявляется наличие ложных зубодесневых карманов. Отмечается значительная гиперемия, отечность десневого края, приотрагивании наблюдается кровоточивость. ИГ=4. РМА=2.

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените гигиеническое состояние полости рта.
3. Дайте характеристику этиологии и патогенезу заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения.

## **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 необходимыми 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».

**Лист согласования  
дополнений и изменений  
к комплекту ФОС<sub>д</sub> / ФОС<sub>п</sub> / ФОС<sub>гИА</sub> на \_\_\_\_\_ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС<sub>д</sub> / ФОС<sub>п</sub> / ФОС<sub>гИА</sub> на  
\_\_\_\_\_ учебный год по

дисциплине \_\_\_\_\_ /  
практике \_\_\_\_\_ /  
государственной итоговой аттестации  
по специальности \_\_\_\_\_

В комплект ФОС<sub>д</sub> / ФОС<sub>п</sub> / ФОС<sub>гИА</sub> внесены следующие изменения:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дополнения и изменения в комплекте ФОС<sub>д</sub> / ФОС<sub>п</sub> / ФОС<sub>гИА</sub> обсуждены на заседании  
кафедры \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. (протокол № \_\_\_\_\_).

Заведующий кафедрой (для ФОС<sub>д</sub> / ФОС<sub>п</sub>) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Заведующий профильной кафедрой (для ФОС<sub>гИА</sub>) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /