

Министерство здравоохранения Российской Федерации

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИНСТИТУТ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»

**ОДОБРЕНО**

Ученым советом АНО ВО «Институт  
современной стоматологии»

«23» 01 2024 г. протокол № 3

**УТВЕРЖДЕНО**

Ректор  
АНО ВО «Институт современной  
стоматологии»

к.м.н. А.В. Стоматов  
«23» 01 2024 г. протокол № 3



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
«СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»**

основной профессиональной образовательной программы высшего  
образования – программы подготовки кадров высшей квалификации  
в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

**Блок 1**

**Базовая часть (Б1.О.1)**

Уровень образовательной программы: высшее образование  
Подготовка кадров высшей квалификации  
Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения  
очная

Пенза  
2023

**СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ  
ПО РАЗРАБОТКЕ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
к рабочей программе учебной дисциплины (модуля)  
«Стоматология общей практики»**

<b>№ пп.</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Ученая степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>	<b>Место работы</b>
1.	Стоматов Александр Владимирович	к.м.н., доцент	Ректор АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»
2.	Стоматов Дмитрий Владимирович	к.м.н. доцент	Доцент АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»
<b>По методическим вопросам</b>				
3.	Стоматов Александр Владимирович	к.м.н., доцент	АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»
4.	Стоматов Дмитрий Владимирович	к.м.н. доцент	АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»

# 1. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

## 1.1. Текущий контроль

*ФОС текущего контроля* используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью (в том числе самостоятельной) обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода *освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля)*. В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются как показатель текущего рейтинга обучающегося.

## 1.2. Промежуточная аттестация

*ФОС промежуточной аттестации* обучающихся по освоению рабочих программ учебных дисциплин (модулей), практик предназначается для оценки *степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями ФГОС ВО*.

Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: *зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет*. На этапе промежуточной аттестации проверяются все заявленные компетенции.

## 1.3. Итоговый контроль

*ФОС итоговой (государственной итоговой) аттестации* используется для оценки результатов *освоения образовательных программ*. В ходе государственной итоговой аттестации ординаторов оценивается степень соответствия сформированных компетенций выпускников требованиям ФГОС ВО.

# 2. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ, ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

## 2.1. Критерии оценки ответа обучающихся при тестировании

Оценка	Критерии оценки (% от макс количества баллов)
Отлично	90-100%
Хорошо	80-89%
Удовлетворительно	70-79%
Неудовлетворительно	69% и менее

## 2.2. Критерии оценки ответа обучающихся при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

- Сформированность знаний дисциплины в аспекте цели и задач программы;
- Сформированность умений и практических навыков, определяемых целью и задачами программы;
- Наличие опыта деятельности по применению знаний, умений, навыков в решении учебно-профессиональных задач;
- Сформированность способности (готовности) применять знания, умения, навыки в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.

## 2.3. Показатели критериев и оценка при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

Показатели критериев	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p><i>Демонстрируется способность выявлять проблему, формулировать гипотезу, обосновывать свою точку зрения, предсказывать последствия, отличать факты от мнений (суждений), гипотез, выводы от положений, анализировать информацию, находить ошибку, высказывать суждения о соответствии выводов и фактов, о точности (измерений), о качестве (точности, эффективности, экономичности) проделанной работы, выбранном способе решения или используемых методах, строить модель, составить план эксперимента, решения, изменить план.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.</p>	Отлично (зачтено)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, но проявляется затруднение в демонстрации авторской позиции обучающегося.</p>	Хорошо (зачтено)

Показатели критериев	Оценка
<p>Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p><b>Демонстрируется способность объяснять, соотносить, характеризовать (приводить характеристики), сравнивать, устанавливать (различие, зависимость, причины), выделять существенные признаки, определять по алгоритму, составлять по готовой схеме, выполнить в соответствии с правилами.</b></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных, но затрудняется в решении сложных задач, обосновании трудовых действий.</p>	
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. <b>Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</b></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.</p> <p>Демонстрируются большие затруднения в способности решать учебно-профессиональные задачи.</p>	Удовлетворительно (зачтено)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. <b>Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</b></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.</p>	Неудовлетворительно (не зачтено)

## 2.4. Шкала оценивания уровня сформированности компетенции

Уровень	Характеристика сформированности компетенции
Высокий	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями.
Достаточный	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при решении нетипичной профессиональной задачи.
Недостаточный	Деятельность осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.

## 3. ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

(заполняется на основании компетенций, регламентированных ФГОС ВО)

Наименование компетенции	Код компетенции	Наименование компетенции
Универсальные компетенции (УК)	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
	УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
	УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
	УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)	ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
	ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность

	ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний
	ОПК-5	Способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов со стоматологическими заболеваниями
	ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность санитарно противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
	ОПК-7	Способен проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний
	ОПК-8	Способен вести медицинскую документацию, проводить анализ медико-статистической информации. Организационно-управленческая деятельность
	ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Профессиональные компетенции (ПК)	ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	ПК-2	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения
	ПК-3	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
	ПК-4	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
	ПК-5	Ведение санитарно гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
	ПК-6	Организационно-управленческая деятельность

## 4. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ КОНТРОЛЯ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

### 4.1. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

#### 4.1.1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
<i>Б1.Б.1.1</i>	Стоматология общей практики	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4,

		ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1</b>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1.1</b>	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-6
1	В чем сущность метода системного анализа, системного синтеза?	УК-1
	Ответ: Системный анализ – научный метод использования междисциплинарного подхода и системного объединения достижений различных областей знания для решения сложных проблем, которые не могут быть решены в рамках отдельных дисциплин и частных подходов.	
2	Что лежит в основе принципа толерантности?	УК-1, УК-4
	Ответ: это принятые в социальной среде нормы поведения, которые выражаются в терпимости людей друг к другу, вероисповеданиям, обычаям и чувствам.	
3	Какие основные измерения толерантности вы знаете?	УК-1, УК-4
	Ответ: есть пять основных измерений толерантности: личностное, когнитивное, эмоциональное, поведенческое и вербальное.	
4	Что вы понимаете под мотивацией?	УК-1, УК-3, УК-5, ОПК-3
	Ответ: мотивация является движущей силой человеческого поведения, в основе которой находится взаимосвязь потребностей, мотивов и целей человека.	
5	Основными разделами работы врача - стоматолога поликлиники являются?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-6, ПК-6



	<p>Ответ: к разделам работы врача - стоматолога можно отнести: оказание лечебно-профилактической, хирургической и ортопедической помощи по обращаемости; проведение консультаций для врачей других специальностей; диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных; проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных; ведение учетно-отчетной документации; экспертиза временной нетрудоспособности; санитарно-просветительная работа.</p>	
6	<p>Штатное расписание медицинскому персоналу стоматологических поликлиник осуществляется на основании?</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-6, ПК-6</p>
	<p>Ответ: штатное расписание персонала стоматологических поликлиник составляется на основании приказа МЗ СССР от 01.10.1976 №950.</p>	
7	<p>Назовите количественные и качественные показатели, используемые для анализа деятельности стоматологов-терапевтов?</p>	<p>УК-1, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6</p>
	<p>Ответ: к таким показателям можно отнести: среднее число больных на врача в смену, из них первичных; среднее число выработанных врачом УЕТ в смену; кратность посещений на одно обращение; среднее число санированных больных одним врачом за смену; кратность посещений на одну санацию; соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному; средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ).</p>	
8	<p>Как производится контроль качества предстерилизационной очистки?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.</p>	
9	<p>Перечислите виды стерилизации медицинских изделий применяемых в стоматологии?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению</p>	

	конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.	
10	Какая документация необходима для учета и контроля проводимых диспансерных мероприятий?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: основными медицинскими документами для учёта и контроля проводимых диспансерных мероприятий являются: Медицинская карта амбулаторного больного Карта учёта диспансеризации Контрольная карта диспансерного наблюдения.	
11	Перечислите этапы экспертизы контроля качества в государственном учреждении стоматологического профиля.	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: 1 ступень- контроль осуществляют заведующие отделением (ежедневно проверка по 10-20 % амбулаторных карт каждого врача с законченными случаями лечения), 2 ступень- осуществляет контроль зам. главного врача по медицинской работе, а также зам. главного врача по клиничко- экспертной работе, 3 ступень- врачебная комиссия, возглавляемая главным врачом.	
12	Дайте определение понятие нетрудоспособности. Перечислите виды нетрудоспособности?	УК-1, ОПК-5, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: нетрудоспособность – это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. Выделяют временную и стойкую нетрудоспособность (инвалидность). Временная нетрудоспособность подразделяется на полную и частичную. Полная временная нетрудоспособность – это утрата работающим способности к труду на определённый срок и сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения. Частичная временная нетрудоспособность – это нетрудоспособность в отношении своей профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегчённым, режимом или уменьшенным объёмом. Стойким нарушением нетрудоспособности называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, вызванные заболеванием, травмой или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1</b>
1	Какие методы обследования выделяют в стоматологии?	УК-1, УК-2, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: в стоматологии выделяют основные (опрос, осмотр,	

	зондирование, перкуссия, пальпация) и дополнительные методы обследования (температурная диагностика, ЭОД, рентгенологическое исследование, апекслокация, метод трансиллюминации, метод люминесцентной диагностики, функциональные пробы, функциональные методы исследования, цитологический метод, биопсия бактериологическое исследование, серологическое исследование, методы оценки иммунного статуса и др.).	
2	Как можно разделить по информативности жалобы пациента?	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: по информативности можно выделить: основные жалобы - важные симптомы заболевания, которые указывают в определенной степени на локализацию процесса. Второстепенные жалобы –ощущение пациента, указывающее на наличие заболевания без определенной специфичности, или жалобы которые связаны с сопутствующим заболеванием.	
3	Что является целью осмотра?	УК-1, ПК-1
	Ответ: цель осмотра - выявление изменений челюстно-лицевой области при обращении за помощью или в процессе профилактического осмотра. Осмотр складывается из внешнего и осмотра полости рта.	
4	Назовите прибор для определения подвижности зубов и охарактеризуйте его устройство?	ПК-1
	Ответ: прибор для определения подвижности зубов «Периотест», состоит из двух частей: приборного блока компьютерного анализатора и наконечника соединенных между собой кабелем.	
5	Перечислите основные рентгенологические методики обследования?	УК-1, ПК-1
	Ответ: наиболее распространенные следующие рентгенологические методики: внутриротовые и внеротовые рентгенограммы, томограммы, панорамные рентгенограммы, ортопантомограммы, радиовизиограммы, компьютерные томограммы.	
6	Что является материалом для цитологического исследования?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Материалом для цитологического исследования является мазок- отпечаток, мазок перепечаток, мазок соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, пародонтальных карманов, осадок промывной жидкости, используемой для полоскания полости рта, и пунктат участка, расположенного в глуболежащих тканях.	
7	Какие функциональные пробы используются как дополнительный метод обследования?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к функциональным пробам можно отнести волдырную пробу, гистаминовую пробу, пробу Шиллера – Писарева, пробу Ясиновского, определения стойкости капилляров по Кулаженко, количество десневой жидкости.	

<b>Б1.Б.1.1.1.3</b>	<b>Некариозные поражения зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
1	Какие поражения зубов относятся к некариозным?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: некариозные поражения зубов – результат нарушения и прорезывания зубов и приобретенная патология твердых тканей зубов после их прорезывания за исключением кариеса. К первой группе относят : аномалии размеров и формы зубов, флюороз зубов, нарушение формирования зубов, наследственные нарушения структуры зуба. Ко второй группе относят: патологическую стираемость, эрозия, клиновидный дефект, отложения на зубах, изменение цвета зубов, гиперестезия, лучевой некроз, травма зубов.	
2	Классификация гипоплазии?	ОПК-4
	Ответ: гипоплазия может быть системной (изменение цвета, недоразвитие, отсутствие эмали) и местной.	
3	С чем связано развитие флюороза?	УК-1
	Ответ: механизм развития флюороза – токсическое влияние фтора на энамелобласты в период развития эпителиального органа, приводящее к нарушениям формирования эмали	
4	Классификация флюороза по Патрикееву В. К. ?	ОПК-4
	Ответ: штриховая форма, пятнистая форма, меловидно-крапчатая форма, эрозивная форма, деструктивная форма	
5	Что относится к наследственным нарушениям развития тканей зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез, несовершенный остеогенез,	
6	Дайте определение понятию «эрозия зубов» ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: эрозия – овальный или округлый дефект эмали, расположенный поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки зуба	
7	Гиперестезия – это ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гиперестезия –это повышенная чувствительность тканей зуба к действию механических, химических и температурных раздражителей.	
8	Назовите основные методы лечения некариозных поражений?	ПК-2
	Ответ: рем-терапия, пломбирование дефектов с помощью композиционных материалов, протезирование, отбеливание	
<b>Б1.Б.1.1.1.4</b>	<b>Кариес. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика кариеса</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Дайте определение понятиям «кариес», «распространенность кариеса» «интенсивность кариеса» ?	УК-1; ОПК-2, ОПК-6

	<p>Ответ: понятие «кариес» означает патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости;</p> <p>Понятие «распространенность кариеса» определяется процентом лиц имеющим заболевание в момент обследования;</p> <p>Понятие «интенсивность кариеса» определяется суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного обследованного.</p>	
2	Перечислите основные уровни профилактики стоматологических заболеваний?	УК-1, УК-2, ПК-4
	<p>Ответ: первичная профилактика – предупреждение стоматологических заболеваний различными методами и средствами;</p> <p>вторичная профилактика - применение традиционных методов лечения для остановки развившегося патологического процесса и сохранения тканей;</p> <p>третичная профилактика – восполнение анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы.</p>	
3	Назовите теории происхождения кариеса?	УК-1
	Ответ: химико- паразитарная теория, физико- химическая теория, современная теория ?	
4	Какие местные факторы обуславливают возникновение кариеса	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: к местным факторам можно отнести микроорганизмы зубного налета, нарушение состава и свойств ротовой жидкости, углеводные остатки пищи</p>	
5	Какие местные факторы обуславливают возникновение кариеса?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: к общим факторам относятся: диета, пищевой рацион, количество фтора в питьевой воде, изменение в работе органов и систем, экстремальные воздействия.</p>	
6	Топографическая классификация кариеса?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: в топографической классификации различают 4 стадии развития кариозного процесса: стадию пятна, поверхностный кариес, средний кариес и глубокий кариес.</p>	
7	Перечислите общие принципы препарирования твердых тканей зуба при кариесе?	ПК-2
	<p>Ответ: к общим принципам препарирования относятся: обезболивание; раскрытие кариозной полости, расширение кариозной полости и формирование.</p>	
8	Какие методы санитарно-просветительной работы вы знаете?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: методы санитарно-просветительной работы: устный, печатный, наглядный (изобразительный). К устному методу</p>	

	относятся: лекции, беседы, доклады, громкие чтения, вечера вопросов и ответов, курсовые занятия, выступления по радио. Средства печатной пропаганды: лозунг, листовка, памятка, брошюра, бюллетень и др. Наглядный (изобразительный) метод предполагает использование: графических, живописных и других средств.	
9	При плохой гигиене полости рта какие пломбировочные материалы нужно использовать?	УК-1, ПК-2
	Ответ: стеклоиномерные цементы	
<b>Б1.Б.1.1.1.5</b>	<b>Пульпит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Что представляет собой пульпа зуба?	УК-1
	Ответ: пульпа зуба представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую из основного (межклеточного) вещества, клеточных и волокнистых элементов, с включенными сосудами и нервами.	
2	Назовите слои пульпы?	УК-1, ПК-1
	Ответ: в пульпе различают три клеточных слоя периферический состоящий из одонтобластов; субодонтобластический состоящий из звездчатых клеток; и центральный слой представлен фибробластами, гистиоцитами, плазматическими клетками, лимфоцитами, моноцитами.	
3	Назовите основные функции пульпы?	УК-1
	Ответ: основными функциями пульпы являются: трофическая, защитная, пластическая.	
4	Симптомы острых пульпитов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: для острых форм пульпита характерны следующие симптомы: самопроизвольная боль возникающая без воздействия внешних раздражителей; действие раздражителей приводит к продолжительному болевому приступу; усиление болей ночью характерно для острого пульпита и обострения хронического пульпита, приступообразный характер болей с безболевыми промежутками.	
5	Классификация пульпитов по ММСИ?	ОПК-4
	Ответ: I. Острый пульпит; а) очаговый, б) диффузный. II. Хронический пульпит: а) фиброзный, б) гангренозный, в) гиперпластический, г) обострение хронического пульпита. III. Состояние после частичного и полного удаления пульпы.	
6	Какие методы лечения пульпитов вы знаете?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Методы лечения пульпитов делятся на две группы: I. Сохранение жизнеспособности пульпы: полное (биологический метод); частичное (витальная ампутация).	

	<p>II. Удаление пульпы: полное (экстирпация витальная и девитальная ); частичное (девитальное).</p> <p>III. Комбинированный метод</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.6</b>	<b>Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Дайте определение понятию «периодонт»?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: периодонт представляет собой сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба.</p>	
2	Чем образован периодонт?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: периодонт образован соединительной тканью, в которой различают межклеточное вещество, фиброзные коллагеновые, окситалановые, аргирофильные волокна и прослойки соединительной ткани, пронизанные кровеносными и лимфатическими сосудами и нервами.</p>	
3	Назовите этиологические факторы развития периодонтита?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: в развитии периодонтита выделяют инфекционный фактор; травматический фактор, также периодонтит может развиваться под действием медикаментозных препаратов.</p>	
4	Патологическая анатомия при хроническом фиброзном периодонтите?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: При фиброзном периодонтите отмечается уменьшение клеточных элементов и увеличение грубоволокнистой фиброзной ткани. В отдельных участках периодонта наблюдается воспалительные мелкоочаговые инфильтраты и склероз сосудов. Беспорядочное расположение грубоволокнистых структур в периодонте придает ему характер рубцовой ткани и сопровождается диффузным утолщением верхушечного участка периодонта</p>	
5.	Назовите основные группы пломбировочных материалов для корневых каналов?	ПК-2
	<p>Ответ: силлеры и филлеры</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.7</b>	<b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Назовите требования предъявляемые к реставрационным материалам?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. Безвредность для тканей зуба, периодонта, слизистой оболочки рта и организма в целом. 2. Достаточно высокий предел прочности на сжатие и изгиб, невысокий абразивный износ. 3. Стабильность объема материала. 4. Хорошая адаптация к стенкам полости и высокая адгезия. 5. Незначительная теплопроводность. 6. Совокупность оптических свойств (отенок, насыщенность, прозрачность), обеспечивающих эстетичность реставрации. 7. Хорошая полируемость. 8. Цветостабильность. 9. Удобство в работе. 10. Рентгеноконтрастность. 11. Кариесстатическое действие на ткани зуба.</p>	
2	На какой срок накладывают временные пломбы и повязки?	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: Повязки накладываются на срок 1 — 14 суток. Временные пломбы накладываются на более длительный срок — от 2 недель до 6 месяцев.</p>	
3	<p>Перечислите материалы применяемые для изолирующих прокладок?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: В качестве материалов для изолирующих прокладок используют цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные цементы, а также изолирующие лаки.</p>	
4	<p>Классификация лечебных прокладок?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. Одонтотропные материалы, содержащие гидроксид кальция: а) химически отверждаемые; б) светополимеризуемые. 2. Цинк - эвгеноловые цементы. 3. Комбинированные лечебные пасты: а) готовые комбинированные лечебные пасты; б) комбинированные лечебные пасты, готовящиеся ex tempore.</p>	
5	<p>Классификация композиционных материалов в зависимости от размера частиц неорганического наполнителя?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1. Макронаполненные (размер частиц 8 - 12 мкм и более); 2. Мининаполненные - с малыми частицами (размер частиц 1-5 мкм); 3. Микронаполненные (размер частиц 0,04 - 0,4 мкм); 4. Гибридные (размер 0,04 - 5 - 8 мкм): а) макрогибридные (смесь частиц различного размера: 0,04-0,1 и до 8-12 мкм); б) микрогибридные (смесь частиц различного размера: 0,04-0,1 и до 1-5 мкм); в) гибридные totally выполненные композиты (смесь частиц различного размера: 8-5 мкм; 1-5 мкм; 0,01-0,1 мкм). 5. Наногибридные (смесь частиц размером от 0,004 до 3 мкм).</p>	
6	<p>Дайте определение понятиям «филлеры» и «силеры»?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Филлеры – материалы, предназначенные для заполнения просвета корневого канала. Силеры (эндогерметики) – твердеющие материалы, предназначенные для заполнения пространств между штифтами и стенками корневого канала.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.8</b>	<p><b>Заболевания тканей пародонта. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика</b></p>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	<p>Дайте определение понятию «пародонт»?</p>	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: Пародонт - это комплекс тканей, окружающих зуб, составляющих единое целое, имеющих генетическую и функциональную общность. Он включает в себя: десну, надкостницу, костную ткань лунки и альвеолярного</p>	



	отростка, периодонт, цемент корня	
2	Классификация болезней пародонта?	ОПК-4
	<p>Ответ: I. Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострение, ремиссия. Распространенность процесса: локализованный, генерализованный. II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: острое, хроническое, обострение (в том числе абсцедирование), ремиссия. Распространенность процесса: локализованный, генерализованный. III. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта. Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая. Течение: хроническое, ремиссия. Распространенность процесса: генерализованный. IV. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. V. Пародонтомы — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.</p>	
3	Назовите местные и общие факторы возникновения гингивита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Местные этиологические факторы развития гингивита: низкий уровень гигиены полости рта, аномалии прикрепления уздечек губ и языка, дефекты пломбирования, протезирования и ортодонтического лечения, аномалии положения и тесное положение зубов, нарушения прикуса и т.д. Общие факторы: патология пищеварительного тракта (гастриты, язвенная болезнь), гормональные нарушения (беременность, период полового созревания, сахарный диабет), болезни крови, прием лекарственных препаратов и т.д.</p>	
4	Назовите формы гипертрофического гингивита?	ОПК-4
	<p>Ответ: отёчная и фиброзная формы.</p>	
5	Перечислите агрессивные формы пародонтита?	ОПК-4
	<p>Ответ: I. Препубертатный агрессивный пародонтит (7—11 лет): а) генерализованная форма. II. Ювенильный агрессивный пародонтит (11—21 год): а) локализованная форма (ЛЮП); б) генерализованная форма (ГЮП). III. Быстротекущий пародонтит взрослых (до 35 лет): а) у лиц, имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе; б) у лиц, не имевших ЛЮП или ГЮП в анамнезе.</p>	
6	Отличительные особенности пародонтоза от пародонтита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1

	<p>Ответ: 1. Отсутствие воспаления, кровоточивости и отека десен. 2. При пародонтозе коронки приобретают клиновидную форму, за счёт рецессии десны и снижения высоты межзубных перегородок. 3. Течение заболевания только хроническое, длительное. 4. Плохо диагностируется на ранних стадиях и плохо поддается лечению.</p>	
7	Какие заболевания относят к пародонтомам?	ОПК-4
	<p>Ответ: К пародонтомам относятся фибромагроз десен, эпюлис, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта.</p>	
8	Профессиональная гигиена полости рта - это ?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: Профессиональная гигиена полости рта- комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений.</p>	
9	Назовите дополнительные средства индивидуальной профилактики.	ПК-4
	<p>К дополнительным средствам индивидуальной профилактики относятся флоссы, межзубные ёршики, ирригаторы, скребок для языка.</p>	
10	Вторичная профилактика заболеваний пародонта заключается ?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: 1. Устранение местных травмирующих факторов. 2. Нормализация индивидуальной гигиены полости рта и проведение профессиональной гигиены полости рта. 3. Устранение начальных форм заболеваний пародонта, с целью предотвращения их прогрессирования.</p>	
11	Пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести диспансерное наблюдение проводится?	УК-2, ПК-3, ПК-4
	<p>Ответ: 2 раза в год</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.9</b>	<b>Травматические повреждения СОПР. Лейкоплакия. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-4</b>
1	Классификация травматических повреждений слизистой оболочки полости рта?	ОПК-4
	<p>Ответ: 1. По течению: а) острая, б) хроническая; 2. По природе возникновения: а) механическая, б) физическая, в) химическая; 3. По фактору, который оказал патологическое воздействие: а) домашняя травма (бытовая), б) спортивная, в) дорожная, г) производственная.</p>	
2	Что называется лейкоплакией?	УК-1, ОПК-4
	<p>Лейкоплакия — хроническое заболевание слизистой оболочки рта или красной каймы губ, сопровождающееся</p>	

	повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.	
3	Перечислите формы лейкоплакии?	ОПК-4
	Ответ: Плоская, мягкая, веррукозная, эрозивная, лейкоплакия курильщиков.	
4	Назовите этиологические факторы возникновения лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: I. Экзогенные факторы: 1.Хронические механические раздражители: острые края зубов и пломб;кламмеры и плохо припасованные съемные протезы, аномалии положения отдельных зубов, вредные привычки; гальванизм. 2.Химические раздражители: Бытовые - острая раздражающая пища, табак, спирт. Производственные - смола, йод, бром, минеральные удобрения, кислоты, щелочи. 3. Температурные раздражители: - горячая пища; табачный дым, горячий воздух. 4. Метеорологические раздражители: - низкая влажность и температура, повышенная инсоляция.</p> <p>II. Эндогенные факторы: 1. Патология ЖКТ. 2.Нарушения обмена витамина А. 3. Нейродистрофические процессы в полости рта, осложненные хроническим воспалением.</p>	
5	Назовите формы верукозной лейкоплакии?	ОПК-4
	Ответ: Бляшечная и бородавчатая формы	
6	Перечислите меры профилактики возникновения лейкоплакии	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: Основой профилактики лейкоплакии является своевременное предупреждение травмы слизистой оболочки рта: курение, прием горячей и острой пищи, недоброкачественные протезы, острые края зубов, гальванические токи и другие раздражители.	
<b>Б1.Б.1.1.1.10</b>	<b>Инфекционные поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1</b>
1	Как классифицируются инфекционные поражения СОПР?	ОПК-4
	Ответ: Вирусные, бактериальные и микотические поражения	
2	Назовите периоды развития острого герпетического стоматита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Как инфекционное заболевание острый герпетический стоматит (ОГС) имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, разгара, угасания и клинического выздоровления.	
3	Этиологический фактор развития язвенно-некротического стоматита Венсана?	ОПК-4
	Ответ: Заболевание возникает под влиянием фузоспириллярной инфекции — симбиоза спирохеты Венсана и веретенообразной палочки.	
4	Дайте определение кандидоза?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: Кандидоз – инфекционно-воспалительное заболевание, обусловленное грибами рода Candida,	

	наиболее часто <i>Candida albicans</i> .	
5	Классификация кандидоза полости рта по клиническому течению?	ОПК-4
	Ответ: 1.Острый кандидоз: Псевдомембранозный (молочница), атрофический. 2.Хронический кандидоз: Гиперпластический, атрофический.	
<b>Б1.Б.1.1.1.11</b>	<b>Аллергические поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-10, ПК-2, ПК-4</b>
1	Назовите типы аллергических реакций?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: 1.Аллергические реакции немедленного типа; 2. Аллергические реакции замедленного типа.	
2	Профилактика развития контактного аллергического стоматита?	УК-1, ПК-4
	Ответ: исключить контакт с веществами которые могут вызвать стоматит: стоматологические материалы, лекарственные препараты, использующиеся местно, зубные пасты, ополаскиватели, губные помады, ортодонтические пластинки и т.д.	
3	Дайте определение многоформной экссудативной эритеме?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: многоформная экссудативная эритема — это острое заболевание кожи и слизистых с полиморфными высыпаниями и склонностью к рецидивам преимущественно в осенний и весенний периоды.	
4	Назовите виды многоформной экссудативной эритемы?	ОПК-4
	Ответ: инфекционно-аллергическая (идиопатическая), характерны рецидивы с сезонным характером (осень, весна); токсико-аллергическая (симптоматическая), характерен рецидив после приема лекарственных препаратов-аллергенов.	
5	Перечислите необходимые препараты для купирования анафилактического шока?	УК-1, ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: сосудосуживающие препараты; гормональные препараты, препараты для восстановления объема циркулирующей жидкости; десенсибилизирующие препараты, препараты для нормализации работы сердечной и дыхательной систем.	
6	При выполнении какой операции рассекают щито-перстневидную мембрану?	ПК-2
	Ответ: рассечение щито-перстневидной мембраны выполняют при трахеотомии.	
7	Назовите препараты для местного патогенетического лечения многоформной экссудативной эритемы?	ПК-2
	Ответ: гормональные мази: преднизолоновая, гидрокортизоновая, лоринден С	
<b>Б1.Б.1.1.1.12</b>	<b>Изменения СОПР при системных заболеваниях.</b>	<b>УК-1, УК-2,</b>

	<b>Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>ОПК-4, ПК-1</b>
1	При каких системных заболеваниях происходят изменения в СОПР?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: при сердечно-сосудистых заболеваниях ; при желудочно-кишечных заболеваниях; при эндокринной патологии; при гипо- и авитаминозах; при заболеваниях крови и кроветворных органов; при заболеваниях нервной системы	
2	Опишите клиническую картину изменений СОПР при патологиях ССС ? Ответ: при сердечно-сосудистой недостаточности цианоз губ и прилегающих участков кожи. Отек слизистой оболочки щек, боковых поверхностей языка, отпечатки зубов. Гиперемия слизистой оболочки полости рта, языка с явлениями отека. При атеросклерозе слизистая оболочка бледная, четко выражен сосудистый рисунок небных дужек и мягкого неба. Жалобы могут отсутствовать. Отек, изменения окраски слизистой оболочки полости рта выявляет стоматолог. На дискомфорт в полости рта, отек языка, ощущение увеличения языка, прикусывание слизистой оболочки щек, языка. Жжение, боль при приеме раздражающей пищи. Гиперемиию слизистой оболочки полости рта (щеки, языка).	УК-1, ОПК-4, ПК-1
3	Какой синдром возникает при патологии ССС проявляющийся изменением СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: пузырьно-сосудистый синдром. Слизистая оболочка умеренно увлажнена. На мягком небе, боковой поверхности языка, и дне полости рта обычно определяется единичный пузырь с геморрагическим содержимым; после вскрытия пузыря образуется эрозия округлой формы на слегка гиперемированном фоне. Эрозия покрыта фибринозным налетом, эпителизируется в течение 3—7 дней в зависимости от величины пузыря, без образования рубца. При легком прикосновении (трении) слизистой оболочки по периферии пузыря или эрозии может образоваться геморрагический пузырь.	
4	Перечислите изменения СОПР при желудочно-кишечных заболеваниях?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: налет на языке, отек слизистой оболочки полости рта, изменение цвета слизистой оболочки полости рта, десквамация эпителия языка, эрозивно-язвенные поражения.	
5	Опишите клиническую картину изменений СОПР при сахарном диабете?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Слизистая оболочка полости рта слабо увлажнена или сухая, блестящая, слегка гиперемирована. Возможны эрозии, кровоизлияния, трофические язвы. Парестезии слизистой оболочки, чувство жжения, снижение вкусовой чувствительности на сладкое, соленое.	
6	Какие жалобы предъявляют пациенты на изменения СОПР при остром лейкозе?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: жалобы на боль при глотании, профузные кровотечения из десны, лунки удаленного зуба,	

	болезненные высыпания в полости рта, затрудняющие прием пищи.	
7	Перечислите жалобы пациентов при глоссалгии и стомалгии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: жалобы на жжение, саднение, покалывание, онемение, неловкость, набухание, тяжесть в языке, усиливающиеся после разговора и к концу дня, чувство перца на языке, ошпаренности. На поздних стадиях заболевания присоединяется боль в языке. Нередко заболевание сопровождается расстройством вкуса и сухостью в полости рта. Жжение и другие неприятные ощущения часто распространяются на слизистую оболочку губ, десну, твердое небо, зев, пищевод, кожу лица. Во время еды, как правило, все неприятные ощущения исчезают.	
8	Профилактика патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	УК-1,УК-2, ПК-4
	Ответ: диагностика и лечение заболеваний ЖКТ, санация полости рта, рациональное протезирование, тщательная индивидуальная гигиена полости рта	
<b>Б1.Б.1.1.1.13</b>	<b>Изменения СОПР при дерматозах. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1</b>
1	Дайте определение понятию «Плоский лишай» ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: Плоский лишай – хроническое полиэтиологическое заболевание с высыпанием папул на слизистых оболочках и коже, встречается во всех возрастных группах, но чаще болеют женщины от 40 до 60 лет.	
2	Классификация плоского лишая ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: типичная, экссудативно- гиперемическую, эрозивно-язвенную,буллезную, гиперкератотическую, атипичную.	
3	Что представляет собой папула при плоском лишае ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Папула- беловатое или перламутровое,почти не возвышающееся над слизистой оболочкой образование при поскабливании не удаляется, образуется в результате акантоза и гиперкератоза.	
4	Дайте определение понятию «Пузырчатка» ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: пузырьчатка- злокачественное заболевание с образованием на не воспаленных кожи и слизистых оболочках пузырей в результате акантолиза .	
5	Перечислите клинические формы пузырьчатки ?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: вульгарная; вегетирующая; листовидная,себорейная.	
6	Опишите клиническую картину вульгарной формы акантолитической пузырьчатки ?	ПК-1
	Ответ: На красной кайме губ, кожи лица и тела отмечают пузыри, эрозии и корки. На неизменной слизистой оболочке полости рта определяются пузыри, которые быстро вскрываются, оставляя круглые рваные эрозии. По периферии эрозии, обрывки покрышки пузыря. Симптом Никольского положителен. Региональные лимфатические узлы увеличены, болезненны, не спаяны.	

<b>Б1.Б.1.1.1.14</b>	<b>Аномалии развития языка, глосситы, хейлиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-4</b>
1	Клиническая картина десквамативного глоссита?	ПК-1
	Ответ: Необычный вид языка, розово-красные резко ограниченные пятна на языке, разной формы и величины отграниченные друг от друга и от окружающей слизистой оболочки белыми валиками. Участки поражения постепенно изменяют форму, размер и локализацию. Сливаясь друг с другом они создают рисунок географической карты. Очаги поражения никогда не изъязвляются. В большинстве случаев врожденное состояние. Длится, как правило, всю жизнь. Иногда исчезает на незначительный срок и вновь появляется.	
2	Профилактика десквамативного глоссита ?	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии, диспансерное наблюдение	
3	Перечислите формы ромбовидного глоссита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: плоская форма, бугорковая форма, папилломатозная форма	
4	Профилактика черного «волосатого» языка?	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии, отказ от курения и алкоголя, диспансерное наблюдение	
5	Классификация хейлитов ?	ОПК- 4
	Ответ: хейлиты разделяются на собственно хейлиты (эксфолиативный, glandулярный, контактный, метеорологический и актинический) и симптоматические хейлиты (атопический, экзематозный, плазмноклеточный хейлит и макрохейлит)	
6	Этиология и патогенез хронической рецидивирующей трещины губы?	УК-1, ПК-1
	Ответ: пусковыми факторами заболевания являются: индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы и углах рта), хроническая травма, различные метеорологические факторы, вызывающие сухость красной каймы губ, потерю эластичности. Имеют значение гиповитаминозы А и группы В, неврогенный фактор, вредные привычки (облизывание губ), сахарный диабет. Грибковая и микробная флора поддерживают существование трещин и препятствуют заживлению.	
7	Назовите триаду симптомов синдрома Россалимо - Мелькерсона - Розенталя?	УК-1, ОПК-4, ПК-1

	Ответ: в триаду симптомов входят: макрохейлит, парез лицевого нерва, складчатый язык	
<b>Б1.Б.1.1.1.15</b>	<b>Профессиональная гигиена полости рта. Отбеливание зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Классификация зубных отложений?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: неминерализованные зубные отложения (пелликула, зубная бляшка, мягкий зубной налет) и минерализованные зубные отложения (наддесневой зубной камень, поддесневой зубной камень)	
2	Перечислите этапы профессиональной гигиены полости рта?	ПК-2, ПК-4
	Ответ: мотивацию пациента к лечению стоматологических заболеваний; обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; полировку поверхности зуба (в том числе и корня); покрытие поверхностей зубов фторсодержащими и реминерализующими препаратами; устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета.	
3	Перечислите и дайте краткую характеристику инструментам для профессиональной гигиены полости рта?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: ручные инструменты, ультразвуковые и звуковые инструменты, очищающие и полирующие инструменты	
4	Противопоказания к использованию ультразвуковых аппаратов?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: имплантированный кардиостимулятор; наличие онкозаболеваний; локализованный остеомиелит; проведение у пациентов иммунодепрессивной и кортикостероидной терапии; пациенты после хирургического лечения глаз; нарушение носового дыхания; острые и хронические инфекционные заболевания; эпилепсия; дефекты мягких тканей полости рта (эрозии, трещины, язвы и т. д.); тяжелая форма сахарного диабета.	
5	Какие существуют методики отбеливания зубов?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: домашнее (<24% перекиси карбамида), офисное/профессиональное (35-37% перекиси карбамида), смешанное (комбинированное) отбеливание.	
6	Перечислите противопоказания к отбеливанию зубов?	УК-1, ПК-5
	Ответ: Не рекомендуется до 18 лет, так как не закончилась минерализация эмали зубов, беременность, кормление, аллергия на H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ; интенсивное курение, кариес, трещины, гиперестезия, гингивит, пародонтит в стадии обострения.	
<b>Б1.Б.1.1.1.16</b>	<b>Диспансеризация</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-5, ПК-</b>



		<b>4, ПК-6</b>
1	Дайте определение понятию "Диспансеризация"?	ОПК-2, ПК-4
	Ответ: Диспансеризация - система работы лечебно-профилактических учреждений, заключающаяся в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий для труда и быта, в обеспечении их правильного физического развития и сохранения здоровья, а также в предупреждении заболеваний путем проведения соответствующих лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социальных мероприятий.	
2	Перечислите группы здоровья по итогам диспансеризации стоматологического больного?	ОПК-2, ПК-6
	Ответ: <i>I группа</i> – практически здоровые; <i>II группа</i> – с компенсированной формой кариеса, имеющие факторы риска заболеваний твёрдых тканей зубов, пародонта и зубочелюстные аномалии; <i>III группа</i> – с субкомпенсированной формой кариеса; <i>IV группа</i> – с декомпенсированной формой кариеса, а также лица с субкомпенсированной формой этого заболевания и отягощенным анамнезом, патологией краевого пародонта, острым течением кариозного процесса.	
3	Из каких пяти основных элементов складывается диспансеризация стоматологических больных?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-6
	Ответ: отбор, наблюдение, оздоровление, планирование, управление диспансеризацией.	
4	Основными принципами системы диспансеризации стоматологических больных являются?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-6
	Ответ: плановость, комплексность, выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий, дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом складывающейся ситуации.	
5	К показателям эффективности диспансеризации относятся?	УК-1, ОПК-2, ОПК-5, ПК-6
	Ответ: 1) отношение числа снятых с диспансерного учета по выздоровлению (и по нозологическим формам) к числу больных, состоявших на диспансерном учете (и по нозологическим формам), умноженное на 100; 2) сокращение средних сроков потери трудоспособности; 3) снижение частоты рецидивов и обострений заболеваний; 4) процент лиц, у которых ухудшилось состояние здоровья за отчетный период по нозологическим формам; 5) процент лиц, у которых улучшилось состояние здоровья за отчетный год (и по нозологическим формам); 6) процент лиц с изменением группы здоровья; 7) процент лиц, не получивших освобождения от работы в течение года по поводу данного заболевания; 8) прирост или снижение количества кариозных полостей; 9) сохранность наложенных пломб.	
<b>Б1.Б.1.1.1.17</b>	<b>Физиотерапия стоматологических заболеваний</b>	<b>УК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Перечислите физиотерапевтические методы лечения	УК-1, ПК-2,

	стоматологических заболеваний?	ПК-4
	Ответ: гальванизация, лекарственный электрофорез, фонофорез дарсонвализация, диатермокоагуляция, УВЧ терапия (электрическое поле УльтраВысокой Частоты) флюктуоризация, УФО.	
2	Показания для использования дарсонвализации ?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: раны и язвы, переломы челюстей, пародонтит, пародонтоз, острый артрит височнонижнечелюстного сустава, периодонтит, катаральный и гипертрофический гингивит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, простая форма КПЛ, глоссалгия, невралгия тройничного нерва.	
3	Противопоказания для проведения электрофореза?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: опухоли любой локализации и этиологии; сердечная недостаточность; наличие искусственного водителя ритма (кардиостимулятор); воспалительный процесс в фазе обострения; повышенная температура тела; бронхиальная астма (тяжелая форма); нарушения свертываемости крови (повышенная кровоточивость, склонность к кровотечениям); кожные патологии (экзема, дерматит); нарушение чувствительности кожных покровов; механические повреждения в области наложения лекарственных прокладок (ранки, порезы, ссадины); непереносимость электрического тока; аллергия на лекарственный препарат, который требуется ввести с помощью электрофореза.	
4	Фонофорез - это?	ПК-2, ПК-4
	Ответ: Ультрафонофорез (фонофорез, сонофорез) – это комплексный метод терапевтического воздействия на организм, сочетающий эффекты ультразвуковых колебаний и активных медикаментозных или косметологических средств.	
5	Назовите принципы применения физических факторов в лечебных и профилактических целях?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: 1 принцип единства патогенетической и симптоматической физиотерапии, 2 принцип индивидуального лечения физическими факторами, 3 принцип курсового лечения физическими факторами, 4 принцип оптимального лечения физическими факторами, 5 принцип динамического лечения физическими факторами. 6 принцип комплексного лечения физическими факторами.	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2,</b>

		ОПК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.2.1</b>	<b>Особенности зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, при различных патологиях. Дополнительные методы исследования</b>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
1	Как подразделяются дефекты коронок зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дефекты коронок зубов делят на частичные и полные. Частичные дефекты устраняют при помощи реставраций и ортопедических конструкций, полные при помощи штифтовых зубов .	
2	Чем характеризуется 1 тип в классификации беззубых челюстей по Оксману для верхней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: высоким альвеолярным отростком, высокими верхнечелюстными буграми и расположением участков прикрепления щечных тяжей, уздечек и переходной складки, выраженным небным сводом.	
3	Дать определение термину “аксиография”?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: это метод изучения траектории движения головок нижней челюсти в различных плоскостях. Применяют в составе комплексного исследования пациентов, имеющих функциональные нарушения ВНЧС, с целью подтверждения его патологии и установления влияния нарушений окклюзии на развитие дисфункции сустава. Метод позволяет оценить объем, симметричность движений суставных головок, выявить преждевременные окклюзионные контакты, ограничивающие или изменяющие траекторию движений нижней челюсти.	
4	Как проводится жевательная проба по И.С. Рубинову?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: испытуемому дают 0,8 г ореха и просят разжевывать его до проявления рефлекса глотания. Как только у испытуемого появится желание проглотить разжеванный орех, ему предлагают выплюнуть содержимое в почковидный тазик. Время жевания ореха отсчитывают по секундомеру. В результате функциональной пробы получают два показателя: процент разжеванной пищи (жевательная способность) и время разжевывания.	
5	Степени патологической подвижности зубов по Энтину?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: При первой степени имеет место смещение зуба в одном направлении (вестибулярно-оральном). При патологической подвижности второй степени зуб имеет видимую смещаемость как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлении. При патологической	

	подвижности третьей степени зуб, кроме того, смещается и в вертикальном направлении: при надавливании он погружается в лунку, а затем снова возвращается в исходное положение. И наконец, при четвертой, крайней, степени возможны вращательные движения зуба.	
6	Что означает термин “электромиография”?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Под электромиографией понимают исследование двигательного (жевательного) аппарата путем регистрации биопотенциалов скелетных (жевательных) мышц. Колебания потенциала, обнаруживаемые в мышце при любой форме двигательной реакции, являются одним из наиболее тонких показателей функционального состояния мышцы. Регистрируют колебания специальным прибором – электромиографом.	
<b>Б1.Б.1.1.2.2</b>	<b>Диагноз и его составные части</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
1	Принципы формулирования диагноза в ортопедической стоматологии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1) охарактеризовать причину болезни, т.е. этиологию и патогенез; 2) дать представление о патологоанатомической основе болезни, ее локализации; 3) указать на степень и характер функциональных расстройств; 4) уточнить особенности течения и форму заболевания.	
2	Задачи протезирования на ортопедическом приёме?	УК-1, ПК-2
	Ответ: восстановление утраченной функции жевания, нормализация деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, сохранение оставшегося зубного ряда и предупреждение дальнейшего его разрушения.	
3	Для составления грамотного плана ортопедического лечения необходимо знать?	УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-2
	Ответ: технологии протезирования; возрастную и функциональную анатомию, физиологию, этиологию, клиническую картину и диагностику различных заболеваний и деформаций жевательного аппарата; а также анатомию, физиологию и патологии целостного организма человека.	
4	С какой целью на ортопедическом приёме заводится история болезни ?	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: история болезни, или амбулаторная карта, является обязательным официальным и врачебным документом, в который заносят данные обследования, диагноз, план	

	ортопедического лечения и его исполнение. Все данные должны быть записаны последовательно и полно, чтобы не только заполнивший историю болезни, но и другой врач мог составить полное представление о больном, обосновании выбранного метода протезирования и исходе его.	
5	Что является нозологической формой в ортопедической стоматологии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: нозологическая форма это определенная болезнь, выделенная на основе установленных этиологии (причина возникновения), патогенеза (механизм развития) и характерной клинико-морфологической картины. Одновременно является единицей номенклатуры и классификации болезней.	
<b>Б1.Б.1.1.2.3</b>	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-2</b>
1	Предварительное лечение при протезировании (общеоздоровительные и специальные мероприятия) ?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: под первым понимают санацию полости рта: удаление зубных отложений, лечение заболеваний слизистой оболочки, кариеса, пульпитов, периодонтитов, удаление зубов и корней, не подлежащих лечению. Далее проводят специальные мероприятия по строгим показаниям, обусловленным характером предстоящего протезирования: ликвидируют нарушения окклюзионной поверхности; создают условия для крепления протеза (углубление предверия полости рта, устранение рубцов и тяжей слизистой оболочки, закрытие дефектов твердого неба)	
2	Метод резекции (гемисекции) многокорневых зубов?	ПК-2
	Ответ: суть его заключается в продольном рассечении зуба от жевательной поверхности (если она сохранена) до области расхождения корней. При этом корень с пораженным пародонтом удаляется, а оставшаяся часть зуба используется в качестве опоры несъемного протеза.	
3	Требования к беззубому альвеолярному отростку при протезировании съёмными протезами?	УК-1, ОПК-4, ПК-2
	Ответ: при подготовке альвеолярной части главное внимание обращается на форму и характер ее поверхности. Альвеолярная часть должна иметь такую форму, при которой возможно свободное наложение протеза. Кроме того, она должна обеспечивать равномерное распределение давления протезного базиса по всей поверхности оболочки. С этой точки зрения наиболее удобным является гладкий, полукруглый или полуовальный формы альвеолярный гребень. Острые костные выступы, экзостозы, часто покрытые истонченной слизистой оболочкой, затрудняют наложение протеза.	
4	К специальным мероприятиям перед протезированием относят?	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: депульпирование интактных зубов или их удаление по особым показаниям, иссечение рубцов, искажающих протезное ложе, углубление преддверия полости рта, удаление экзостозов, устранение деформаций окклюзионной поверхности, исправление аномалий прикуса, пластика альвеолярного гребня, имплантация под надкостницу или внутрь челюстной кости металлических или керамических опорно-удерживающих каркасов.</p>	
5	<p>Какие цели преследуют специальные мероприятия, проводимые перед протезированием?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Облегчают проведение процедур, связанных с протезированием (например, устранение сужения ротовой щели облегчает снятие оттиска); ликвидируют нарушения окклюзионной поверхности, без чего иногда невозможно разумное протезирование; создают условия для крепления протеза (углубление преддверия полости рта, устранение рубцов и тяжелой слизистой оболочки, закрытие дефектов твердого неба).</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<p><b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции</b></p>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	<p>Основная задача ортопедического лечения при частичных дефектах твердых тканей коронки?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: восстановление коронки путем протезирования с целью предупреждения дальнейшего разрушения зуба или рецидива заболевания.</p>	
2	<p>Какие виды протезов применяют при дефектах коронковой части зуба?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: применяют два вида протезов: вкладки и искусственные коронки</p>	
3	<p>Какой протез называется вкладкой?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: В к л а д к а — несъемный протез части коронки зуба (мик-ропротез). для восстановления анатомической формы зуба. Изготавливают вкладку из специального сплава металлов. В ряде случаев протез может быть облицован эстетическим материалом (композитные материалы, фарфор).</p>	УК-1, ПК-2
4	<p>Дайте определение понятию искусственная коронка?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: И с к у с с т в е н н а я к о р о н к а — несъемный протез, который применяется для восстановления анатомической формы зуба и фиксируется на культю естественного зуба. Изготавливают из сплавов металлов, из фарфора, пластмассы, керамики, циркония. Может служить опорным элементом других видов протезов.</p>	
5	<p>Показания для изготовления вкладок?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Вкладки применяют при кариесе, клиновидном дефекте, некоторых формах гипоплазии и флюороза, патологической стираемости.</p>	
6	<p>Как классифицируются коронки по конструкции?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: По конструкции коронки делят на полные, культевые, полу коронки, экваторные, телескопические, коронки со</p>	

	штифтом, жакетные, окончатые.	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-2</b>
1	Частичная вторичная адентия -это?	УК-1, ОПК-4, ПК-2
	Ответ: частичной вторичной адентией как самостоятельной нозологической формы поражения зубочелюстной системы называют заболевание зубного ряда или обоих зубных рядов, характеризующееся нарушением целостности зубных рядов сформированной зубочелюстной системы при отсутствии патологических изменений в остальных звеньях этой системы.	
2	Как проводится лечение частичной вторичной адентии ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: лечение вторичной частичной адентии проводят мостовидными, съемными пластиночными и бюгельными зубными протезами.	
3	Какой вид протеза называется мостовидным ?	ПК-2
	Ответ: мостовидным несъемным протезом называется лечебный аппарат, служащий для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Он укрепляется на естественных зубах и передает на пародонт жевательное давление, которое регулируется пародонтомышечным реф-лексом.	
4	Что представляет собой съемный пластиночный протез ?	ПК-2
	Ответ: Съемным пластиночным протезом называется лечебный аппарат, служащий для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Он крепится за естественные зубы и передает на слизистую оболочку и костную ткань челюстей жевательное давление, регулируемое гингивомышечным рефлексом.	
5	Какой вид протеза называется бюгельным ?	ПК-2
	Ответ: бюгельным протезом называется съемный лечебный аппарат для замещения частичного отсутствия зубов и восстановления функции жевания. Укрепляется за естественные зубы и опирается как на естественные зубы, так и на слизистую оболочку, жевательное давление регулируется сочетанно через периодонто- и гингивомышечные рефлексы.	
6	Что называется базисом съемного пластиночного протеза ?	ПК-2
	Ответ: базисом съемного пластиночного протеза является пластинка из пластмассы или металла, на которую укрепляются искусственные пластмассовые или фарфоровые зубы и удерживающие кламмеры. Базис протеза лежит на альвеолярных отростках и твердом небе и должен точно соответствовать макро- и микрорельефу протезного ложа.	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию включает в себя ?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) операции исправления формы альвеолярного	

	отростка; 2) пластику альвеолярного отростка; 3) создание искусственной лунки; 4) подсадку металлического поднадкостного каркаса; 5) подготовку твердого неба; 6) устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки протезного поля; 7) углубление преддверия и дна полости рта.	
2	При изучении клинической картины полной адентии следует обратить внимание ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: на старческую прогению, атрофию альвеолярных отростков, состояние слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные отростки и твердое небо, потерю фиксированной межальвеолярной высоты, изменение внешнего вида больного, нарушение функции жевания и речи.	
3	Характеристика первого класса по Суппле ?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: На верхней и нижней челюсти имеются хорошо выраженные альвеолярные отростки, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой. Небо также покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в задней его трети. Естественные складки слизистой оболочки (губные, язычные уздечки и щечные тяжи) достаточно удалены от вершины альвеолярного отростка.	
4	Как подразделяются методы определения центральной окклюзии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: все методы определения центрального соотношения челюстей можно разделить на статические и функциональные.	
5	Классификация беззубых челюстей по Шредеру?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: <b>первый тип</b> характеризуется высоким альвеолярным отростком, который равномерно покрыт плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженными буграми, глубоким небом, отсутствием или слабовыраженным небным валиком (торусом).</p> <p><b>второй тип</b> отличается средней степенью атрофии альвеолярного отростка, маловыраженными буграми, средней глубины небом, выраженным торусом.</p> <p><b>третий тип</b> — полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела верхней челюсти, слабо развитые аль-веолярные бугры, плоское небо, широкий торус. В отношении протезирования наиболее благоприятен первый тип беззубых верхних челюстей.</p>	
6	Классификация нижних беззубых челюстей по Келлеру?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: <b>первый тип</b> — челюсть с резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от альвеолярного гребня.</p> <p><b>второй тип</b> — равномерная резкая атрофия альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне альвеолярного гребня.</p>	



	<p><b>третий тип</b> — альвеолярная часть хорошо выражена в области передних зубов и резко атрофирована в области жевательных.</p> <p><b>четвертый тип</b> — альвеолярная часть резко атрофирована в области передних зубов и хорошо выражена в области жевательных</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.7</b>	<b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы. Особенности ортопедического лечения</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3</b>
1	Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава	УК-1, ПК-2
	Ответ: нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений, ограничить движение нижней челюсти	
2	Классификация заболеваний ВНЧС по МКБ-10	ОПК-4
	Ответ: 1) синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена). 2) рецидивирующий вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава. 3) боль в височно-нижнечелюстном суставе, не классифицированная в других рубриках. 4) остеофит височно-нижнечелюстного сустава. 5) другие уточненные болезни височно-нижнечелюстного сустава. 6) болезни височно-нижнечелюстного сустава неуточненные.	
3	С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз с артроза ВНЧС	УК-1, ПК-1
	Ответ: с рубцовой контрактурой нижней челюсти, остеомой, одонтомой, адамантиномой, кондиллярной гиперплазией, хондромой, остеохондромой, болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (БСД), артритом ВНЧС.	
4	Причины вывиха височно-нижнечелюстного сустава	УК-1, ПК-1
	Ответ: вывих обычно происходит в результате чрезмерного раскрытия рта при зевоте, крике, во время еды, а также при различных врачебных манипуляциях: лечение зуба, зондирование желудка и др. Нижняя челюсть может сместиться в результате сильного удара по ней, при этом суставная головка нижней челюсти выскакивает из своего физиологического ложа и перерастягивает или разрывает суставную капсулу.	

5	Симптомы, характерные для клинической картины вывиха	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: боль, невозможность приёма пищи и закрывания рта, рот больного открыт, подбородок выдвинут вперёд, передние зубы не смыкаются, слюнотечение, под скуловой дугой определяется выбухание смещённой головки нижней челюсти.	
6	Назовите общие и местные причины развития артроза ВНЧС	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к общим следует отнести обменные, нейродистрофические, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания; к местным относятся: длительно текущий воспалительный процесс в суставе; чрезмерная нагрузка на суставную поверхность головки нижней челюсти, которая может быть связана с нервномышечным расстройством челюстно-лицевой области, например, с бруксизмом; с отсутствием зубов, особенно боковых, деформацией окклюзионной поверхности зубного ряда и патологической стираемостью.	
7	При артрите ВНЧС какие физиотерапевтические процедуры проводятся?	ПК-3
	Ответ: УВЧ, диатермия, электрофорез, сухое тепло, грязелечение.	
<b>Б1.Б.1.1.2.8</b>	<b>Ортопедическое лечение при заболеваниях тканей пародонта</b>	<b>УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	Противопоказания к проведению избирательного пришлифовывания зубов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) Выраженное воспаление пародонта. 2) Резко выраженные аномалии и деформации зубочелюстной системы, подлежащие ортодонтическому, ортопедическому, хирургическому или комбинированному лечению. 3) Острые и хронические заболевания височно-нижнечелюстного сустава сопровождающиеся болевым синдромом мышечно-суставной дисфункции.	
2	Нежелательные последствия и осложнения при несоблюдении правил и рекомендаций по проведению избирательного пришлифовывания зубов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) снижение межальвеолярной высоты; 2) смещение зубов; 3) гиперестезия твердых тканей; 4) чрезмерная нагрузка на пародонт после уплощения бугров зубов; 5) выведение из окклюзионного контакта одних зубов и перегрузка пародонта других	
3	С какой целью применяется временное шинирование?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Чаще всего осуществляется на период активного проведения консервативных и хирургических манипуляций и содействует закреплению лечебного эффекта. Необходимость диктуется тем, что после консервативных и хирургических воздействий в тканях	

	пародонта возникает воспалительный отек, увеличивающий уже существующую патологическую подвижность зубов. Шины позволяют ослабить негативное влияние этого явления на репаративные процессы в пародонте.	
4	Показания к применению армированных композитных шин?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) шинирование подвижных зубов при травматической окклюзии; 2) ретенция зубов с целью закрепления результатов ортодонтического лечения; 3) непосредственное протезирование в случае удаления одного из передних зубов с использованием его коронковой части; 4) иммобилизация зуба при травматическом вывихе и подвывихе последнего.	
5	Клинические требования для несъемных шин из арматуры и композиционного материала?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) точность и надежность воспроизведения рельефа поверхности зубов, особенно в контактных участках; 2) хорошее прилегание к поверхности зуба; 3) хорошая фиксация на поверхности шинируемых зубов; 4) жесткость конструкции, позволяющая перераспределять функциональные нагрузки.	
6.	Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?	УК-1, УК-3, ПК-4
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Стоматология хирургическая</b>	<b>УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.3.1</b>	<b>Местное обезболивание (анестетики, виды анестезий, техника проведения, показания, противопоказания)</b>	<b>УК-1, ОПК-7, ОПК-10, ПК-2</b>
1	Перечислите требования к анестетикам?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Обратимость чувствительности, незначительная местная токсичность, быстрое начало действия, длительность действия, достаточная широта применения, отсутствие негативных реакций, устойчивое сохранение стерильности, сохранение стабильности, отсутствие токсичности в почки и печень, необходимая эффективность и безопасность.	
2	Механизм действия местных анестетиков?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Прекращение проведения импульса по чувствительным нервным волокнам или блокада рецепторов.	

3	Группы местных анестетиков?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Сложные эфиры: новокаин, анестезин, дикаин, тетракаин, безнзофурокаин; сложные амиды: лидокаин, мепивакаин, бупивакаин, наропин, этидокаин, тримекаин.	
4	Общие осложнения во время введения анестетика?	УК-1, ПК-2
	Ответ: интоксикация, обморок, коллапс, анафилактический шок.	
5	Местные осложнения во время введения анестетика?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Повреждения кровеносных сосудов и нервных стволов при инъекции, перелом инъекционной иглы, развитие воспалительных процессов в области обезболивания, ишемия тканей обезболиваемых, повреждение внутренней крыловидной мышцы.	
6	Перечислите виды вазоконстрикторов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: катехоламины – адреналин и норадреналин, фелипрессин – синтетический аналог полипептидного гормона вазопрессина. Адреналин и норадреналин представляют собой симпатомиметические амины.	
7	При каких состояниях проводится сердечно - легочная реанимация ?	УК-1, ОПК-7, ОПК-8, ПК-2
	Ответ: при угнетении деятельности сердечной и дыхательной систем (инсульт, инфаркт, комы, анафилактический шок).	
8	При проведении реанимации вдвоём взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции лёгких (ивл) составляет ?	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: 30:2	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<b>Операции удаления зуба</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6</b>
1	Показания к плановому удалению зуба?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости; невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями; погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба; полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования; подвижность 3 степени; неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению; не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы,	

	вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно; расположенные в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению; сверхкомплектные зубы, создающие трудности для протезирования, травмирующие мягкие ткани, вызывающие болевые ощущения, нарушающие функцию жевания.	
2	Противопоказания к удалению зуба?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: сердечно-сосудистые заболевания, острые заболевания паренхиматозных органов, геморрагические диатезы, заболевания ЦНС, психические заболевания в период обострения.	
3	Осложнения во время удаления зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: переломы и вывих зубов (корней) на разных уровнях; острая перфорация дна верхнечелюстного синуса и проталкивание корня в верхнечелюстной синус; разрыв мягких тканей альвеолярного отростка; вывих или перелом нижней челюсти; отрыв бугра верхней челюсти; попадание зуба (корня) в верхние дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт.	
4	Осложнения после удаления зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: раннее и позднее луночное кровотечение, кровотечение из мягких тканей, окружающих лунку удаленного зуба (корня); альвеолит; свищ верхнечелюстного синуса или одонтогенный гайморит со свищом в области лунки удаленного зуба (корня); травматический неврит и невралгия; остеомиелит лунки удаленного зуба; остеомиелит челюсти; экзостозы в области лунки удаленного.	
5	Подготовка к операции по удалению зуба?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Обследование, подготовка больного, подготовка рук врача, подготовка операционного поля, обезболивание.	
6	Что такое медицинская документация ?	ОПК-1, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.	
7	Какие основные противоэпидемические мероприятия Вы знаете?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: регистрация и оповещение; эпидемиологическое обследование; выявление, изоляция и госпитализация заболевших; режимно-ограничительные мероприятия; общая и специальная экстренная профилактика; обеззараживание эпидемического очага; санитарно-	

	разъяснительная работа.	
8	Какие основные источники информации о заболеваемости населения вы знаете?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: основные источники информации о заболеваемости это данные обращаемости в ЛПУ, данные результатов медицинских осмотров.	
<b>Б1.Б.1.1.3.3</b>	<b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3</b>
1	Классификация воспалительных заболеваний?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: классификация А И. Евдокимова, Г.А. Васильева различают: 1) периодонтит (острый, хронический, в стадии обострения); 2) периостит (острый серозный, гнойный, хронический); 3) остеомиелит (острая, подострая, хроническая стадии, первично-хронический; хроническая стадия может быть в деструктивной, деструктивно-продуктивной или рерафицирующей и гиперпластической форме; последние две могут быть проявлениями первично-хронического остеомиелита челюсти; 4) абсцессы, флегмоны, лимфадениты.	
2	По анатомо - топографической локализации как можно условно разделить одонтогенные абсцессы и флегмоны ?	УК- 1, ПК-1
	Ответ: Околочелюстные абсцессы и флегмоны и абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей куда гнойный распространяется по протяжению.	
3	Этиология воспалительных заболеваний?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Значение в развитии одонтогенного воспаления имеют общие инфекции, стресс, температурные раздражители, а также система гипоталамуса, коры надпочечников и других органов эндокринной системы, состояние паренхиматозных органов и центральной нервной системы.	
4	Общие принципы лечения?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ПК-2
	Ответ: лечение больных является комплексным и включает: хирургическое пособие, адекватное дренирование раны, антимикробную терапию, дезинтоксикационную терапию, санацию и местное лечение гнойной раны, корригирующую иммунотерапию, устранение нарушений функций жизненно важных органов, общеукрепляющее и физиотерапевтическое лечение.	
5	Клиническая картина периостита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: При осмотре полости рта в области пораженных зубов гиперемия и отек слизистой оболочки переходной складки и альвеолярного отростка челюсти. При переходе процесса в гнойную форму по переходной складке	

	формируется валикообразное выпячивание - поднадкостничный абсцесс. Если гной расплавляет надкостницу и распространяется под слизистую оболочку, то формируется поддесневой (подслизистый) абсцесс. Коронковая часть причинного зуба частично или полностью разрушена, кариозная полость и корневые каналы заполнены гнилым содержимым, болевая реакция на перкуссию причинного зуба.	
6	Клиническая картина одонтогенного остеомиелита?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: При обследовании в полости рта определяется болезненная перкуссия нескольких зубов, включая и интактные (симптом "множественного периодонтита"). В начале заболевания причинный зуб неподвижен, но вскоре он начинает расшатываться. Становятся подвижными и рядом расположенные зубы (симптом "клавиш"). При развитии острого остеомиелитического процесса после удаления зуба наблюдается выделение из его лунки гнойного содержимого. Из рта исходит гнилостный запах, язык обложен, слюна густая и тягучая. При пальпации участка челюсти в области поражённых зубов определяется сглаженность и утолщение альвеолярного отростка. Слизистая оболочка на протяжении нескольких зубов гиперемирована и отёчна. На 3-4-е сут. десна в области причинного зуба становится цианотичной и пастозной. В результате разрушения круговой связки зуба воспалённая маргинальная десна может отслаиваться от зубов, и из-под неё выделяется гной.</p>	
7	Профилактика периодонтита?	ПК-2, ПК-3
	<p>Ответ: профилактика основывается на санации полости рта, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, а также проведения гигиенических мероприятий</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.4</b>	<b>Травма челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3</b>
1	Клиническая картина ушиба зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>При осмотре может выявляться незначительная подвижность травмированного зуба в одном направлении, болезненная перкуссия (постукивание), никаких изменений окружающих тканей и зуба не отмечается.</p>	
2	Виды переломов альвеолярного отростка?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Частичный перелом. На рентгенограмме определяют нарушение целостности только внешней компактной пластинки. Неполный перелом. Диагностируют повреждение всех слоев костной ткани. Смещения фрагментов нет.</p>	

	<p>Полный перелом. При расшифровке рентгенограммы выявляют аркообразное просветление костной ткани (две вертикальные линии соединены горизонтальной).</p> <p>Оскольчатый перелом. Состоит из нескольких отломков, пересекающихся в разных направлениях.</p> <p>Перелом с дефектом кости. Наблюдается полный отрыв поврежденного участка костной ткани.</p> <p>Переломы альвеолярного отростка разделяют также на переломы без смещения и со смещением.</p>	
3	Классификация травм зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Классификация травм воз.</p> <p>Класс I. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями.</p> <p>Класс II. Неосложненный перелом коронки зуба.</p> <p>Класс III. Осложненный перелом коронки зуба.</p> <p>Класс IV. Полный перелом коронки зуба.</p> <p>Класс V. Коронково-корневой продольный перелом.</p> <p>Класс VI. Перелом корня зуба.</p> <p>Класс VII. Вывих зуба неполный.</p> <p>Класс VIII. Полный вывих зуба.</p>	
4	Клиника вывихов нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: При переднем двустороннем вывихе нижней челюсти рот больного открыт, губы и зубы не смыкаются, речь затруднена и невнятна, поэтому пациент пытается объясниться жестами. Отмечается гиперсаливация, выраженная боль в околоушной области, изменение конфигурации лица за счет смещения подбородка кпереди. Осмотр выявляет напряжение жевательных мышц, уплощение щек; пальпаторно определяется смещение головок мышечковых отростков.</p> <p>Клиника одностороннего вывиха нижней челюсти аналогична. Рот пациента приоткрыт, подбородок смещен в здоровую сторону от средней линии, нижняя часть лица перекошена. <u>Вывих</u> сопровождается девиацией нижней челюсти, хрустом, щелканьем и болезненностью в суставе.</p>	
5	Виды консервативных методов иммобилизации?	ПК-2, ПК-3
	<p>Ответ: Различают временные методы иммобилизации (в том числе транспортные) и постоянные (лечебные). Временные методы закрепления отломков челюстей разделяют на: внеротовые (бинтовая повязка, подбородочная праща, импровизированные повязки с использованием подручных средств); внутриворотные (различные методы межчелюстного лигатурного скрепления, различные по конструкции шины-ложки с «усами»). Постоянные (лечебные) методы иммобилизации подразделяют на: шины внелабораторного изготовления</p>	



	(индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины); шины лабораторного изготовления (надесневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич-Степанова, различные назубные капповые аппараты, надесневая шина Порта)	
<b>Б1.Б.1.1.3.5</b>	<b>Заболевания слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3</b>
1	Назовите общие симптомы заболеваний слюнных желез?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Изменения в количестве выделяемого секрета; <u>увеличение и уплотнение самой железы</u> ; периодически возникающее ощущение распирания и внутреннего давления; боль местного характера появляется при пальпации, боль иррадирующая в ухо, горло, язык, в зависимости от локализации процесса; нарушается возможность полноценного пережевывания и глотания пищи, разговора; при воспалении повышается местная температура, покраснение в месте поражения; слизистые или гнойные выделения из зияющих протоков.	
2	Классификация заболеваний слюнных желез?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Острые воспаления слюнных желез. а) сиаладениты вирусной этиологии: эпидемический паротит, гриппозный сиаладенит б) сиаладениты, вызванные общими или местными причинами (после операции на брюшной полости, инфекционные, лимфогенный паротит, распространение воспалительного процесса из полости рта и др.). Хронические воспаления слюнных желез. а) неспецифические: интерстициальный сиаладенит, паренхиматозный сиаладенит, сиалодохит б) специфические: актиномикоз, туберкулез, сифилис слюнных желез в) слюннокаменная болезнь.	
3	Клиническая картина острого сиалоденита?	ПК-1
	Ответ: Характерны стреляющие боли в области железы, иррадирующие в ухо, припухлость, повышение температуры до 39 С, тризм, затрудненное глотание и дыхание. Кожные покровы над железой гиперемированы, теряют подвижность, при пальпации нащупывается плотный болезненный инфильтрат. Из-за резкого понижения слюноотделения ощущаются сухость во рту, понижение слуха.	
4	Этиология сиалоденита?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Первичный сиаладенит, представленный эпидемическим паротитом и цитомегалией, связан с вирусной инфекцией. Вторичные сиаладениты вызывают бактерии, грибы.	

	Пути проникновения инфекции в железу: стоматогенный, гематогенный, лимфогенный, контактный. Неинфекционной природы сиалоадениты развиваются при отравлении солями тяжелых металлов (при выведении их со слюной).	
5	Клиническая картина хронического паренхиматозного сиалоденита?	ПК-1
	Ответ: При паренхиматозной форме хронического сиалоденита в первые дни развития заболевания пациенты не предъявляют жалоб. При осмотре лицо у больного симметричное, кожные покровы в цвете не изменены. Открывание рта свободное. Пораженная слюнная железа в размерах не увеличена. Саливация в норме. При прогрессировании патологии появляется ощущения тяжести, припухание воспаленной железы, наличие неприятного привкуса во рту. При отсутствии должного лечения хронического сиалоденита пораженная железа увеличивается в размерах, поверхность ее становится неровной, бугристой. Основные жалобы сводятся к ощущению сухости во рту. Периодически возникает болезненность.	
6	Симптомы слюнно-каменной болезни?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: чувство сухости во рту из-за недостатка слюны; отечность шеи и лица; вместо слюны слизь, она имеет неприятный запах и привкус; трудности с жеванием, глотанием и даже открыванием рта; припухлость в области нахождения камня; распространение в области шеи и лица красноты; болевые ощущения в полости рта и зоне щек.	
7	Основные элементы ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	Головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула и связки	
8	Чем представлен связочный аппарат ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Связочный аппарат представлен интра- и экстракапсулярными связками. Капсулярные связки вплетены в стенку капсулы и переходят в суставной диск. Это менисковисочные (передняя и задняя) связки и менискочелюстные (латеральная и медиальная) связки. Из внекапсулярных связок одни прилегают к наружной стенке капсулы и более или менее тесно связаны с ней. Это ободочные связки (наружная и внутренняя). Другую группу составляют связки, отстоящие на большем или меньшем расстоянии от капсулы сустава: наружная, клиновидно-челюстная, шилочелюстная, крылочелюстная.	
9	Клинические проявления болевой дисфункции ВНЧС?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Первый признак – щелканье в нижней челюсти во время движений, боль в суставе; скованность в движениях сустава, уменьшенная амплитуда движений; нижняя челюсть может смещаться в болевую сторону; уплотнение	

	жевательных мышц; краниалгии или головные боли.	
10	Симптомы артроза ВНЧС?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Ранними признаками артроза служат щелканье, хруст, утренняя скованность в ВНЧС, которая исчезает в течение дня. В дальнейшем при функциональной нагрузке сустава (жевании, разговоре и пр.) присоединяются тупые боли; обостряются при перегрузке сустава, в холодную погоду или к вечеру.</p> <p>Через несколько месяцев после появления первых признаков артроза ВНЧС становится заметным ограничение амплитуды движения нижней челюсти, тугоподвижность сустава, при открывании рта смещение челюсти в больную сторону, асимметрия лица. На стороне поражения могут возникать ощущения онемения, покалывания кожи, <u>глоссалгия</u>, оталгия, снижение слуха, боль в глазу, головная боль.</p>	
11	Профилактика острых сиалоденитов?	ПК-2, ПК-3
	<p>Ответ: санация полости рта, обработка полости рта растворами антисептиков, использование продуктов и препаратов усиливающих слюноотделение.</p>	
12	Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с начальной стадией сиалоденита?	ОПК-4, ПК-3
	<p>Ответ один раз в год</p>	
13	В течении какого времени проводят при необходимости гальванизацию слюнных желез ?	ПК-2, ПК-3
	<p>Ответ: 30 дней.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Показания к проведению гингивотомии?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: периодонтальные рецидивирующие абсцессы; фиброматоз десен; пародонтит с выделением гноя при средней и тяжелой степени воспалительного процесса; пародонтит средней и тяжелой степеней тяжести с глубокими десневыми и костными карманами.</p>	
2	Перечислите показания и противопоказания к операции гингивэктомия?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Показания: «ложный» карман при гипертрофическом гингивите и фиброматозе десны; пародонтальный карман при горизонтальной резорбции альвеолярной кости (надкостный десневой карман), адекватная зона прикрепленной десны, создание физиологичного десневого контура после язвенно-некротического гингивита и лоскутных операций, создание условий для прорезывания зуба. Противопоказания: недостаточная зона кератинизированной десны, дно кармана находится апикальнее слизисто-десневого соединения, активное воспаление и отек десны, эстетически важные зоны, мелкое преддверие полости рта,</p>	

	неудовлетворительная гигиена.	
3	Перечислите противопоказания к кюретажу?	УК-1, ПК-2
	Ответ: выделение из пародонтального кармана гноя; подозрение на абсцесс; образование костных карманов; сильная подвижность зуба; истончение десен; другие инфекционные заболевания ротовой полости; глубина карманов более 5 мм.	
4	Назовите показания к лоскутной операции?	УК-1, ПК-2
	Ответ: устранение глубоких (более 5 мм) пародонтальных карманов; воспаление десенных тканей; сильная кровоточивость и отечность; подвижность жевательных элементов и их сильно смещенное расположение; аномальное строение зубов; фиброзные образования в десне; разрушение челюстной кости; оголение зубной шейки; истончение или утрата опорной ткани.	
5	Абсолютные противопоказания к лоскутной операции?	УК-1, ПК-2
	Ответ: сильное изменение альвеолярных отростков; туберкулез в активной форме; болезни крови; онкология любого органа; декомпенсированная сердечная деятельность; врожденные пороки сердца; хроническая почечная недостаточность; существование в сердце искусственных сосудов и клапанов; гипертонический криз; сахарный диабет; цирроз печени в любой стадии; ослабленный иммунитет.	
6	Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта	
7	Что относится к средствам индивидуальной гигиены?	ПК-4
	Ответ: зубные пасты. Зубные щетки, ополаскиватели, ирригаторы и др.	
<b>Б1.Б.1.1.3.7</b>	<b>Неврогенные заболевания лица и челюстей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Клиническая картина невралгии тройничного нерва?	ПК-1
	Ответ: Невралгия тройничного нерва — хроническое заболевание, характеризующееся острыми (режущими, рвущими, жгучими) приступообразными болями в течение нескольких секунд (до минуты) в зоне иннервации одной из ветвей тройничного нерва. Продолжительность болевого приступа, а также «светлые промежутки» между ними, как правило, зависят от давности заболевания. В начальных стадиях приступы относительно редки, менее продолжительны. При длительном течении заболевания возрастает интенсивность болей, время приступа, их	

	частота, сокращается период ремиссии.	
2	Стволы тройничного нерва?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: глазной нерв выходит из полости черепа через верхнюю глазничную щель и надглазничную вырезку; верхнечелюстной нерв — через круглое отверстие, далее через нижнеглазничную щель, под глазничный канал и образует малую «гусиную лапку»; нижнечелюстной нерв — из полости черепа через овальное отверстие, далее в нижнечелюстной канал и выходит через подбородочное отверстие нижней челюсти.</p>	
3	Классификация нейрогенных заболеваний?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: КЛАССИФИКАЦИЯ нейростоматологических заболеваний и синдромов, основанная на патогенетическом принципе (В.Ю. Курляндский, В.Е. Гречко, В.А. Карлов, 1974):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - лицевые боли при невралгиях и невритах чувствительных нервов;</li> <li>2 - лицевые боли при ганглионитах;</li> <li>3 - стомалгия;</li> <li>4 - лицевые боли артрогенного и вертеброгенного происхождения;</li> <li>5 - лицевые боли сосудистого происхождения;</li> <li>6 - отраженные лицевые боли;</li> <li>7 - невропсихогенные лицевые боли;</li> <li>8 - одонто-, оторино- и офтальмогенные боли.</li> </ol>	
4	Симптомы неврита тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: жгучая боль по ходу разветвлений нерва; покраснение кожи или сыпь в области воспаления; слезоточивость; насморк; обильное слюноотделение; нарушенная подвижность или судороги жевательных мышц; потливость; небольшое повышение температуры; нарушение чувствительности в пораженном участке лица; притупление слуха и зрения; отек в месте поражения.</p>	
5	Перечислите формы невралгии тройничного нерва?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: идиопатическая (первичная). Обусловлена сосудистой компрессией тригеминального корешка, чаще в области мозгового ствола. В связи со сложностями диагностики патологических взаимоотношений сосуд-нерв, идиопатическая невралгия предполагается после исключения иных причин тригеминального болевого синдрома; вторичная (симптоматическая). Становится результатом новообразований, инфекций, демиелинизирующей патологии, костных изменений. Диагностируется по данным нейровизуализации, томографии черепа.</p>	
6	Перечислите физиотерапевтические методы лечения невралгии тройничного нерва?	ПК-2

	Ответ: дарсонвализация, токи Бернара, флюктуоризация, электрофорез	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.4.1</b>	<b>Анатомо-физиологические особенности строения зубочелюстной системы детей. Эндо- и экзогенная профилактика заболеваний зубов в детском возрасте</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5</b>
1	Перечислить периоды развития зубочелюстной системы?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внутриутробный период;</li> <li>2. Беззубый рот новорожденного (от рождения до начала прорезывания молочных зубов, 6 – 8 месяцев);</li> <li>3. Период формирования прикуса молочных зубов (6 мес. – 3 года);</li> <li>4. Сформированный молочный прикус;</li> <li>5. Период смены молочных зубов;</li> <li>6. Формирование прикуса</li> </ol>	
2	Особенности развития зубочелюстной системы во внутриутробный период?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: на втором месяце внутриутробной жизни начинают формироваться челюсти эмбриона. На третьем месяце начинается отделение ротовой полости от носовой. Временные зубы начинают развиваться с 5 – 7 недели, а постоянные – с пятого месяца эмбриональной жизни</p>	
3	Особенности развития зубочелюстной системы во II периоде (6-8мес.)?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: ребенок рождается с беззубыми челюстями. Но имеются зачатки зубов: 10 временных и 8 постоянных (первые моляры, резцы и клыки). Их развитию помогают вещества, которые мать получает с питанием во время беременности и передает эмбриону. Еще один важный момент – изначальное положение нижней челюсти. Она находится в заднем положении. В процессе сосательных движений ее рост стимулируется, она смещается вперед, и челюсти принимают правильное положение.</p>	
4	Особенности развития зубочелюстной системы в период формирования прикуса молочных зубов (6 мес. – 3 года) ?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: первые зубы появляются около 6-7 месяцев. Зуб начинает формирование с коронки, и этот процесс постепенно движется к корню. Зуб прорезывается с ещё несформировавшимся корнем, развитие которого завершается через 3-4 года после прорезывания</p>	

	зуба. Первыми прорезаются нижние резцы (6-7 месяцев), затем верхние резцы (8-9 месяцев), последними появляются нижние и верхние моляры (24-30 месяцев).	
5	Особенности развития зубочелюстной системы в период сформированного молочного прикуса?	УК-1, ПК-1
	Ответ: период подготовки челюстей к смене молочных зубов на постоянные начинается с 3 - 4 лет. В этом возрасте начинается рассасывание временных зубов. К 6 годам практически у всех детей этот процесс завершается.	
6	Особенности развития зубочелюстной системы в период смены молочных зубов ?	УК-1, ПК-1
	С шести - семилетнего возраста молочные зубы начинают выпадать и заменяться коренными зубами. Первым появляется моляр нижней челюсти (6-7 лет), затем моляр верхней челюсти (7 - 8 лет), примерно в это же время может появиться центральный резец нижней челюсти. Самым последним прорезаются зубы мудрости. У кого-то они появляются в 21, у кого-то в 25, а у некоторых не появляются вообще.	
7	Особенности формирования прикуса ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: прикус молочных зубов формируется с 6 месяцев, когда начинают появляться первые зубы. Этот процесс продолжается до 3-4 лет. Признаки правильного прикуса: передние верхние резцы перекрывают нижние резцы на 1/3; верхние боковые зубы перекрывают нижние на глубину продольной фиссуры; все зубы, кроме верхних последних зубов и нижних центральных резцов, имеют по два антагониста.	
8	Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур, включают ?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щётки и полировочной пасты	
9	Первым этапом контролируемой чистки зубов является?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: определение гигиенического состояния полости рта пациента	
<b>Б1.Б.1.1.4.2</b>	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы. Некариозные поражения зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-2, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
1	Кариес зубов. Определение данного понятия ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: кариес – это сложный, медленно текущий, медленно развивающийся патологический процесс, возникающий после прорезывания зубов, под действием неблагоприятных местных и общих факторов и характеризующийся появлением деминерализации твердых	

	тканей зуба, с образованием дефекта в виде полости.	
2	Классификация кариеса зубов (клиническая классификация)?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кариес в стадии пятна;</li> <li>2. Поверхностный кариес;</li> <li>3. Средний кариес;</li> <li>4. Глубокий кариес</li> </ol>	
3	Факторы, влияющие на развитие кариеса?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <p><i>Общие:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- неполноценное питание;</li> <li>- соматические заболевания, сдвиг в функциональном состоянии органов и систем в период формирования и созревания твердых тканей зуба;</li> <li>- наследственность</li> </ul> <p><i>Местные:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- зубная бляшка и зубной налет;</li> <li>- нарушение качества и количества ротовой жидкости;</li> <li>- углеводистые пищевые остатки;</li> <li>- состояние зубочелюстной системы в период закладки зубов</li> </ul>	
4	Клиника поверхностного кариеса?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: жалобы: на кратковременную боль от химических раздражителей (сладкое, соленое). Боль кратковременная, проходит после устранения раздражителя. Об-но: меловидного цвета пятно с шероховатой поверхностью или небольшая кариозная полость; зондирование б/б; ЭОД 2-6 мкА</p>	
5	Клиника среднего кариеса?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: жалобы: боль от температурных, химических и механических раздражителей; кратковременная, проходит после устранения раздражителя. Об-но: небольшая кариозная полость, заполненная размягченной эмалью серо-желтого цвета; зондирование болезн. по эмалево-дентинной границе; термометрия + (кратковременная); ЭОД 2-6 мкА.</p>	
6	Клиника глубокого кариеса?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: жалобы: боль от температурных, химических и механических раздражителей; кратковременная, проходит после устранения раздражителя. Об-но: глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином; зондирование болезненно по всему дну полости; термометрия + (кратковременная); ЭОД 10-12 мкА.</p>	
7	Опишите клиническую характеристику эмали зубов при системной гипоплазии?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации, расположенных параллельно режущему краю или жевательной</p>	



	поверхности.	
8	Что можно определить по клиническому проявлению системной гипоплазии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: по клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание.	
9	«Гипсовые» зубы являются одним из симптомов?	УК-1, ПК-1
	Ответ: несовершенного амелогенеза.	
10	Что является причиной развития местной гипоплазии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: причиной развития местной гипоплазии является механическая травма развивающегося фолликула или воспалительный процесс.	
11	Назовите типы гиперплазии эмали в зависимости от строения?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1.истинно эмалевые капли; 2.эмалево-дентинные капли; 3.эмалево-дентинные капли с пульпой, нередко связанные с полостью зуба; 4.капли Родригеса-Понти - маленькие эмалевые капли (узелки) в периодонте;5.внутризубные эмалевые капли, включенные в дентин коронки или корня зуба.	
12	При каком содержании фтора в питьевой воде развивается деструктивная форма флюороза?	УК-1, ОПК-2, ПК-1
	Ответ: деструктивная форма флюороза развивается при содержании фтора 4-6 мг/л.	
13	Назовите пломбировочные материалы, которые применяются при лечении кариеса и некариозных пломбировочных материалов у детей?	ПК-2
	Ответ: СИЦ, компомеры, композитные материалы.	
14	Противопоказания для применения адгезивных систем 4 и 5 поколения при лечении кариеса в постоянных зубов у детей ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: при пломбировании постоянных зубов у детей с высокой активностью кариеса, несформированными корнями зубов, незрелыми и слабоминерализованными твердыми тканями используют более щадящие адгезивные системы, к которым относятся самопротравливающие адгезивные системы.	
15	Среднее снижение прироста кариеса от применения фторидсодержащего лака составляет (%)?	УК-1, ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: 30-40	
16	Процентное соотношение лиц, имеющих признаки стоматологического заболевания, к общему числу обследованных называется?	УК-1, ОПК-8
	Ответ: распространённостью стоматологического заболевания	
17	Что является ведущим показателем эффективности работы врача-стоматолога?	УК-1, ОПК-2, ОПК-8, ПК-6

	<p>Ответ: ведущим показателем эффективности работы врача-стоматолога является уровень стоматологического здоровья населения.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.3</b>	<p><b>Особенности клиники, диагностики и лечения осложненного кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы для корневых каналов</b></p>	<p><b>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b></p>
1	<p>Пульпит-это?</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: воспаление пульпы зуба, возникающее в следствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а также продуктов распада органического вещества дентина.</p>	
2	<p>Какие задачи нужно решать при лечении пульпитов у детей?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: устранить очаг инфекции и восстановить функции пульпы зуба; удалить воспаленную пульпу и предотвратить осложнения ( периодонтит, остеомиелит, периостит).</p>	
3	<p>Показания к витальной ампутации при лечении молочных зубов?</p>	<p>ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: метод применим для проведения пульпотомии во временных зубах: многокорневых зубах при острой травме зуба с повреждением коронковой пульпу, острым серозном пульпите, хроническом фиброзном пульпите, без выраженных изменений в тканях периодонта.</p>	
4	<p>Назовите особенности строения периодонта и прилегающих тканей у детей?</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: отсутствие стабильной структуры и толщины периодонта верхушечной части в период формирования корней; периодонт представлен более рыхлой соединительной тканью; большое количество клеточных элементов и кровеносных сосудов; широкое апикальное отверстие и периодонтальная щель; близкое расположение зачатка постоянного зуба; сниженная минерализация костной ткани челюстных костей.</p>	
5	<p>Назовите особенности течения острого периодонтита у детей?</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: стремительное развитие процесса; преобладает явления экссудации; отмечают выраженную реакцию окружающих тканей и лимфатических узлов; часто возникает нарушение общего самочувствия (симптом интоксикации организма- слабость, повышение температуры тела, бледность кожных покровов, отсутствие аппетита, нарушение сна); в клиническом анализе крови отмечают повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и лейкоцитоз.</p>	
6	<p>Встречается ли хронический фиброзный периодонтит во временных зубах?</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>

	Ответ: не встречается.	
7	Проводиться ли диспансерное наблюдение после лечения пульпита в молочных зубах ?	УК-1, ПК-3, ПК-4
	Ответ: проводится	
8	Основные группы пломбировочных материалов для корневых каналов?	ПК-2
	Ответ: силлеры и филлеры	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5</b>
1	Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: 1. Травматические повреждения: механическая травма (афта Беднара, декубитальная эрозия), химическая, термическая или лучевая травма. 2. Вирусные заболевания СОПР (острый герпетический стоматит, герпетическая ангина). 3. Изменения СОПР при острых вирусных и инфекционных заболеваниях (ОРВИ, корь, инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа, опоясывающий лишай, краснуха). 4. Грибковые заболевания СОПР (острый и хронический кандидоз). 5. Аллергические заболевания СОПР (отек Квинке, крапивница, анафилактический шок, контактный аллергический стоматит). 6. Проявления на СОПР при некоторых системных заболеваниях (заболевания ж.к.т., эндокринной системы, крови). 7. Проявления на СОПР дерматозов с аутоиммунным компонентом (пузырчатка). 8. Изменения на СОПР при специфических инфекциях (туберкулез, сифилис, стоматит Венсана). 9. Аномалии и самостоятельные заболевания языка (складчатый, ромбовидный, десквамативный, черный волосатый язык). 10. Хейлиты.</p>	
2	Назовите возрастные периоды развития СОПР у детей ?	УК-1, ПК-3, ПК-4
	<p>Ответ: у детей выделяются 3 возрастных периода развития СОПР: 1.период новорожденности (от 1 до 10 дней) и грудной (от 10 дней до 1 года). 2.ранний детский период (1—3 года). 3. первичный (4—7 лет) и вторичный (8—12 лет) детские периоды.</p>	
3	Назовите элементы поражения СОПР?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: различают первичные элементы поражения и вторичные, развивающиеся из первичных. К первичным относятся пятно, узелок (папула), узел, бугорок, пузырек, пузырь, гнойничок, киста, волдырь, абсцесс. Вторичными элементами являются эрозия, афта, язва, трещина, рубец, налет, чешуйка, корка.</p>	
4	Назовите основные и дополнительные методы	УК-1, ОПК-4,

	обследования больных с заболеваниями СОПР?	ПК-1
	<p>Ответ: 1). Основные: опрос (жалобы, анамнез жизни, история развития и течения заболевания); объективное обследование (осмотр, пальпация).</p> <p>2). Дополнительные: метод диаскопии; проба Шиллера-Писарева; стоматоскопия; люминесцентное исследование СОПР.</p> <p>3). Лабораторные методы исследования: общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, определение содержания витаминов в крови, исследование мочи (цитологическое, микробиологическое, бактериологическое исследование).</p>	
5	Назовите местные факторы, приводящие к развитию кандидоза в полости рта у детей?	УК-1, ПК-1, ПК-5
	<p>Ответ: к местным факторам относятся: ацидоз в полости рта, морфофункциональная незрелость, высокая проницаемость, сухость СОПР, обуславливающая легкую фиксацию грибковых друз на ее поверхности; искусственное вскармливание, пристрастие к сладкому (соска с сахарным сиропом или медом); множественный кариес; плохая гигиена полости рта; воспалительные заболевания СОПР.</p>	
6	Назовите возбудителя герпетического стоматита?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ возбудителем герпетической ангины является вирус простого герпеса ?</p>	
7	Особенности клинического течения заболеваний губ у детей?	УК-1, ПК-1, ПК-3
	<p>Ответ: сухость, гиперимия, мацерация эпителия, граница красной каймы губ размыты, трещины в углах рта, зуд розовая эритема, незначительная отечность кожи и красной каймы губ, корочки на месте расчесов, лихенизация губ.</p>	
8	Этиологические и патогенетические факторы развития заболеваний языка ?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: нарушения нервной трофики, глистные инвазии, атопический дерматит, заболевания желудочно-кишечного тракта, болезнь Дауна, препубертатный и пубертатный периоды, гиперплазия сосочков.</p>	
9	Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является?	ПК-2
	<p>Ответ: сошлифовывание острых краёв зубов, пломб</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5</b>
1	Укажите местные факторы, способствующие развитию заболевания пародонта?	УК-1, ПК-4
	<p>Ответ: плохая гигиена полости рта (наличие налетов, зубных камней и бляшек), тесное расположение зубов, дистопия зубных рядов, употребление большого количества мягкой пищи (не требующей разжевывания),</p>	

	жевание с одной стороны, постоянно действующие травмирующие факторы (нависающие края пломб, ортодонтические аппараты, плохо прилегающие протезы), уменьшение секреции слюны, гипосаливация или вязкая слюна, действие токсичных веществ (химическая травма), вредные привычки, аномалии строения и прикрепления уздечек губ и языка, мелкое преддверие полости рта.	
2	Назовите классификацию заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1. Гингивит. 2. Пародонтит. 3. Пародонтоз. 4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. 5. Пародонтомы	
3	Назовите меры профилактики заболеваний пародонта?	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: профилактика заболеваний пародонта направлена на устранение причин и факторов риска. Основное внимание направлено на рациональное питание, применение препаратов фтора, устранение аномалий прикуса и патологической окклюзии, аномалий строения и расположения некоторых мягких тканей и органов полости рта, наличие болезней зубов, функциональной перегрузки челюстно-лицевой области, недостаточной гигиены полости рта.	
4	Укажите особенности строения пародонта у детей?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1) Десна: более васкуляризована, эпителий имеет более тонкий слой ороговевших клеток, в связи с чем окраска десны более яркая; имеет менее выраженную зернистость поверхности из-за незначительного углубления эпителиальных сосочков; отличается небольшой плотностью соединительной ткани; характеризуется большей глубиной десневых бороздок; в период прорезывания зубов десневой край имеет округлые края с явлениями отека и гиперемии. 2) Цемент корня зуба: более тонкий; менее плотный; имеет тенденцию к гиперплазии в участке прикрепления эпителия. 3) Пародонтальная связка: расширена; имеет тонкие, нежные волокна; отличается гидратацией за счет усиленного лимфо- и кровоснабжения.	
5	Назовите главный дифференциальный диагностический признак пародонтита?	УК-1, ПК-1
	Ответ: разрушение зубодесневого прикрепления, образование патологического десневого костного кармана, деструкция альвеолярной кости межзубных перегородок.	
6	Как осуществляется подбор средств гигиены у детей?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5
	Ответ: при подборе гигиенических средств необходимо учитывать возраст ребенка, наличие ортодонтических конструкций в полости рта. В период временного и смешанного прикуса применяют зубные щетки с мягкой	

	щетиной: в постоянном прикусе такие щетки рекомендованы к использованию в процессе лечения воспалительных заболеваний пародонта. При воспалительных заболеваниях пародонта необходимо использовать лечебно-профилактические зубные пасты	
7.	Перечислите группы здоровья по итогам диспансеризации стоматологического больного?	ПК-4
	<p>Ответ: <i>I группа</i> – практически здоровые;</p> <p><i>II группа</i> – с компенсированной формой кариеса, имеющие факторы риска заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и зубочелюстные аномалии;</p> <p><i>III группа</i> – с субкомпенсированной формой кариеса;</p> <p><i>IV группа</i> – с декомпенсированной формой кариеса, а также лица с субкомпенсированной формой этого заболевания и отягощенным анамнезом, патологией краевого пародонта, острым течением кариозного процесса.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-5</b>
1	Что называется зубочелюстной аномалией?	УК-1, ПК-1
	Ответ: зубочелюстная аномалия – это врожденные и приобретенные нарушения развития ЗЧС: аномалии зубов, челюстных костей и аномалии соотношения зубных рядов.	
2	Ключ окклюзии по Энгля – это смыкание?	УК-1, ПК-1
	Ответ: первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей	
3	Какому классу соответствует смыкание первых моляров при физиологической окклюзии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: смыкание первых моляров при физиологической окклюзии соответствует 1 классу.	
4	Щечное положение зуба – это?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: вестибулярное	
5	Чем характеризуется аномалия числа зубов?	УК-1, ПК-1
	Ответ: аномалия числа зубов выражаются в увеличенном или уменьшенном количестве. В норме молочный прикус имеет 20 зубов, постоянный — 28-32.	
6	Назовите причины аномального положения зубов?	УК-1, ПК-1
	Ответ: атипичная закладка зачатков зубов; нарушение роста челюстей; сверхкомплектные зубы; макроденития; раннее удаление временных зубов; нарушение смены зубов.	
7	Полный отказ от пустышки и соски рекомендуется с возраста?	ОПК-7, ПК-5
	Ответ: 10 месяцев	
<b>Б1.Б.1.1.4.7</b>	<b>Исправление зубочелюстных аномалий</b>	<b>ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	Для чего предназначен аппарат Андресена-Гойпля?	ПК-2, ПК-3

	Ответ: аппарат Андресена- Гойпля предназначен для нормализации окклюзии.	
2	Губные пелоты способствуют?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: росту апикального базиса челюсти.	
3	Для чего применяется аппарат Pendulum?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Pendulum применяется для дистализации моляров верхней челюсти.	
4	С какой целью применяется компактостеотомия?	ПК-2
	Ответ: компактостеотомия применяется для ускорения ортодонтического лечения.	
5	Каким по назначению является аппарат Норда?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Норда является по назначению лечебным.	
6	Назовите основные правила проведения миогимнастики?	ПК-3
	Ответ: сокращения мышц должны совершаться с максимальной амплитудой; скорость и продолжительность сокращений должны постепенно увеличиваться; наиболее благоприятный возраст для проведения миогимнастики — от 4 до 7 лет.	
7	Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать	ПК-4
	Ответ: зубные ёршики	

#### 4.1.2. Тестовые задания

Примечание: полная база тестовых заданий представлена в электронной информационной системе РМАНПО.

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<i>Б1Б.1.1</i>	<b>Стоматология общей практики</b>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<i>Б1.Б.1.1.1</i>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
	<b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b>	
1	Эффективность стоматологического просвещения наиболее объективно может быть оценена по : А) изменению показателей гигиенического состояния полости рта; Б) количеству поставленных пломб; В) количеству стоматологических клиник; Г) количеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ; Д) по диспансерному наблюдению	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ:	
2	Первичная профилактика- это: А) санация полости рта; Б) обучение гигиене полости рта; В) коррекция питания; Г) использование различных методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний; Д) профессиональная гигиена полости рта	ПК-4, ПК-5
	Ответ: Г.	
3	Для лечения недоразвития и аплазии эмали выполняют: А) отбеливание; Б) микроабразию; В) пломбирование; Г) протезирование; Д) реставрацию.	ПК-2



	Ответ: Д	
4	Витальную экстирпацию пульпы проводят с использованием: А) наркотических анальгетиков; Б) параформальдегидной пасты; В) местных анестетиков; Г) мышьяковистой пасты; Д) резорцин – формалина.	ПК-2
	Ответ: В	
5	Интенсивность кариеса зубов выражается: А) суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума; Б) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов у индивидуума; В) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к возрасту индивидуума; Г) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума; Д) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов в группе индивидуумов	ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б	
6	Абсолютная изоляция зуба от слюны достигается при использовании: А) ватных валиков Б) ватных валиков и слюноотсоса В) мини-дама, валиков, слюноотсоса Г) кофердама (робердама) Д) матриц и клиньев	ПК-2
	Ответ: Г	
7	Вскрытие полости зуба означает: А) удаление свода полости зуба Б) удаление нависающих краев эмали В) создание сообщения с полостью зуба Г) удаление пульпы Д) создание скосов эмали зуба	ПК-2
	Ответ: В	
8	При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется: А) резорцин – формалиновая паста Б) паста на основе смол В) серебряные штифты Г) анкетные штифты Д) титановые штифты	ПК-2
	Ответ: Б	
9	Целью санитарно- просветительной работы является:	УК-1, УК-2,

	<p>А) выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе научных знаний причин заболеваний и методов их предупреждения;</p> <p>Б) предотвращение развития и появления рецидивов и осложнений заболеваний;</p> <p>В) предотвращение потери функций органов и систем организма путём восстановления утрат и потерь здоровья в результате заболеваний;</p> <p>Г) обнаружение факторов риска заболеваний и предотвращение конкретной патологии;</p> <p>Д) выявления пациентов для профилактических осмотров.</p>	УК-3, ПК-4, ПК-5
	Ответ: А	
10	<p>Частью корневого канала является:</p> <p>А) свод</p> <p>Б) анатомическое отверстие</p> <p>В) дно</p> <p>Г) края</p> <p>Д) скосы</p>	УК-1, ПК-1
	Ответ: Б	
11	<p>Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм контроля:</p> <p>А) общественного;</p> <p>Б) государственного;</p> <p>В) внутреннего;</p> <p>Г) ведомственного;</p> <p>Д) поликлинического</p>	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
12	<p>Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:</p> <p>А) шейки</p> <p>Б) контактных поверхностей</p> <p>В) бугров, режущего края</p> <p>Г) вестибулярных поверхностей</p> <p>Д) фиссур</p>	УК-1, ПК-1
	Ответ: В	
13	<p>Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:</p> <p>А) рентгенографии</p> <p>Б) субъективных ощущений</p> <p>В) термодиагностики</p> <p>Г) ультразвуковым</p> <p>Д) пальпаторным</p>	ПК-1
	Ответ: А	
14	<p>Клинические признаки синдрома Стейнтон-Капдепона:</p> <p>А) ночные боли;</p> <p>Б) кариозные полости;</p> <p>В) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы;</p> <p>Г) «рифлевые» зубы;</p> <p>Д) «гипсовые» зубы.</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: В	
15	Пятнистую форму системной гипоплазии следует	ОПК-4, ПК-1

	<p>дифференцировать:</p> <p>А) с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна</p> <p>Б) поверхностным кариесом</p> <p>В) штриховой формой гипоплазии</p> <p>Г) штриховой формой флюороза</p> <p>Д) меловидно-крапчатой формой флюороза</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
16	<p>К препаратам для индивидуальной профилактики кариеса зубов относят гели:</p> <p>А) РОКС Медикал ;</p> <p>Б) Хлосайт;</p> <p>В) Метрогил Дента ;</p> <p>Г) Холисал;</p> <p>Д) солкосерил</p>	ПК-4
	<p>Ответ: Г</p>	
17	<p>Изменения цвета эмали при флюорозе связано:</p> <p>А) с увеличением плотности наружного слоя эмали;</p> <p>Б) уменьшением плотности наружного слоя эмали;</p> <p>В) стабильностью плотности наружного слоя эмали;</p> <p>Г) уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали;</p> <p>Д) деминерализацией эмали.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: Б</p>	
18	<p>Решающий фактор в выборе пломбирочного материала:</p> <p>А) локализация кариозной полости</p> <p>Б) течение кариеса</p> <p>В) уровень гигиены полости рта</p> <p>Г) состояние пародонта</p> <p>Д) вид прикуса</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
19	<p>При препарировании кариозной полости скос эмали создается под:</p> <p>А) стеклоиономерный цемент</p> <p>Б) силикатный цемент</p> <p>В) силикофосфатный цемент</p> <p>Г) композит</p> <p>Д) амальгаму</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
20	<p>Механизм тройного отверждения имеет стеклоиономерный цемент:</p> <p>А) Vitrebond</p> <p>Б) Vitremer</p> <p>В) Argion</p> <p>Г) Цемион</p> <p>Д) Кетак моляр</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Б</p>	
21	<p>Для старения пульпы характерно:</p> <p>А) уменьшение размера полости зуба;</p>	УК-1, ПК-1

	<p>Б) повышение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток;</p> <p>В) увеличение коллагеновых волокон;</p> <p>Г) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервом;</p> <p>Д) увеличение клеочных элементов</p>	
	Ответ: А	
22	<p>Частота обращаемости больных с пульпитом:</p> <p>А) 15-25%;</p> <p>Б) 28-30%;</p> <p>В) 38-40%;</p> <p>Г) 48-50%;</p> <p>Д) 50-60%.</p>	ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б	
23	<p>Медицинская карта стоматологического больного (ФОРМА № 043/У) через 5 лет после последнего посещения пациента передается в:</p> <p>А) архив;</p> <p>Б) Министерство здравоохранения РФ;</p> <p>В) фонд ОМС;</p> <p>Г) государственный комитет по статистике</p> <p>Д) храниться в регистратуре</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8. ПК-6
	Ответ: А	
24	<p>Лекарственные средства назначаемые при герпангине в первые 2 – 3 дня заболевания:</p> <p>А) ферменты</p> <p>Б) антисептики</p> <p>В) противовирусные</p> <p>Г) антибиотики</p> <p>Д) антигистаминные</p>	ПК-2
	Ответ: В	
25	<p>Диспансерные сроки наблюдения при эрозивно- язвенной форме лейкоплакии СОПР :</p> <p>А) каждые 3-4 месяца в течение 5 лет;</p> <p>Б) после выявления заболевания через 1,5-2 месяца;</p> <p>В) 1 раз в год в течении 3 лет</p> <p>Г) 1 раз в 3 года;</p> <p>Д) 1 раз в полгода.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: А	
26	<p>Целью использования аппарата «Ассистина» является</p> <p>А) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников;</p> <p>Б) стерилизация наконечников;</p> <p>В) дезинфекция боров;</p> <p>Г) дезинфекция эндодонтического инструментария;</p> <p>Д) стерилизация зеркал</p>	ПК-4
	Ответ: А	
27	<p>Основанием для обследования больного на ВИЧ служит:</p> <p>А) полилимфаденит неясной этиологии;</p> <p>Б) одонтогенный лимфаденит;</p> <p>В) специфический лимфаденит;</p> <p>Г) тонзиллогенный лимфаденит;</p> <p>Д) лихорадка неясного генеза</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1

	Ответ: В	
28	Индекс Грин- Вермиллиона используется для определения: А) интенсивности кариеса Б) зубного налета, зубного камня В) кровоточивости десен Г) распространенности кариеса Д) глубины пародонтального кармана	ПК-1
	Ответ: Б	
29	Клинический анализ крови следует провести при: А) кандидозе Б)ХРАС В) ОГС Г) язвенно – некротическом стоматите неясной этиологии Д) МЭЭ	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Г	
30	Основной недостаток микрогиридных композитов - это: А) прочность; Б) цветостойкость; В) полимерная усадка; Г) рентгеноконтрастность; Д) полируемость.	ПК-2
	Ответ: В	
31	Наличие пародонтального кармана является характерным признаком: А) катарального гингивита Б) пародонтита В) пародонтоза Г) пародонтомы Д) периодонтита	ПК-1
	Ответы: Б	
32	Полирование пломбы из стеклоиономерного цемента проводят после ее наложения через: А) 5 мин; Б) 1 ч; В) 1 сутки; Г) 1 нед; Д) 2 нед.	ПК-2
	Ответ: В	
33	С помощью индекса РМА определяют: А) кровоточивость десны Б) наличие зубного камня В) степень воспаления десны Г) наличие зубного налета Д) наличие кариеса	ПК-1
	Ответ: В	
34	Клиническими признаками аллергических реакций анафилактического типа являются: А) отек, гиперемия, пузыри, эрозия Б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоточечные эрозии В) пузыри, эрозии на не изменившемся фоне	ПК-1

	Г) одиночные афты Д) одиночные язвы	
	Ответ: А	
35	Основной принцип диспансеризации больных с заболеваниями пародонта заключается в: А) активном выявлении больных с ранними формами патологии; пародонта и их лечении Б) лечении катарального гингивита; В) обучении правильным методикам гигиены полости рта; Г) санации зубов; Д) проведение лоскутных операций	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ:	
36	К II классу по Блеку относится полость: А) в ямках по обе стороны от эмалевого валика, соединяющего бугры зуба 4.5 Б) в пришеечной области на медиальной поверхности зуба 2.3 В) в пришеечной области на дистальной поверхности зуба 2.7 Г) в пришеечной области на щечной поверхности зуба 3.8 Д) на медиальной контактной поверхности 1.1	ПК-1
	Ответ: В	
37	Наличие ложного десневого кармана характерно для: А) катарального гингивита Б) язвенно – некротического гингивита В) гипертрофического гингивита Г) хронического пародонтита Д) хронического пародонтита в стадии обострения	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: В	
38	Для выявления скрытой кариозной полости применяют: А) ЭОД; Б) зондирование; В) температурную пробу; Г) рентгенографию; Д) реодентографию	ПК-1
	Ответ: Г	
39	Предметы оральной гигиены полости рта, как носители фторидов: А) флоссы Б) гелевые композиции В) скребки для языка Г) эликсиры Д) зубные щетки	ПК-4, ПК-5
	Ответ: А	
	<b>Инструкция: выберите несколько правильных ответов</b>	
40	Виды профилактики стоматологических заболеваний: А) централизованная санация полости рта; Б) первичная; В) децентрализованная санация полости рта; Г) вторичная; Д) третичная.	ПК-4

	Ответ: Б, Г, Д.	
41	Диспансеризации у стоматолога подлежат больные со следующей патологией пародонта: А) Гингивит; Б) Пародонтит; В) Пародонтома; Г). Пародонтоз ; Д). Синдром Папийона-Лефевра	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: А, Б, Г	
42	Основными задачами медико- социальной экспертизы является: А) оценка трудоспособности в первые 10 дней заболевания; Б) установление степени и длительности нетрудоспособности; В) решение вопроса о стойкой нетрудоспособности больного; Г) всесторонняя реабилитация; Д) проведение профилактических мероприятий.	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: В, Г	
43	В гласперленовых стерилизаторах стерилизуют: А) боры различного вида; Б) шприцы; В) наконечники; Г) мелкий инструментарий Д) марлевые салфетки	ПК-4
	Ответ: А, Г	
	<b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b>	
44	Восстановлено сознание, самостоятельное дыхание и сердечная деятельность. Больной должен быть; А) оставлен в поликлинике Б) отправлен домой В) госпитализирован в соматическое отделение Г) госпитализирован в отделение реанимации Д) помещен в палату интенсивной терапии	ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Г	
45	Распространенность кариеса зубов выражается; А) абсолютных единицах; Б) процентах; В) относительных единицах; Г) коэффициентах; Д) константах.	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8. ПК-6
	Ответ: Б	
46	При попадании инородного тела в дыхательные пути взрослого пациента во время стоматологического лечения необходимо выполнить приём: А) Геймлиха; Б) Сафара; В) Альцгеймера; Г) Тренделенбурга;	ОПК-10, ПК-2

	Д) Лимберга	
	Ответ: А	
47	При проведении реанимации вдвоём взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции лёгких (ивл) составляет: А) 15:2; Б) 1:4; В) 1:5; Г) 5:2; Д) 30:2	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Д	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	Окклюзия – частный случай артикуляции, характеризующихся: А) всеми передвижениями нижней челюсти; Б) смыканием зубов; В) разобщением зубных рядов; Г) широким открыванием рта; Д) боковыми движениями нижней челюсти.	УК-1, ПК-1
	Ответ: Б	
2	Артикуляция – понятие, включающее соотношение челюстей при: А) центральной окклюзии; Б) боковая окклюзия; В) передней окклюзии; Г) всевозможные положения нижней челюсти; Д) состояние физиологического покоя.	УК-1, ПК-1
	Ответ: Д	
3	Процентное соотношение лиц, имеющих признаки стоматологического заболевания к общему числу обследованных называется: А) распространённостью стоматологического заболевания; Б) интенсивностью стоматологического заболевания; В) стоматологической заболеваемостью населения; Г) уровнем стоматологической помощи населению Д) приростом стоматологических заболеваний	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
4	Высота окклюзионного валика: А) 2см; Б) выше оставшихся зубов; В) ниже оставшихся зубов; Г) на уровне оставшихся зубов; Д) на уровне альвеолярного гребня	ПК-2
	Ответ: Г	
5	К основным качественным показателям работы врача-стоматолога – ортопеда относят:	УК-1, УК-3, ОПК-2, ОПК-8,



	<p>А) правильная подготовка полости рта к протезированию на терапевтическом и хирургическом приеме по медицинским показаниям (подготовка корневых каналов, выравнивание окклюзионной плоскости и др);</p> <p>Б) изготовление съемных или несъемных протезов в строгом соответствии с клиническими показаниями;</p> <p>В) проведение в 80–90% случаев эстетического протезирования;</p> <p>Г) точное выполнение протезов в назначенные сроки;</p> <p>Д) все выше перечисленное</p>	ПК-6
	Ответ: Б	
6	<p>Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:</p> <p>А) виниром;</p> <p>Б) фасеткой;</p> <p>В) вкладкой;</p> <p>Г) коронкой;</p> <p>Д) полукоронкой</p>	ПК-2
	Ответ: Д	
7	<p>Целью эпидемиологических исследований является:</p> <p>А) разработка мер профилактики и оценка их эффективности;</p> <p>Б) изучение распространения заболеваний по группам населения;</p> <p>В) реформирование системы здравоохранения;</p> <p>Г) анализ демографических показателей;</p> <p>Д) анализ диспансерного наблюдения</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
8	<p>Моделирование вкладки прямым методом проводится:</p> <p>А) на модели в артикуляторе;</p> <p>Б) на модели в окклюдаторе;</p> <p>В) в полости рта;</p> <p>Г) на модели в универсальном артикуляторе;</p> <p>Д) на компьютере.</p>	ПК-2
	Ответ: В	
9	<p>Виды окклюзионных кривых:</p> <p>А) сагиттальная;</p> <p>Б) трансверзальная;</p> <p>В) сагиттальная и трансверзальная;</p> <p>Г) передняя;</p> <p>Д) задняя</p>	ПК-2
	Ответ: А	
10	<p>При индексе разрушения окклюзионной поверхности по В. Ю Миликевичу (ИРОПЗ) = 0,6 показано лечение:</p> <p>А) искусственной коронкой;</p> <p>Б) вкладкой;</p> <p>В) штифтовой конструкцией;</p> <p>Г) пломбой;</p> <p>Д) рем –терапия.</p>	ПК-2

	Ответ: А	
11	<p>Должность врача-стоматолога- ортопеда , содержащаяся на хозрасчете или за счет специальных средств устанавливаются:</p> <p>А) 2 должности на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;</p> <p>Б) 1 должность на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;</p> <p>В) 0,7 должности на 10 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;</p> <p>Г) 1 должность на 5 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;</p> <p>Д) 1 должность на 15 тысяч человек взрослого населения города, где расположена поликлиника;</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б	
12	<p>Недостаток металлокерамических коронок:</p> <p>А) высокая эстетичность;</p> <p>Б) восстановление окклюзионной поверхности;</p> <p>В) прочность;</p> <p>Г) большой объем снимаемых тканей;</p> <p>Д) технология изготовления.</p>	УК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
13	<p>Противопоказания к изготовлению цельнолитых коронок служат:</p> <p>А) разрушение коронки зуба;</p> <p>Б) зубы с живой пульпой у взрослых;</p> <p>В) пломбирование корневых каналов на 3/4;</p> <p>Г) зуба, пломбированные гуттаперчей;</p> <p>Д) наличие у зуба трех стенок.</p>	УК-1, ПК-2
	Ответ: В	
14	<p>При изготовлении съемного протеза на модель наносятся ориентиры:</p> <p>А) границы базиса;</p> <p>Б) окклюзионной линии;</p> <p>В) угла Беннета;</p> <p>Г) зрачковой линии;</p> <p>Д) ушной раковины.</p>	ПК-2
	Ответ: А	
15	<p>Какой оттиск достаточно сделать для изготовления цельнолитого бюгельного протеза верхней челюсти при IV классе дефектов по Кеннеди:</p> <p>А) анатомический;</p> <p>Б) функциональный;</p> <p>В) дифференцированный;</p>	ПК-2

	Г) дифференцированно-комбинированный; Д) произвольный	
	Ответ: А	
16	Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется: А) моделировочный; Б) базисным; В) профильным (восколит) Г) бюгельным; Д) липким.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
17	К первичным факторам риска развития заболеваний относят: А) нерациональное питание; Б) артериальную гипертензию; В) сахарный диабет; Г) гиперхолестеринемию; Д) стресс	УК-1, ПК-4
	Ответ: А	
18	Дефекты зубных рядов по классификации Кеннеди делятся на классы: А) четыре; Б) три; В) два; Г) пять; Д) шесть	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
19	Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют: А) 0,1-0,2; Б) 0,2-0,3; В) 0,3-0,5; Г) 0,6-0,7; Д) 0,8-0,9.	ПК-2
	Ответ: Г	
20	Основные показания к изготовлению искусственных коронок-это зубы с: А) разрушенной коронкой зуба более 50%; Б) значительным изменениями в периодонте; В) подвижностью III степени; Г) некачественно запломбированными каналами; Д) продольным переломом корня.	УК-1, ПК-2
	Ответ: А	
21	Конструкция штифтового зуба представляет собой: А) штампованную искусственную коронку; Б) металлический штифт, введенный в корневой канал; В) штифт в корневом канале с искусственной коронкой; Г) пластмассовую коронку; Д) комбинированную коронку.	ПК-2

	Ответ: В	
22	<p>Как проводится диспансерное наблюдение врачом – стоматологом ортопедом пациентов с хроническим пародонтитом:</p> <p>А) не проводится;  Б) 1 раз в 3 месяца;  В) 1 раз в 6 месяцев;  Г) 1 раз в год;  Д) 1 раз в три года</p>	УК-1, УК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Г	
23	<p>Медицинская карта стоматологического больного (ФОРМА №043/У) храниться в регистратуре после последнего посещения пациента в течении (лет):</p> <p>А) 5;  Б) 10;  В) 15;  Г) 20;  Д) 25</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8. ПК-6
	Ответ:А	
24	<p>При наличии атрофической, сухой слизистой оболочки снимают оттиск:</p> <p>А) компрессионный;  Б) разгружающий;  В) фиксирующий;  Г) стабилизирующий;  Д) облегченный.</p>	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
25	<p>Опорные части мостовидного протеза-это:</p> <p>А) коронки, полукоронки, искусственные зубы;  Б) вкладки, искусственные зубы;  В) коронки, вкладки, штифтовые зубы;  Г) штифтовые зубы, искусственные зубы;  Д) искусственные зубы; коронки</p>	ПК-2
	Ответ: В	
26	<p>Распространенность частичного отсутствия зубов в России составляет:</p> <p>А) от 40 до 75 % в разных возрастных группах;  Б) 98—99% старше 35 лет;  В) 28-30% от 35 до 44 лет;  Г) 86% в группе 35-44 лет;  Д) 90% в группе старше 40 лет.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
27	<p>К дополнительным предметам гигиены относятся зубные:</p> <p>А) ёршики;  Б) щётки;  В) порошки;  Г) пасты;  Д) ополаскиватели.</p>	ПК-4, ПК-5
	Ответ :А	

28	<p>К недостаткам цельнолитых коронок относится:</p> <p>А) отсутствие эстетичности;</p> <p>Б) меньшая травматичность;</p> <p>В) высокая прочность;</p> <p>Г) точное воспроизведение рельефа анатомической формы;</p> <p>Д) плотное прилегание в пришеечной области.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
29	<p>Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется :</p> <p>А) эстезиометром;</p> <p>Б) гнатодинамометром;</p> <p>В) электронно-вакуумным аппаратом;</p> <p>Г) реографом;</p> <p>Д) апекслокатором.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: А</p>	
30	<p>Сепарация-это этап одонтопрепарирования, включающий;</p> <p>А) снятие эмали, дентина с небной стороны;</p> <p>Б) препарирование кариозной полости;</p> <p>В) разобщение рядом стоящих зубов;</p> <p>Г) укорочение длины зубов;</p> <p>Д) снятие твердых тканей с вестибулярной стороны.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: В</p>	
31	<p>Журнал учета профилактических осмотров полости рта (ФОРМА №049/У) является основным документом для анализа:</p> <p>А) профилактической работы среди населения;</p> <p>Б) эффективности использования оборудования;</p> <p>В) информированности населения о ЗОЖ;</p> <p>Г) распределения нагрузки среди врачей;</p> <p>Д) эффективности диспансерного наблюдения</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8. ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
32	<p>Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:</p> <p>А) фиксация коронок;</p> <p>Б) припасовка коронок;</p> <p>В) снятие оттисков;</p> <p>Г) одонтопрепарирование;</p> <p>Д) изготовление модели.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
33	<p>Санитарно- просветительную работу в отношении повышения стоматологического здоровья должны проводить :</p> <p>А) врач;</p> <p>Б) родители;</p> <p>В) дети;</p> <p>Г) учащиеся;</p> <p>Д) студенты.</p>	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
34	<p>Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет следующую форму:</p>	ПК-2

	<p>А) седловидную;  Б) промывную;  В) касательную;  Г) опорную;  Д) телескопическую.</p>	
	<p>Ответ: В</p>	
35	<p>Стандарты медицинской помощи утверждаются :  А) Министерством здравоохранения РФ;  Б) Правительством РФ;  В) руководством медицинской организации;  Г) Российской академией наук;  Д) главным врачом медицинского учреждения.</p>	<p>УК-1, УК-2,  ОПК-8, ПК-6</p>
	<p>Ответ:</p>	
36	<p>Зону слизистой с наименее выраженной податливостью ( по Люнду) называют :  А) центральной фиброзной;  Б) жировой;  В) железистой;  Г) переходной складкой;  Д) не подвижной слизистой оболочки.</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: Б</p>	
37	<p>Гипсовая модель по оттиску из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:  А) 2 мин;  Б) 15 мин;  В) 60 мин;  Г) 24 ч;  Д) 48 ч.</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: В</p>	
38	<p>В бюгельных протезах при концевых седлах искусственные зубы устанавливаются:  А) на всю длину базиса;  Б) на 1/3 длины базиса протеза;  В) на 1/2 длины базиса протеза;  Г) на 2/3 длины базиса протеза;  Д) на 3/4 длины базиса протеза.</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: Г</p>	
39	<p>При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:  А) на уровне края десны;  Б) супрагингивально;  В) по периметру шейки зуба;  Г) не формируется вовсе;  Д) субгингивально.</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: Г</p>	
40	<p>Для расчета патологической пораженности необходимы данные о числе случаев:</p>	<p>УК-1, ОПК-2,  ОПК-8, ПК-6</p>

	<p>А) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр;</p> <p>Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения;</p> <p>В) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний</p> <p>Г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы;</p> <p>Д) инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Хирургическая стоматология</b>	<p><b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6</b></p>
1	<p>Автоклавированием стерилизуют инструменты, материалы:</p> <p>А) зеркала, ножницы;</p> <p>Б) марлевые тампоны, наконечники;</p> <p>В) зонд, шприц;</p> <p>Г) пластмассовый шпатель;</p> <p>Д) боры, резиновые головки</p>	<p>ПК-4</p>
	<p>Ответ: Б</p>	
2	<p>Как осуществляется диспансерное наблюдение при хроническом сиагодените врачом- стоматологом – хирургом:</p> <p>А) 1 раз в три месяца;</p> <p>Б) 1 раз в полгода;</p> <p>В) 1 раз в год;</p> <p>Г) не проводиться;</p> <p>Д) 1 раз в три года</p>	<p>УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-3, ПК-6</p>
	<p>Ответ: В</p>	
3	<p>Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводиться при температуре:</p> <p>А) 125° С – 45 мин;</p> <p>Б) 160° С – 40 мин;</p> <p>В) 180° С – 45 мин;</p> <p>Г) 180° С- 60 мин;</p> <p>Д) 200° С- 90 мин.</p>	<p>ПК-4</p>
	<p>Ответ: Г</p>	
4	<p>Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной области:</p> <p>А) околоушно-жевательной;</p> <p>Б) скуловой;</p> <p>В) поднижнечелюстной;</p> <p>Г) щёчной</p> <p>Д) височной .</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: А</p>	

5	Причиной развития флегмоны крыловидно- нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области: А) первого моляра ; Б) верхней губы; В) зубов верхней челюсти; Г) лимфатических узлов щёчной области; Д) третьих моляров.	ПК-1
	Ответ: Д	
6	С помощью амидопириновой пробы определяют: А) остатки крови на инструментах; Б) остатки моющих средств; В) стерильность инструментов; Г) наличие жира;	ПК-4
	Ответ: А	
7	Анатомический ориентир вкола иглы при мандибулярной анестезии методом пальпации: А) крыловидно- нижнечелюстная складка; Б) позадиомолярный треугольник; В) позадиомолярная ямка; Г) височный гребешок; Д) скулоальвеолярный гребень.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
8	Способом передачи инфекции при эпидемическом паротите является: А) воздушно-капельный; Б) алиментарный; В) контактный; Г) половой; Д) через кровь	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: А	
9	Профилактикой одонтогенных воспалительных заболеваний не являются: А) ортодонтическое лечение при аномалиях окклюзии; Б) профессиональная гигиена полости рта; В) лечение кариеса и его осложнений; Г) лечение заболеваний пародонта Д) лечение заболеваний СОПР	ПК-4
	Ответ: А	
10	Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются: А) муфтообразный, без чётких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов; Б) подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса; В) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без чётких границ, положительный симптом нагрузки; Г) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с чёткими границами, отрицательный симптом Венсана; Д) болезненная перкуссия зубов	ОПК-4, ПК-1



	Ответ: А	
11	Обморок может развиваться на этапах местной анестезии; А) только вначале проведения анестезии (при вколе иглы); Б) только на завершающем этапе (при извлечении иглы); В) перед началом проведения обезболивания (до вкола иглы); Г) на любом этапе проведения местной анестезии; Д) после проведения всех манипуляций.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
12	Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через отверстие: А) круглое; Б) овальное; В) остистое; Г) ментальное; Д) подглазничное	УК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
13	При проведении мандибулярной анестезии контрактура развивается при ранении мышцы: А) щечной; Б) жевательной; В) височной; Г) внутренней крыловидной; Д) наружной крыловидной.	ПК-2
	Ответ: Г	
14	Для коллапса характерно: А) резкое снижение АД и брадикардия; Б) резкое снижение АД и тахикардия; В) редкое дыхание; Г) потеря сознания; Д) частое дыхание.	ОПК-10, ПК-2
	Ответ: А	
15	В зону обезболивания при инфраорбитальной анестезии входят: А) моляры; Б) резцы и клыки; В) премоляры; Г) резцы, клыки и премоляры; Д) премоляры и резцы.	ПК-2
	Ответ: Г	

16	Показанием к проведению общего обезболивания служит: А) лечение пульпита; Б) лечение кариеса; В) лечение периодонтита; Г) лабильность психики; Д) пожилой возраст	УК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
17	Фонем для анафилактического шока является: А) стресс Б) бронхиальная астма; В) интоксикация; Г) мигрень; Д) гипертоническая болезнь	ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Б	
18	Абсолютное показание к удалению зуба: А) продольный перелом корня; Б) отсутствие 2/3 коронковой части зуба; В) пульпит; Г) глубокий кариес; Д) периодонтит	ПК-2
	Ответ: А)	
19	Какие препараты используются для оказания неотложной помощи при развитии анафилактического шока: А) адреналин; Б) преднизолон; В) 5% раствор глюкозы; Г) супрастин; Д) все выше перечисленное	ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Д	
20	Прямой элеватор на верхней челюсти используют для: А) удаления вторых моляров; Б) кюретажа лунки; В) сепарации зуба; Г) удаления корней моляров; Д) остановки кровотечения.	ПК-2
	Ответ: Г	
21	Репозиция костей носа при западении отломков проводится: А) элеватором Волкова; Б) крючком Лимберга; В) прямым элеватором; Г) носовым зеркалом; Д) элеватором Леклюза	ПК-2
	Ответ: А	

22	<p>Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:</p> <p>А) 48 часов;  Б) 24 часа;  В) 8-12 часов;  Г) 8 суток;  Д) 10 суток</p>	ПК-2
	Ответ: А	
23	<p>Инструмент для отслаивания круговой связки зуба – это:</p> <p>А) кюретажная ложка;  Б) серповидная гладилка;  В) гладилка комбинированная со штопфером  Г) шпатель;  Д) штопфер.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
24	<p>Перечислите основные количественные и качественные показатели на хирургическом приеме:</p> <p>А) среднее число посещений на врача в смену, из них первичных;  Б) среднее число выработанных УЕТ на врача в смену;  В) среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных;  Г) количество удалений зубов в день;  Д) все выше перечисленное.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	
25	<p>Первое вывихивающее движение при удалении 3.6 (4.6) зубов делают:</p> <p>А) в язычную сторону;  Б) в щечную сторону;  В) ротационное движение;  Г) кпереди;  Д) кзади.</p>	ПК-2
	Ответ: А	
26	<p>Должность врачей стоматологов- хирургов устанавливают:</p> <p>А) 1 должность на 10 тысяч человек взрослого населения;  Б) 2 должности на 10 тысяч человек взрослого населения;  В) 4 должности на 10 тысяч человек взрослого населения;  Г) 6 должностей на 10 тысяч человек взрослого населения;  Д) 3,5 должности на 10 тысяч человек взрослого населения</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: В	
27	<p>К основным симптомам перелома скуловой кости относят:</p> <p>А) «симптом ступени», диплопию;  Б) деформацию носа, гематому;  В) нарушение прикуса;  Г) симптом Венсана;  Д) симптом Никольского</p>	ОПК-4, ПК-1

	Ответ: А	
28	К лечебным мероприятиям при стенотической асфиксии относятся: А) трахеотомии; Б) введение воздуховода; В) удаление инородного тела; Г) восстановление анатомического положения органа; Д) проведение коникотомии	ОПК-10, ПК-2
	Ответ: А	
29	Перечислите методы стоматологического просвещения: А) беседа; Б) лекции; В) семинар; Г) уроки здоровья; Д) все выше перечисленное.	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: Б	
30	При вправлении вывиха нижней челюсти применяется: А) обезболивание по Дубову; Б) общее обезболивание (наркоз); В) нейролептаналгезия; Г) сочетанное обезболивание; Д) туберальная анестезия.	ПК-2
	Ответ: А	
31	К методам стоматологического просвещения относятся: А) семинары ; Б) памятки; В) плакаты; Г) видеофильмы	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: А	
32	Противопоказания к применению вазоконстрикторов служит: А) препарирование твердых тканей зубов; Б) эндодонтическое лечение зубов; В) амбулаторное хирургическое вмешательство; Г) компенсированная патология сердечно-сосудистой системы; Д) декомпенсированная форма сердечно-сосудистой патологии	ПК-2
	Ответ: Д	

33	Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта: А) гингивиты Б) пародонтоз В) пародонтит легкой и средней степени тяжести Г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм Д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени	ПК-2
	Ответ: Г	
34	Носонебный нерв служит ветвью нервов: А) задних верхних альвеолярных; Б) средних верхних альвеолярных; В) передних верхних альвеолярных; Г) задних верхних носовых; Д) задних нижних носовых	УК-1, ПК-2
	Ответ: А	
35	При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить: А) на верхней трети грудины Б) на границе верхней и средней трети грудины В) на границе средней и нижней трети грудины Г) в пятом межреберном промежутке слева Д) в пятом межреберном промежутке справа	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Г	
36	К инъекционным методам обезболивания относится анестезия: А) палатинальная; Б) инфраорбитальная; В) туберальная; Г) резцовая; Д) аппликационная	ПК-2
	Ответ: Д	
37	При выборе метода обезболивания особенно важно выяснить: А) жалобы; Б) анамнез заболевания; В) соблюдение гигиены; Г) историю жизни; Д) аллергоанамнез	ПК-2
	Ответ: Д	
38	Вскрытие капсулы слюнной железы при остром сиалодените производится: А) только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы Б) при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы В) после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы Г) при развитии прогрессирующей сухости во рту	ПК-2

	Д) не производиться	
	Ответ: А	
39	Лечение острого артрита височно- нижнечелюстного сустава включает: А) физиотерапию; Б) редрессацию ; В) артропластику Г) создание ложного сустава; Д) проведение блокад.	ПК-2
	Ответ: А	
40	Блокада задних верхних луночковых нервов называется анестезией: А) палатинальной; Б) инфраорбитальной; В) туберальной; Г) резцовой; Д) наднадкостничной	ПК-2
	Ответ: В	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	При организации стоматологической помощи детям применимы следующие формы хозяйственного механизма: А) бригадный метод; Б) сдельно-премиальная система; В) арендные отношения; Г) медицинское страхование; Д) все перечисленные выше.	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	
2	Комплекс мер, направленный на предупреждение возникновения и развития зубочелюстных аномалий, является профилактикой; А) первичной; Б) вторичной ; В) третичной; Г) интерцепционной; Д) глобальной	ПК-4
	Ответ: А	

3	<p>Наиболее часто используемой конструкцией профилактических протезов у детей 5-6 лет является:</p> <p>А) съёмный пластиночный протез;  Б) вкладка;  В) бюгельный протез;  Г) мостовидный протез  Д) полный съёмный протез</p>	ПК-2
	Ответ: А	
4	<p>Для оценки эффективности работы врача, работающего в школе 5 лет, главным является</p> <p>А) количество пломб, поставленных в новые кариозные полости;  Б) нуждаемость в лечении;  В) общее количество пломб в день;  Г) охват плановой санации;  Д) комплекс перечисленных показателей.</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
5	<p>Две сводные ведомости учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники отделения, кабинета (ФОРМА №039-2/У-88) на одного врача заводятся в случае оказания стоматологической помощи:</p> <p>А) взрослым и детям;  Б) женщинам и мужчинам;  В) пациентам по программам ОМС и ДМС;  Г) работающим и пенсионерам.</p>	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
6	<p>При удалении временных зубов раньше, чем за год до физиологической смены, необходимо:</p> <p>А) провести избирательное пришлифовывание;  Б) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов  В) провести сошлифовывание нестёршихся бугров временных моляров  Г) установить брекет-систему  Д) изготовить замещающую конструкцию</p>	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ:	
7	<p>Для детей школьного возраста рекомендуется формировать диспансерные группы:</p> <p>А) 5;  Б) 3;  В) 4;  Г) 6;  Д) 7</p>	УК-2, ОПК-2, ОПК-8, ПК-6

	Ответ: А	
8	При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию А) проводниковое обезболивание; Б) аппликационное обезболивание; В) ингаляционный наркоз; Г) инфильтрационное обезболивание; Д) внутрикостное обезболивание.	ПК-2
	Ответ: Б	
9	Укажите наиболее частое показание к применению местного инъекционного обезболивания в детской терапевтической стоматологии А) неосложненный кариес; Б) кюретаж зубодесневых карманов; В) хронический периодонтит; Г) хронический пульпит; Д) острая травма зуба с повреждением пульпы.	ПК-2
	Ответ: Д	
10	Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям до 3 лет А) не добавляют; Б) добавляют 2 капли раствора адреналина на 5 мл обезболивающего раствора; В) добавляют 2 капли раствора адреналина на 10 мл обезболивающего раствора; Г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика; Д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика.	ПК-2
	Ответ: А	
11	В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти А) для определения длины нижней челюсти; Б) для определения состояния зачатков; В) для измерения размеров зубов нижней челюсти; Г) для измерения ширины зубного ряда; Д) для определения длины корней.	ПК-1
	Ответ: Б	
12	Острый инфекционный периодонтит является исходом: А) острого диффузного пульпита; Б) травмы зуба; В) хронического фиброзного пульпита; Г) передозировки мышьяковистой пасты; Д) глубокого кариеса	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	



13	<p>На формирование аномалий прикуса у дошкольников не влияет</p> <p>А) ознакомление детей с различными этиологическими факторами, влияющими на формирование правильного прикуса;</p> <p>Б) устранение активных привычек, способствующих развитию аномалий прикуса.</p> <p>В) обучение навыкам ухода за полостью рта;</p> <p>Г) обучение правильному откусыванию и пережевыванию пищи;</p> <p>Д) обучение правильной позе во время еды и сна.</p>	УК-1, ПК-5
	Ответ: В	
14	<p>Первое обследование детей является мероприятием этапа организации диспансеризации:</p> <p>А) начального;</p> <p>Б) подготовительного;</p> <p>В) основного;</p> <p>Г) оценки эффективности диспансеризации;</p> <p>Д) заключительного.</p>	УК-2, ПК-4
	Ответ: А	
15	<p>Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить</p> <p>А) в 9-12 мес;</p> <p>Б) в 1.0-1.5 года;</p> <p>В) в 1.5-2.0 года;</p> <p>Г) в 6-9 мес;</p> <p>Д) не надо отучать вообще.</p>	ПК-4, ПК-5
	Ответ: А	
16	<p>Для пломбирования кариозной полости 2 класса во временном зубе с несформированным корнем применяют:</p> <p>А) стеклоиономерные цементы;</p> <p>Б) композиты светового отверждения;</p> <p>В) цинкфосфатные цементы;</p> <p>Г) композиты химического отверждения;</p> <p>Д) силикофосфатные цементы</p>	ПК-2
	Ответ: А	
17	<p>Наиболее часто при системной гипоплазии поражаются зубы:</p> <p>А) постоянные резцы, клыки и первые моляры;</p> <p>Б) временные резцы и клыки;</p> <p>В) временные моляры и резцы;</p> <p>Г) премоляры и постоянные моляры;</p> <p>Д) все постоянные зубы</p>	ПК-1
	Ответ: А	

18	<p>К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?</p> <p>А) низкой;  Б) средней;  В) определить нельзя;  Г) очень высокой;  Д) высокой.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Г	
19	<p>Для пломбирования корневых каналов временных зубов используются материалы:</p> <p>А) пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты;  Б) резорцин-формалиновые пасты;  В) гуттаперчевые штифты с корневым герметиком;  Г) мумифицирующие пасты;  Д) пасты на основе эпоксидных смол</p>	ПК-2
	Ответ: А	
20	<p>В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?</p> <p>А) степень активности кариеса;  Б) II степень активности кариеса;  В) III степень активности кариеса;  Г) дети, имеющие КПУ=0;  Д) здоровые дети.</p>	УК-1, ПК-4
	Ответ: Г	
21	<p>Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации</p> <p>А) визуальный метод;  Б) метод витальной окраски;  В) метод рентгенологического исследования;  Г) метод волоконной оптики;  Д) все перечисленные.</p>	ПК-1
	Ответ: Б	
22	<p>При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают</p> <p>А) для диагностики скрытых кариозных полостей;  Б) для определения глубины распространения кариозного процесса;  В) для диагностики вторичного кариеса;  Г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов;  Д) при всех перечисленных выше ситуациях.</p>	ПК-1
	Ответ: А	

23	Родители должны начинать чистить детям зубы с: А) момента прорезывания первого временного зуба; Б) 3 лет В) 6 лет Г) после прорезывания всех временных зубов Д) с момента прорезывания постоянных зубов	ПК-5
	Ответ: А	
24	Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать А) непосредственно сразу; Б) через 1 минуту; В) через 2 минуты; Г) через 6-10 минут; Д) через 24 часа.	ПК-2
	Ответ: Б	
25	Правильный и рациональный выбор постоянного пломбировочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит А) от степени активности кариеса зубов у детей; Б) только от физико-механических свойств применяемого материала; В) зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка); Г) зависит от степени токсичности пломбировочного материала Д) зависит от возраста ребенка.	ПК-2
	Ответ: А	
26	Активной формой- санитарно- просветительной работы является: А) проведение уроков здоровья; Б) распространение листовок; В) развешивание плакатов; Г) показ кинофильмов; Д) представление санбюллетеня.	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5
27	Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса А) биологический метод; Б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы; В) метод прижизненной ампутации; Г) метод девитальной ампутации; Д) не назван.	ПК-2
	Ответ: В	

28	<p>Практическим этапом стоматологического просвещения является:</p> <p>А) навык;  Б) знание;  В) понимание;  Г) убеждение;  Д) опыт деятельности.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5
	Ответ: А	
29	<p>Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы?</p> <p>А) биологический метод;  Б) метод прижизненной ампутации;  В) метод девитальной ампутации;  Г) комбинированные методы;  Д) не назван.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
30	<p>Интенсивность кариеса зубов у ребенка 3 лет оценивают с помощью индекса:</p> <p>А) кпу (з);  Б) КПУ(з); и кпу(з);  В) КПУ(з);  Г) ИГР-У;  Д) РМА</p>	ПК-1
	Ответ: А	
31	<p>Первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей при остеомиелите выявляются</p> <p>А) на 4-5 сутки;  Б) на 6-8 сутки;  В) на 10-12 сутки;  Г) через 3 недели;  Д) через 4 недели.</p>	ПК-1
	Ответ: В	
32	<p>К каким клиническим признакам хронического периодонтита у детей в любом возрасте относятся:</p> <p>А) пульпа некротизированная в коронковой и корневой части полости зуба;  Б) пульпа болезненная только в устьях корневых каналов;  В) боль при накусывании на зуб;  Г) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, безболезненное препарирование  Д) разрушенная коронка зуба на 1/2</p>	ПК-1
	Ответ А	

33	<p>Тактикой при оказании экстренной помощи при остром одонтогенном остеомиелите, осложнившимся флегмоной ("причинный" зуб значительно разрушен), будет</p> <p>А) вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба не показано;</p> <p>Б) вскрытие флегмоны с одновременным удалением причинного зуба;</p> <p>В) вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба после стихания острого воспаления;</p> <p>Г) произвести только удаление зуба;</p> <p>Д) порядок действия не имеет значения.</p>	ПК-2
	Ответ: В	
34	<p>Завершенным лечение ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба можно считать</p> <p>А) сразу после пломбирования;</p> <p>Б) после рентгенологического контроля за качеством пломбирования корневых каналов;</p> <p>В) через 7 дней после пломбирования зуба;</p> <p>Г) через месяц после пломбирования зуба;</p> <p>Д) через 3-6 месяцев после пломбирования зуба.</p>	ПК-2
	Ответ: Д	
35	<p>Конструкция профилактических протезов у детей 5 лет:</p> <p>А) съёмный пластиночный;</p> <p>Б) вкладки;</p> <p>В) мостовидный;</p> <p>Г) консольный</p> <p>Д) керамический</p>	ПК-2
	Ответ: А	
36	<p>Афты Беднара встречаются у детей:</p> <p>А) первых месяцев жизни;</p> <p>Б) первого года жизни;</p> <p>В) ясельного;</p> <p>Г) дошкольного;</p> <p>Д) школьного.</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
37	<p>Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерны:</p> <p>А) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям;</p> <p>Б) эрозии;</p> <p>В) массивные гнойные корки;</p> <p>Г) трещины на губах, покрытые влажным белым налётом;</p> <p>Д) волдыри</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	

38	Ретенционный период у детей составляет: А) в 2 раза дольше периода активного ортодонтического лечения; Б) длительность периода активного ортодонтического лечения; В) до 18 лет Г) в 3 раза дольше периода ортодонтического лечения; Д) на длительный срок.	ПК-2
39	Вестибулярные пластинки используют для: А) устранения вредных привычек; Б) предотвращения сообщения носовой и ротовой полости; В) нормализации положения верхних резцов; Г) устранения протрузии нижних резцов; Д) для восстановления целостности зубного ряда	ПК-2
	Ответ: А	
40	Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются заболеваниями краевого пародонта? А) открытый прикус; Б) тесное положение зубов; В) глубокий прикус; Г) дистопия 3 $\perp$ 3; Д) любая из названных.	ПК-1
	Ответ: Д	

#### 4.1.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1.Б.1.1</b>	<b>Стоматология общей практики</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1</b>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6,

		ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1.1</b>	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога</b>	УК-1, УК-2, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-6
1	Основными обязанностями врача терапевтического отделения являются:	УК-1, УК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-6
	Ответ: обязанностями терапевтического отделения является: оказание квалифицированной стоматологической помощи населению; изучение стоматологической заболеваемости (распространенность, интенсивность и прирост интенсивности кариеса); организация и проведение первичной профилактики кариеса зубов, патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта (рациональное питание, правильный режим труда и отдыха, санитарно-просветительная работа по выработке мотивации к проведению ухода за полостью рта); организация и проведение специфической профилактики кариеса зубов (обработка зубов реминерализующими средствами: лаки, гели, растворы, зубные пасты); проведение вторичной профилактики (санация полости рта); заполнение и анализ учетно-отчетной документации.	
2	Дайте определение понятию заболеваемость?	УК-1, ОПК-2
	Ответ: заболеваемость – медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний (распространенность, структуру и динамику), впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории.	
3	Какие основные источники информации о заболеваемости населения вы знаете?	УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5
	Ответ: основные источники информации о заболеваемости - это данные обращаемости в ЛПУ, по данным результатов медицинских осмотров	
4	Что относится к медицинской документации?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: к медицинской документации относятся: медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинская карта стационарного больного.	

5	Какие основные принципы ведения медицинской карты амбулаторного больного вы знаете?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения; соблюдение хронологии событий; отражение социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса; рекомендации пациенту при завершении обследования и окончании лечения; понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации.	
6	Из каких листков состоит медицинская карта амбулаторного больного?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ; медицинская карта амбулаторного больного состоит из листков долговременной информации (вклеиваются в начало карты) и листков оперативной информации.	
7	Что отражается в листках долговременной информации медицинской амбулаторной карты?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: паспортная часть; в листе сигнальных отметок – группа крови, резус-фактор, аллергические реакции, перенесённые инфекционные заболевания; лист уточненных диагнозов.	
8	Что отражается в листках оперативной информации медицинской амбулаторной карты?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: дневники, программа обследования, программа лечения, экспертиза временной нетрудоспособности.	
9	С какой целью проводится анализ информации и данных первичной стоматологической медицинской документации ?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: 1) оценки компонентов качества оказания стоматологической помощи пациентам; 2) оценки преемственности лечебно-диагностического процесса; 3) определения эффективности различных методов лечения и диагностики, новых медицинских технологий и новых форм организации труда персонала; 4) совершенствования организации работы врачей, текущего и перспективного планирования.	
10	Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводиться при температуре?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 125° С – 45 мин;	
11	Лист нетрудоспособности имеет право выдать?	УК-1, ОПК-5, ПК-6
	Ответ: лечащий врач;	
12	Экспертиза нетрудоспособности представляет собой вид медицинской деятельности, целью которой является?	УК-1, ОПК-2, ОПК-5, ПК-6



	Ответ: определение сроков и степени нетрудоспособности пациента	
13	Что такое мотивационная сфера личности?	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-3
	Ответ: мотивация представляет собой процесс непрерывного выбора и принятия решений на основе взвешивания поведенческих инициатив. Мотивы формируются из потребностей человека.	
14	Какие основные противоэпидемические мероприятия Вы знаете?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: регистрация и оповещение; эпидемиологическое обследование; выявление, изоляция и госпитализация заболевших; режимно-ограничительные мероприятия; общая и специальная экстренная профилактика; обеззараживание эпидемического очага; санитарно-разъяснительная работа.	
15	Какова кратность прохождения профилактических медицинских осмотров у стоматолога-терапевта и почему?	УК-1, ОПК-2, ПК-4
	Ответ: Согласно приказу Минздрав соцразвития России от 7.12.2011 г. №1496 «Об утверждении порядка оказания порядка медицинской помощи взрослому населению п.8» профилактические осмотры должны проводится 1 раз в год.	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1</b>
1	Перечислите первичные патологические элементы поражения слизистой оболочки полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к первичным элементам поражения СОПР относятся пятно, узелок, бугорок, узел, пузырь, пузырек, волдырь гнойничок, киста.	
2	Какие виды перкуссии выделяют и для чего применяется этот вид обследования ?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Перкуссия – постукивание по зубу, применяется для определения состояния пародонта. Выделяют два вида перкуссии вертикальную и горизонтальную.	
3	На чем основан метод апекслокации ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: апекслокация - электрометрический метод определения степени проходимости и рабочей длины корневого канала. Метод апекслокации основан на определении разности электрического сопротивления тканей зуба и периодонта.	
4	Перечислите показания для проведения КЛКТ ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: различные травмы и механические повреждения челюстей и зубов. Для выявления кариозных полостей, скрытых при использовании традиционных методов обследования. Патологии в развитии и размещении зубов в ротовой полости. При организации имплантации	

	и других хирургических мероприятий. Для выяснения причин возникновения осложнения после осуществления внутриканального (эндодонтического) лечения. Патологии верхнечелюстных пазух. Для определения тактики ортодонтического, ортопедического и терапевтического лечения. Для подтверждения качества выполненного лечения.	
5	С какой целью применяют пробу Шиллера-Писарева?	УК-1, ПК-1
	Ответ: проба применяется для оценки интенсивности воспаления десны.	
6	Ортопантомография- это?	УК-1, ПК-1
	Ответ: ортопантомография - это рентгенологический метод обследования, позволяющий получить увеличенное изображение верхней и нижней челюстей на одной пленке.	
<b>Б1.Б.1.1.1.3</b>	<b>Некариозные поражения зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Назовите основные методы лечения гиперплазии эмали?	УК-1, ПК-2
	Ответ: методам лечения гиперплазии эмали относятся рем терапия, восстановление дефектов с помощью композиционных материалов и с помощью ортопедических конструкций.	
2	Какой вид лечения предпочтительнее применить при пятнистой форме флюороза?	УК-1, ПК-2
	Ответ: наиболее предпочтительнее произвести отбеливание.	
3	Перечислите степени эрозии эмали по глубине поражения?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: I степень начальная, - поражение только поверхностных слоев; II степень, средняя – поражен весь эмалевый покров до эмалево- дентинного соединения, III степень, глубокая, - поражен весь эмалевый покров до эмалево- дентинного соединения.	
4	С чем необходимо дифференцировать ушиб зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: ушиб зуба необходимо дифференцировать с переломом корня	
5	Назовите виды перелома корня?	УК-1, ПК-1
	Ответ: выделяют следующие виды перелома корня поперечный, продольный, косой, оскольчатый.	
<b>Б1.Б.1.1.1.4</b>	<b>Кариес. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика кариеса</b>	<b>УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	Наиболее эффективный метод лечение кариеса в стадии пятна?	ПК-1, ПК-2

	Ответ: реминерализирующая терапия	
1	С какими заболеваниями дифференцирую средний кариес?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: средний кариес дифференцируют с глубоким кариесом, клиновидным дефектом, эрозией и хроническим периодонтитом.	
3	Назовите основной принцип препарирования кариозной полости ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: основной принцип препарирования кариозной полости- это полное иссечение патологически измененных тканей и щадящее отношение к не пораженным кариесом эмалью и дентином	
4	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать глубокий кариес?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: глубокий кариес необходимо дифференцировать от среднего кариеса, острого очагового и хронического фиброзных пульпитов.	
5	Что представляет собой гибридный слой?	УК-1, ПК-2
	Ответ: гибридный слой представляет собой слой импрегнированных полимеризованным адгезивом свободных коллагеновых волокон.	
6	Что представляет собой смазанный слой образующийся при препарировании кариозной полости ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: смазанный слой - состоит из фрагментов гидроксиапатита и срезанных компонентов дентина, толщиной которого составляет 5-10мм и является самым слабым звеном в адгезии.	
7	Какие методы санитарно-просветительной работы вы знаете?	УК-1, ПК-4
	Ответ: методы санитарно-просветительной работы: устный, печатный, наглядный (изобразительный). К устному методу относятся: лекции, беседы, доклады, громкие чтения, вечера вопросов и ответов, курсовые занятия, выступления по радио. Средства печатной пропаганды: лозунг, листовка, памятка, брошюра, бюллетень и др. Наглядный (изобразительный) метод предполагает использование: графических, живописных и других средств.	
8	Как в клинике рассчитать интенсивность кариеса у пациента?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: интенсивность кариеса определяется с помощью индекса КПУ: сумма всех зубов, пораженных кариесом (К), запломбированных (П) и удаленных (У) по поводу осложненного кариеса	
9	При какой форме кариеса проводится диспансерное наблюдение?	УК-1, ПК-4
	Ответ: при множественном кариесе	
<b>Б1.Б.1.1.1.5</b>	<b>Пульпит. Классификация, клиника, диагностика,</b>	<b>УК-1, ОПК-4,</b>

	<b>лечение</b>	<b>ПК-1, ПК-2</b>
1	Назовите показания для проведения витальной экстирпации?	УК-1, ПК-2
	Ответ: показаниями для данного метода являются все формы пульпита не подлежащие консервативному лечению, осложнение после витальной и девитальной ампутации, острые общие пульпиты с реактивными изменениями в периодонте.	
2	Перечислите заболевания, с которыми нужно дифференцировать острый диффузный пульпит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: острый диффузный от острого очагового и обострившегося хронического пульпита, острого верхушечного и обострившегося хронического периодонтита, невралгии тройничного нерва, гайморита и луночковых болей.	
3	Какие значения ЭОД определяются при гангренозном пульпите?	УК-1, ПК-1
	Ответ: ЭОД при гангренозном пульпите понижена до 50-80 мкА	
4	С какими заболеваниями дифференцируют хронический фиброзный пульпит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом, хроническим гангренозным пульпитом.	
5	На какой срок накладывают мышьяковистую пасту?	УК-1, ПК-2
	Ответ: мышьяковистую пасту в однокорневых зубах накладывают на 24 часа, в многокорневых на 48 часов.	
6	Дайте определение понятию «рабочая длина корневого канала» и перечислите основные способы определения ее длины?	УК-1, ПК-2
	Ответ: рабочая длина корневого канала представляет собой расстояние между наружным и внутренним ориентирами. Способы определения рабочей длины: рентгенологический, апекслокация, метрический, статистический, «по ощущениям пациента», «по ощущением врача», метод красной точки.	
<b>Б1.Б.1.1.1.6</b>	<b>Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Перечислите методы обезболивания, которые используются при эндодонтическом лечении?	УК-1, ПК-2
	Ответ: при эндодонтическом лечении используется проводниковая, инфильтрационная, внутрипульпарная и интралигаментарная анестезия	
2	Современные критерии препарирования корневого канала?	УК-1, ПК-2
	Ответ: расширение канала на рабочую длину; оптимальная коническая форма на всем протяжении	

	канала; сохранение пространственной топографии просвета канала; противодействующая форма в апикальной части каналасохранение размера и местоположения апикального отверстия.	
3	Целью механической обработки корневых каналов является?	УК-1, ПК-2
	Ответ: придать наиболее оптимальную форму корневому каналу для проведения медикаментозной обработки, с последующей герметичной obturацией корневого канала.	
4	Что является первым шагом при механической обработки корневого канала?	УК-1, ПК-2
	Ответ: первым шагом обработки корневого канала является создание ковровой дорожки, т.е. первичное прохождение канала на рабочую длину (для узких каналов - до размера инструмента №20 по ISO)	
5	Какие методы препарирования корневых каналов существуют?	УК-1, ПК-2
	Ответ: выделяют следующие методики препарирования step-back («шаг назад»), crown-down («от коронки к апексу») или представляют собой комбинирование этих техник.	
6	Дайте определение понятию «конусность»	УК-1, ПК-2
	Ответ: конусность- прирост диаметра на стандартном отрезке в процентном эквиваленте.	
7	Перечислите заболевания, с которыми нужно дифференцировать острый апикальный периодонтит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: острый диффузный от о обострившегося хронического пульпита, обострившегося хронического периодонтита, невралгии тройничного нерва, гайморита и луночковых болей.	
<b>Б1.Б.1.1.1.7</b>	<b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	В каких случаях нельзя использовать дентин пасту?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Для изоляции при наложении мышьяковистой пасты и для изоляции жидких лекарственных веществ.	
2	Методики наложения базовых и лайнерных изолирующих прокладок.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Лайнерные прокладки кладут точно, слоем толщиной менее 0,5 мм. Базовые прокладки кладут слоем более 1 мм на дно и стенки полости, доходя до эмалево-дентинной границы.	
3	Назовите основные группы лекарственных веществ используемых при приготовлении комбинированных лечебных паст.	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Одонтотропные средства: гидроксид кальция, фториды, глицерофосфат кальция, дентинные или костные опилки, гидроксиапатиты, коллаген и др.; 2. Противовоспалительные средства: глюкокортикоиды	

	(преднизолон, гидрокортизон), реже - нестероидные противовоспалительные средства (салицилаты, индометацин и др.); 3.Антимикробные вещества: хлоргексидин, метронидазол, лизоцим, гипохлорит натрия, паста этония; 4. Протеолитические ферменты; 5. Прочие средства: гиалуронидаза, ЭДТА, димексид (ДМСО), каолин, оксид цинка, новокаин, различные масла (гвоздичное, облепиховое, персиковое, эвкалиптовое, масляные растворы витаминов и др.).	
4	Химический состав композитов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Полимерная матрица, на основе сополимеров акриловых и эпоксидных смол. 2. Неорганический наполнитель более 50% по массе. 3. Поверхностно-активные вещества	
5	Что входит в состав адгезивных систем?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Кондиционер, праймер, бонд.	
6	Этапы пломбирования корневых каналов системой термофил?	УК-1, ПК-2
	Ответ: На штифте Термофил специальным ограничителем устанавливается длина, на которую должен быть введен obturator для полного заполнения корневого канала. Затем obturator разогревается прибором для размягчения гуттаперчи. Перед пломбированием на стенки корневого канала тонким слоем наносится герметик – специальная паста, обеспечивающая заполнение всех микроответвлений канала. Разогретый obturator плавно вводится в корневой канал до ограничителя. После чего obturator обрезается до устья корневого канала и делается рентгеновский снимок запломбированного зуба.	
<b>Б1.Б.1.1.1.8</b>	<b>Заболевания тканей пародонта. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Группы лекарственных препаратов, применяемых для общего лечения заболеваний пародонта	УК-1, ПК-2
	Ответ: противовоспалительные нестероидные средства, антибактериальные, противогрибковые препараты, эубиотики, пробиотики, бактериофаги, иммуномодуляторы, витамины, антигистаминные, болеутоляющие, препараты кальция, препараты, стимулирующие метаболизм и процессы регенерации	
2	С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика язвенного гингивита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. Острый лейкоз. 2. ВИЧ-гингивит. 3. Вторичный сифилис. 4. Язвенно-некротические процессы при заболеваниях сердечно сосудистой системы. 5. Декубитальная язва.	
3	Опишите клиническую картину пародонтита средней	УК-1, ОПК-4,

	степени тяжести.	ПК-1
	Ответ: Для пародонтита средней тяжести характерно: глубина пародонтального кармана до 5 мм; резорбция костной ткани межзубных перегородок от 1/3 до 1/2; патологическая подвижность зубов I–II степени, возможно смещение зубов, появление трем, травматическая окклюзия.	
4	Особенности рентгенологической картины при пародонтозе?	УК-1, ПК-1
	Ответ: при рентгенологическом исследовании определяется убыль костной ткани межзубных перегородок, очаги остеопороза, общий рисунок кости альвеолярного отростка мелкоячеистый, склерозированный. Атрофические процессы в костной ткани приводят к равномерному уменьшению высоты межзубных перегородок при сохраняющихся кортикальных пластинках.	
5	Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Метод избирательного пришлифовывания зубов. 2. Методы ортопедического исправления прикуса и положения зубов. 3. Шинирование и рациональное протезирование.	
6	Вторичная профилактика заболеваний пародонта заключается ?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5
	Ответ: 1. Устранение местных травмирующих факторов. 2. Нормализация индивидуальной гигиены полости рта и проведение профессиональной гигиены полости рта. 3. Устранение начальных форм заболеваний пародонта, с целью предотвращения их прогрессирования.	
7	Как производится оценка значений индекса РМА?	УК-1, ПК-1
	Ответ: оценка значений индекса РМА 25-30% ограниченная распространенность воспалительного процесса, гингивит легкой степени; 30-60% значительная распространенность воспалительного процесса, гингивит средней степени; более 60% - увеличение тяжести патологического процесса, гингивит тяжелой степени.	
8	Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с тяжелой степенью хронического генерализованного пародонтита?	УК-1, ПК-4
	Ответ: 1 раз в три месяца	
<b>Б1.Б.1.1.1.9</b>	<b>Травматические повреждения СОПР. Лейкоплакия. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Клиника острой механической травмы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: незначительная болезненность поврежденного	

	участка. На месте острой механической травмы может быть либо эрозия, либо язва, либо участок кровоизлияния. Эрозия и язва неправильной формы, с нечеткими краями.	
2	Перечислите антитоды при химической травме слизистой оболочки полости рта щелочами?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 0,5% раствор уксусной или лимонной кислоты, 0,1% раствор соляной кислоты, 2% раствор серной кислоты	
3	Опишите клиническую картину плоской лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: жалоб нет, либо на изменение внешнего вида СОПР. Объективно определяется ограниченное белесоватое пятно с четкими границами не снимающееся при поскабливаний. В ретромалярной области выглядит в виде "звезды". Очаги лейкоплакии напоминают "папирусную бумагу". Окружающая СОПР отражает явление хронического воспаления.	
4	С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1) Плоскую форму необходимо дифференцировать с –красным плоским лишаем (типичная форма) -Мягкая лейкоплакия очаговая форма - Острый псевдомембранозный кандидоз. -Вторичный сифилис. 2) Веррукозную лейкоплакию необходимо дифференцировать с –красным плоским лишаем (гиперкератотическая форма) -Гиперпластический кандидоз. 3) Эрозивно-язвенную форму дифференцировать –красным плоским лишаем (эрозивно-язвенная форма) -Вторичный сифилис	
5	Медикаментозное лечение при плоской форме лейкоплакии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Внутрь витамин А (3,4 % раствор ретинола ацетата в масле или 5,5 % раствор ретинола пальмита в масле) по 10 капель 2–3 раза в день в течение 1,5–2 мес. Местно аппликации указанными масляными растворами витамина А 3–4 раза в день. Курс лечения 1,5–2 мес. 2–3 раза в год. Если при лейкоплакии выявляется кандидоз, то одновременно проводят лечение противогрибковыми средствами.	
6	Профилактика лейкоплакии?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-5
	Ответ: устранение раздражающих факторов (санация полости рта, исключение курения приема алкоголя), устранение профессиональных вредностей (химические, физические факторы), лечение сопутствующих заболеваний	
<b>Б1.Б.1.1.1.10</b>	<b>Инфекционные поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1,</b>



		<b>ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Опишите клинику острого герпетического стоматита средней степени тяжести ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Средняя форма ОГС характеризуется температурой 37,5 — 38,5°C; головной болью, артралгией, заметной интоксикацией, отсутствием аппетита. В полости рта — явления острого катарального стоматита и гингивита, на фоне которых на разных участках СОПР отмечается до 20-25 афт. Высыпания пузырьков обычно происходят в 2-3 этапа и поэтому элементы поражения находятся на разных фазах развития (ложный полиморфизм). Регионарные лимфоузлы резко болезненны.	
2	Цель терапии вирусных поражений СОПР заключается ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Нейтрализация вируса и предупреждение дальнейшего появления новых высыпаний элементов поражения; 2. Снятие общей интоксикации. 3. Усиление иммунологической сопротивляемости организма и СОПР; 4. Устранение боли, ускорение периода очищения эрозий, обратное развитие воспалительной реакции и эпителизация элементов поражения СОПР.	
3	Чем можно проводить антисептическую обработку поражений при язвенно-некротическом стоматите Венсана?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Для антисептической обработки при язвенно-некротическом стоматите Венсана назначают препараты, обладающие антипротозойным (метронидазол, диоксидин), противомикробным (гентамицин) и протеолитическим (террилитин) действиями.	
4	Опишите клинические проявления острого псевдомембранозного кандидоза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: На слизистой оболочке полости рта появляются белые и синевато-белые пятна-налет, напоминающие "творожистые массы", скопление которых на различных участках неодинаково. Налет легко соскабливается, под ним обнаруживается гиперемированный участок (пятно, эритема). В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность. Поражаться могут все участки слизистой оболочки, чаще нёбо, язык, губы, щеки. Процесс может распространяться на гортань, глотку, пищевод. Слизистая оболочка слегка гиперемирована. Белесоватый налет состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия, кератина.	
5	Перечислите препараты для местного этиотропного	УК-1, ПК-2

	лечения кандидоза?	
	<p>Ответ: Из препаратов этиотропного действия местно используют противогрибковые антибиотики (нистатин, леворин, амфотерицин-В, клотримазол, декамин и др.), четвертичные аммониевые соединения и соли жирных кислот (0,5% этоний, 1-2% каприлат натрия и каприлат аммония, 1-2% водный раствор карбалкината), производные 8- и 4-оксихинолина (хинозол, хиниофон, нитроксолин), препараты природного происхождения и лекарственных растений (1% водный раствор сангвиритрина, 4% прополис, 1% юглон, настой горичника русского, 2% настойки чистотела).</p> <p>Антикандидозной активностью обладают бензойная кислота в виде присыпки, 3-5% р-р резорцина, 1-2% р-р метиленового синего и бриллиантового зеленого, жидкость Каstellани, препараты иода (иодиол, раствор Люголя), цитраль.</p>	
6	Профилактика язвенно-некротического стоматита Венсана?	УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: профилактические осмотры у стоматолога (не реже 3-4 раз в год); соблюдение гигиены полости рта; здоровый образ жизни; полноценное питание</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.11</b>	<b>Аллергические поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2</b>
1	Перечислите группы препаратов, применяемых при местном лечении контактного аллергического стоматита?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: обезболивающие, антисептические препараты для обработки поражений, антигистаминные препараты. При тяжелом поражении СОПР – кортикостероидные препараты в виде аппликаций, аэрозолей. Кератопластические средства.</p>	
2	Клинические проявления контактного аллергического стоматита в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: На СОПР контактный аллергический стоматит проявляется в виде эритематозных, петехиальных и везикулярных высыпаний, на фоне гиперемированной, отечной слизистой оболочки. Редко образуются пузыри, эрозии, язвы. Элементы поражения локализуются чаще в местах возможного контакта с аллергеном (протезное ложе, язык, губа и т. п.). Значительное улучшение наблюдается при устранении аллергена.</p>	
3	Локализация элементов поражения при многоформной экссудативной эритеме?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: лицо, слизистые, разгибательная поверхность конечностей, тыльные стороны кистей и стоп, ладони, подошвы, туловище, редко волосистая часть головы. Расположение сыпи всегда симметричное.</p>	
4	Этапы местного лечения многоформной экссудативной	УК-1, ПК-2

	эритемы ?	
	Ответ: обезболивание, антисептическая обработка, противовоспалительная терапия и эпителизирующая терапия	
5	Профилактика многоформной экссудативной эритемы ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: санация полости рта, устранение очагов хронической инфекции	
6	Для проведения закрытого массажа сердца взрослого человека располагать ладони на грудной клетке следует?	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: на средней части грудины	
7	Оптимальный ритм ударов при закрытом массаже сердца в минуту должен составлять ?	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: 100-120	
<b>Б1.Б.1.1.1.12</b>	<b>Изменения СОПР при системных заболеваниях. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Какое лечение патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2
	<p>Ответ: лечение выявленного и диагностированного общезаболевания у гастроэнтеролога, терапевта; лечение поражений слизистой оболочки полости рта у стоматолога.</p> <p>Стоматолог обязан провести строго индивидуальную, тщательную санацию полости рта, снизить инфицированность полости рта, восстановить нормальную жевательную функцию с использованием, в частности, протезирования.</p> <p>Тщательная санация полости рта предусматривает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• коррекцию индивидуальной гигиены и контроль за качеством чистки зубов;</li> <li>• проведение профессиональной гигиены с использованием ультразвуковых приборов; выбор средств гигиены (зубные щетки, пасты, ершики, ирригаторы и т.д.);</li> <li>• лечение кариеса, его осложнений; реставрацию зубов;</li> <li>• удаление разрушенных зубов, корней</li> <li>• изготовление протезов;</li> <li>• устранение травмирующих факторов;</li> <li>• использование местной симптоматической терапии включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> <li>- обезболивание (раствор лидокаина, взвесь анестезина в персиковом масле и др.);</li> <li>-антисептическую обработку слизистой оболочки полости рта (хлоргексидин, стоматофит и др.);</li> <li>— стимуляцию эпителизации эрозий и язв (гель, мазь солкосерила, мундизал гель, мазь радевит, облепиховое масло и т.д.). Назначают имудон в качестве иммуностимулятора внутрь витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, В<sub>5</sub>) и микроэлементы.</li> </ul> </li> </ul>	

	<p>Препараты, нормализующие кишечную флору, ферменты (бифидумбактерин, мексаза, абиомин и др.) должен назначать гастроэнтеролог после обследования больного.</p> <p>Больные с патологией желудочно-кишечного тракта должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога и стоматолога.</p>	
2	Какие основные принципы лечения поражений СОПР и языка при сердечно-сосудистых заболеваниях?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2
	<p>Ответ: консультация и лечение у кардиолога (терапевта); местные воздействия, зависящие от клиноморфологических проявлений (отек, эрозия, язва и т.д.) после консультации с кардиологом, санация полости рта: профессиональная гигиена и коррекция индивидуальной гигиены рта; лечение кариеса и его осложнений; изготовление протезов; пародонтологическое лечение.</p>	
3	Какими препаратами можно стимулировать слюноотделение?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 3% раствор йодида калия - по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды, курс 3-4 нед; 1% раствор пилокарпина - по 5-6 капель 3 раза в день перед едой, курс 3-4 недели; масляный раствор витамина А - по 5-6 капель 3 раза в день, курс 3-4 недели</p>	
4	Проявление гиповитаминоза В2 в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: сухость, шелушение, покраснение красной каймы губ; вертикальные и комиссуральные трещины. Шелушение кожи, себорейные корки на крыльях носа, в носогубных складках. Атрофия сосочков языка; гиперимия, афты.</p>	
5	Укажите дополнительные методы исследования при подозрении на гиповитаминоз В12?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: клинический и биохимический анализ крови.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.13</b>	<b>Изменения СОПР при дерматозах. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2</b>
1	Составьте схему общего лечения красного плоского лишая типичной формы?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2
	<p>Ответ: транквилизаторы: фенезепам 0,0005г, сибазон 2 мг, реланиум 2 мг, седуксен 2мг, назначение внутрь по 1/2 таблетки на ночь.</p> <p>Седативные средства: настойка пустырника, валерианы, ново-пассит - по 5 -10 мл, 3 раза в день, курс лечения 1 месяц, всего 2-3 курса. Витаминотерапия: витрум по 1 табл 2-3 месяца Иммунокорректирующая терапия: имудон 6-8 табл в день сублингвально курс 20 дней</p> <p>Консультация с другими специалистами - гастроэнтеролог, кардиолог, невропатолог</p>	

2	Составьте план местного лечения типичной формы красного плоского лишая?	УК-1, УК-2, ПК-2
	<p>Ответ: коррекция гигиены полости рта, санация полости рта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов.</p> <p>Назначение ретинола масляного раствора 3,4 % - аппликации 2-3 раза в день по 15-20 минут на участки поражения.</p>	
3	Симптом Никольского, при каких заболеваниях положителен и как определяется?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Положителен при истинной акантолитической пузырчатке, эпидермолизе и может встречаться при семейной пузырчатке, буллезном пемфигоиде, острой лихорадочной пузырчатке, токсическом некролизе Лайелла, листовидной пузырчатке.</p> <p>Существует 3 способа, по которым можно диагностировать симптом Никольского при пузырчатке. В первом случае врач тянет пинцетом за покрывку пузыря. При этом происходит отторжение здоровой кожи в виде ленты. Второй способ заключается в трении эпидермиса между пузырями. При этом кожа, которая казалась здоровой, тоже начинает отторгаться. В третьем случае врач производит скользящие движения на участках, далеких от пузырей. В этих местах эпидермис легко повреждается, оставляя эрозивную поверхность. Это явление обусловлено акантолизом или эпидермолизом.</p>	
4	Схема местного лечения пузырчатки?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: обезболивание: аппликации на 3-5 минут, ротовые ванночки 5% мазь пиромекаина, 10% лидокаина; протеолитические ферменты: трипсин, хемотрипсин аппликации на очаг поражения на 5-10 минут; антисептическая обработка: хлоргексидин 0,06% раствор, перекись водорода 0,5 - 1% раствор, ротовые ванночки глюкокортикостероиды: преднизолон 0,5 % раствор, мазь аппликации. Санация полости рта: лечение кариеса зубов, лечение заболеваний пародонта, осложнений кариеса.</p>	
5	Как проводится лечение гиперкератотической формы красного плоского лишая?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечение гиперкератотической формы производится с помощью хирургических методов: иссечение участка поражения или с помощью криодеструкции</p>	
<b>Б1.Б.1.1.14</b>	<b>Аномалии развития языка, глосситы, хейлиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>

1	С какими заболеваниями продится дифференциальная диагностика десквамативного глоссита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: плоский лишай, типичная и экссудативно-гиперемическая формы, плоская форма лейкоплакии формы, вторичный сифилис, острый псевдомембранозный кандидоз, аллергический глоссит.	
2	План местного лечения при десквамативном глоссите?	УК-1, ПК-2
	Ответ: антисептические препараты: хлоргексидин 0,06% раствор, перекись водорода 1% раствор, раствор перманганата калия 1:5000, отвары ромашки, шалфея, календулы, леденцы "стрепсилс" Кератолитические средства: Ретинол, 3,44% масляный р-р, местно на пораженные участки 5—6 р/сут, до клинического улучшения + Витамин Е, 5—10% масляный р-р, местно на пораженные участки 5—6 р/сут, до клинического улучшения + Кальция пантотенат, 5% р-р, местно в виде аппликаций 2—4 р/сут, 20—40 сут.	
3	Дифференциальная диагностика Синдрома Россалимо - Мелькерсона-Розенталя ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: отек Квинке, лимфангиома, гемангиома, абсцесс губы	
4	С какими заболеваниями нужно дифференцировать ромбовидный глоссит ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: десквамативный глоссит, вторичный сифилис, опухолевидные заболевания языка	
5	Схема местного лечения метеорологического хейлита ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: устранение неблагоприятного воздействия провоцирующих климатических факторов. В ряде случаев даже рекомендуется сменить место работы. Для защиты и восстановления кожи губ необходимо регулярно использовать гигиеническую помаду с регенерирующими компонентами (витамин Е, пантотеновая кислота). Если у пациента диагностировано выраженное воспаление, назначается местное применение преднизолоновой мази, а для ускорения заживления используется раствор витаминов А и Е в масле. Некоторые лица в силу повышенной нервной возбудимости могут отрывать чешуйки, в результате чего губы кровоточат, а на их поверхности начинают образовываться длительно незаживающие трещины. В этом случае назначаются легкие седативные средства (настойка валерианы, пустырника). Для улучшения состояния кожи пациентам с метеорологическим хейлитом рекомендуется пройти курс витаминотерапии с акцентом на витамины группы В.	
6	Назовите дополнительные методы обследования при эсфолиативном хейлите?	УК-1, ПК-1

	Ответ: лазерная доплеровская флуометрия, специальное психологическое тестирование.	
7	Назовите клинические формы эксфолиативного хейлита ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Клинически выделяют сухую и экссудативную формы заболевания.	
8	Профилактика десквамативного глоссита ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии	
9	Периодичность диспансерного наблюдения пациентов с хронической трещиной губы	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: не менее 1 раза в год	
<b>Б1.Б.1.1.1.15</b>	<b>Профессиональная гигиена полости рта. Отбеливание зубов.</b>	<b>УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	Назовите способы удаления зубных отложений ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: механический (с помощью набора инструментов), физический (с помощью ультразвуковых аппаратов и пневмоскейлеров); химический (используется 18 % лимонная кислота или 50 % молочная кислота с их последующей нейтрализацией содовым раствором), лазерный	
2	Классификация ручных инструментов для снятия зубных отложений?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. Серповидные скейлеры (scaler):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- с изогнутым лезвием;</li> <li>- с прямым лезвием;</li> </ul> <p>2. Кюреты (curette):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- универсальные;</li> <li>- зоноспецифические (Грейси и др).</li> </ul> <p>3. Рашпили.</p> <p>4. Долота.</p> <p>5. Мотыги.</p>	
3	Перечислите этапы работы ручными инструментами?	ПК-2
	Ответ: 1) захват инструмента; 2) расположение инструмента; 3) установка угла; 4) активация; 5) непосредственно работа.	
4	Опишите методику домашнего отбеливания зубов ?	УК-1, ПК-5
	<p>Ответ: 1. Оптимальным является изготовление индивидуальных капп.</p> <p>2. Отбеливающий гель (может быть 9%, 10%, 12%, 24%) вводится на самое дно каппы – то есть 1/5-1/4 высоты каппы.</p> <p>3. Ночной вариант отбеливания: каждую ночь в течение недели (более 7 дней не рекомендуется)</p> <p>4. Дневной вариант: 2-4 часа в день в течение 2 недель</p> <p>5. Прийти на проверку к врачу-стоматологу.</p>	

5	Как заполняются карты на больных, которые находятся на диспансерном наблюдении по разным заболеваниям?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: заполняются отдельные контрольные карты.	
6	Профилактика заболеваний пародонта у беременных женщин включает?	УК-1, ПК-4
	Ответ: профессиональную гигиену полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.1.16</b>	<b>Диспансеризация стоматологических больных.</b>	<b>УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6</b>
1	С какой формой кариеса пациенты подлежат диспансерному наблюдению ?	УК-1, ПК-4
	Ответ: с множественным кариесом.	
2	Диспансерному наблюдению у хирурга- стоматолога подлежат больные ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: слюнокаменной болезнью, хроническим воспалением слюнных желез, невралгией тройничного нерва, хроническим артритом височно-нижнечелюстного сустава, хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей , лучевыми поражениями кости и мягких тканей челюстно-лицевой области , специфическими воспалительными процессами челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез), врожденными деформациями челюстно-лицевой области, врожденными расщелинами губы и неба .	
3	Этапы проведения диспансеризации?	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: 1.Выявление больных. 2. Оформление «Контрольной карты диспансерного наблюдения». 3. Оформление «Медицинской карты стоматологического больного», где указываются состояние больного, диагноз, проводимое лечение, сроки повторного наблюдения, лечебно-оздоровительные мероприятия (трудоустройство, диетическое питание и т. д.); на лицевой стороне ставится буква «Д».	
4	Кратность плановых осмотров стоматологом детей дошкольного и школьного возраста?	УК-1, ПК-4
	Ответ: 2 раза в год.	
5	Контрольная карта диспансерного наблюдения больного» (ф. №030/у) при проведении диспансеризации населения является документом?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: учётным	
<b>Б1.Б.1.1.1.17</b>	<b>Физиотерапия стоматологических заболеваний</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Показания к применению инфракрасного излучения ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: инфракрасное излучение показано при: хронических воспалительных процессах челюстно-лицевой области; для ускорения нагноения;	



	посттравматическом периоде; ожоге; отморожении.	
2	Назовите аппараты воспроизводящие инфракрасное облучение?	УК-1, ПК-2
	Ответ: большое распространение в стоматологии получила лампа «Соллюкс» настольная (ЛСН-1, ОСН-70), могут применяться портативные — ЛСН-4 и стационарные — ЛСС-6.	
3	Показания к применению УФ-лучей ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: ультрафиолетовое излучение показано при: острых, в том числе гнойных, воспалительных процессах челюстно-лицевой области; язвенных поражениях слизистой оболочки полости рта; болях при заболеваниях пародонта; травме мягких тканей и челюстей; роже; угревой сыпи; для профилактики кариеса зубов.	
4	Противопоказания к использованию УФ-лучей ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: злокачественные новообразования; заболевания крови; красная волчанка; недостаточность сердечно-сосудистой системы; эндокринопатии; активный туберкулез легких.	
5	Перечислите показания для использования ультразвука?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Показания к применению ультразвука. Ультразвук применяется при: • хронических воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области; • рубцах, спайках; • пародонтите; • контрактуре жевательных мышц; • хейлите; • глоссалгии; • невралгии тройничного нерва; • неврите лицевого нерва; некоторых острых воспалительных процессах (при наличии оттока экссудата)	
6	Какие аппараты применяются для ультразвуковой терапии ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Для ультразвуковой терапии в стоматологии применяют портативные аппараты «УЗ-Т-5», «Ультразвук-102».	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2,</b>

		<b>ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.2.1</b>	<b>Особенности зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, при различных патологиях. Дополнительные методы исследования.</b>	<b>УК-1, ОПК-7, ПК-1</b>
1	На что следует обратить внимание при внешнем осмотре лица пациента на ортопедическом приёме?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: на симметричность половин лица, высоту нижней части его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочной и носогубной складок, положение углов рта, обнажение зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке.	
2	Стоматолог-ортопед при осмотре каждого конкретного зуба должен оценить следующее?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: 1) его положение 2) форму 3) цвет 4) состояние твёрдых тканей 5) устойчивость 6) соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей 7) положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда 8) наличие пломб, их состояние.	
3	На что следует обратить внимание при обследовании беззубой альвеолярной части ?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: влажность и цвет слизистой оболочки, целостность, избыток слизистой оболочки в виде "петушиного гребня"; величину и форму альвеолярного гребня, характер его скатов, атрофию, наличие острых выступов, экзостозов, нависающих краев с поднутрениями; наличие тяжей, рубцов слизистой оболочки, образовавшихся после травмы, а также места прикрепления язычных и губных уздечек и их подвижность.	
4	Как и для чего проводится пальпация ВНЧС ?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Проводится путем наложения пальцев на кожу, спереди от козелка ушной раковины или введением пальцев в наружный слуховой проход. Пальпация позволяет уловить амплитуду движений головок нижней челюсти во время открывания и закрывания рта, синхронность движений левой и правой головок. Одновременно удастся отметить щелканье, хруст, их сочетание и синхронность с различными фазами открывания рта.	
5	Методика проведения гнатодинамографии ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Внутриротовую часть лицевой дуги Гизи укрепляют на зубах нижней челюсти соответственно направлению окклюзионной плоскости, а наружную часть, параллельную внутренней, располагают вне полости рта. На концах внеротовой дуги на уровне суставных головок укрепляют карандаш. При перемещении нижней челюсти вперед карандаш рисует на бумаге путь перемещения суставных головок.	

	Изменяя направление карандашей и регистрационной бумаги и смещая нижнюю челюсть в сторону, записывают боковой суставной путь.	
<b>Б1.Б.1.1.2.2</b>	<b>Диагноз и его составные части.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	Что необходимо выделить при оформлении диагноза ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: 1) основное заболевание зубочелюстной системы; 2)осложнение основного заболевания; 3) сопутствующие заболевания.	
2	Сформулируйте пример диагноза при частичной вторичной адентии?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: вторичная частичная адентия на верхней челюсти, IV класс, первый подкласс по Кенеди. Эстетический и фонетический недостаток.	
3	Что необходимо отразить в истории болезни, в графе «диагноз»?	УК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: обязательно указываются: нозологическая единица, стадия болезни, характер патологического процесса и его локализация, степень и характер функциональных нарушений, этиологический момент и патогенез. Формулировка диагноза может быть краткой или подробной.	
4	Что необходимо отразить в истории болезни ортопедического больного?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: I. расспрос больного 1) паспортные данные 2) Жалобы больного 3) История жизни больного 4) История настоящего заболевания. II. 1) Внешний осмотр лица 2) Осмотр полости рта 3) Дополнительные методы исследования зубочелюстного аппарата. III. Диагноз. IV. План лечения. Конструкции протезов. V. Дневник лечения. VI. Эпикриз и прогноз.	
5	Кто из лиц находящихся на ортопедическом лечении подлежит диспансерному наблюдения?	УК-1, ПК-4
	Ответ: диспансерному наблюдению подлежат все лица, прошедшие ортопедическое лечение, так как зубные протезы значительно меняют условия воздействия внешней среды на ткани полости рта и сами являются активными раздражителями. Предвидеть уровень приспособляемости в этих условиях очень трудно. Осмотры таких лиц позволят выявить возможные осложнения в самых начальных стадиях и при активном лечении устранить их.	
6	Что включают в план ортопедического лечения?	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2
	Ответ: в него включают план подготовки полости рта к	

	<p>протезированию. Указывают характер и последовательность вмешательств, направленных на создание благоприятных условий для протезирования. Больного необходимо направить на удаление корней подвижных зубов, экзостозов. По показаниям проводят рентгенографию альвеолярных отростков, височно-нижнечелюстного сустава, запись движений нижней челюсти, записи резцового и суставного путей.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.3</b>	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	<p>Тактика по отношению к зубам с патологической подвижностью III – IV степени у пациентов с большим пародонтом;</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: все зубы с патологической подвижностью III - IV степени подлежат удалению. Исключение могут составить случаи, когда имеет место атрофия лунки в пределах пришеечной трети лунки корня, а патологическая подвижность явилась следствием обострения пародонтита или острой травмы. После ликвидации обострения или травмы зуб может несколько укрепиться, и вопрос о его удалении следует обсудить повторно</p>	
2	<p>Тактика по отношению к зубам с патологической подвижностью I и II степени у пациентов с большим пародонтом?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при атрофии альвеолы в пределах средней трети корня сохраняют зубы с подвижностью I и II степени. Если процесс атрофии захватил среднюю треть лунки и достиг границы приверхушечной трети, возможно сохранение зуба лишь с подвижностью I степени при пародонтозе, если воспаление выражено слабо. Однако, одиночно стоящие зубы не представляющие функциональной ценности следует удалять. Зубы, стоящие в ряду с другими, можно сохранить.</p>	
3	<p>Тактика по отношению к зубам с патологической подвижностью II и III степени у пациентов с наличием хронических очагов воспаления ?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Зубы с патологической подвижностью II и III степени и наличием околоврехушечных хронических очагов воспаления, даже если каналы корней хорошо заполнены пломбирочным материалом, подлежат удалению.</p>	
4	<p>Назовите методы для исправления формы альвеолярного отростка ?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Удобная форма альвеолярного гребня может быть создана хирургическим путем. Это радикальное решение является альтернативой выжидательной тактики, рассчитанной на атрофию костных выступов, сокращая сроки подготовки больных к протезированию и обеспечивая его успех.</p>	

5	Чем определяется тактика врача при удалении одиночно стоящих зубов на верхней и нижней челюстях?	УК-1, ПК-2
	Ответ: вопрос о сохранении одиночно стоящих зубов определяется индивидуально и зависит от клинической картины в полости рта	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции</b>	<b>УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2</b>
1	Этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) подготовка корня; 2) получение размеров окружности корня; 3) припасовка кольца и штифта; 4) получение оттиска с кольцом и штифтом и изготовление модели; 5) припасовка каппы со штифтом; 6) получение оттисков и отливка модели с каппой; 7) изготовление коронки; 8) фиксация протеза в полости рта.	
2	Этапы изготовления штифтового зуба по Копейкину В. Н.?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) подготовка наддесневой части корня; 2) расширение корневого канала; 3) снятие оттиска для изготовления колпачка; 4) изготовление колпачка; 5) припасовка колпачка и штифта (перфорация колпачка бором для входа штифта); 6) снятие оттиска с колпачком и штифтом для пайки и изготовление коронки; 7) изготовление штифтового зуба; 8) припасовка зуба; 9) окончательное изготовление протеза и фиксация в полости рта фосфат-цементом.	
3	Последовательность клинико-лабораторных этапов при моделировании литой культевой штифтовой вкладки прямым способом?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) обработка разрушенной коронки зуба; 2) расширение канала корня; 3) формирование дополнительной полости; 4) введение в канал корня воска и моделирование наддесневой (культевой) части вкладки; 5) отливка вкладки из металла; 6) припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки в канале корня цементом.	
4	Клинические этапы изготовления металлической штампованной коронки?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) препарирование зуба, снятие оттисков. 2) определение центрального соотношения челюстей. 3) проверка качества изготовленной коронки, припасовка в полости рта. 4) фиксация коронки на цемент.	
5	Лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) отливка гипсовых моделей челюстей, при необходимости изготовление восковых базисов с прикусными валиками. 2) изготовление металлической штампованной коронки. 3) шлифовка и полировка штампованной коронки.	

6	Какие полости по классификации полостей коронок зубов (по Г.Блэку) относятся к четвертому классу?	УК-1, ПК-1
	Ответ: по классификации Г. Блэка, к четвертому классу относятся полости располагающиеся на проксимальных поверхностях и углах передних зубов	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Что включает в себя каждый из клинических этапов изготовления и установки штамповано-паяных мостовидных протезов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) обследование больного; подготовка полости рта к протезированию; составление плана лечения, препарирование опорных зубов; снятие рабочего оттиска и оттиска зубов-антагонистов; фиксация ЦО. 2) припасовка штампованных коронок; снятие оттиска. 3) припасовка каркаса мостовидного протеза; определение цвета облицовочного материала. 4) примерка; фиксация мостовидного протеза; удаление остатков цемента.	
2	Что включает в себя каждый из лабораторных этапов изготовления и установки штамповано-паяных мостовидных протезов?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: 1) отливка моделей; изготовление металлических штампованных коронок. 2) отливка моделей; моделирование промежуточной части из воска; отливка промежуточной части из металла; спаивание промежуточной части с коронками; обработка. 3) моделирование фасеток; замена воска на пластмассу; обработка, шлифовка, полировка.	
3	Какие манипуляции должны быть произведены перед тем как приступить к непосредственному протезированию?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) удаление зубов с потерей последней пары антагонистов; 2) удаление передних зубов; 3) удаление зубов, если пародонту грозит функциональная перегрузка; 4) удаление коренных зубов с образованием двусторонних концевых или больших включенных дефектов при глубоком прикусе и заболевании сустава; 5) удаление боковых зубов при разлитых пародонтопатиях; 6)резекция альвеолярного гребня и челюстей.	
4	Клинические приёмы при протезировании частичными съёмными протезами?	УК-1, ОПК-7, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) обследование пациента; 2) получение оттиска; 3) определение центрального соотношения челюстей; 4) проверка каркаса дугового протеза; 5)	

	проверка конструкции съёмного протеза; 6) наложение протеза; 7) контрольные (повторные) осмотры больного.	
5	Каким образом производится уход за съёмными протезами?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: Чистка щёткой с пастой два раза в день, после каждого приёма пищи промывать проточной водой. Не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты. Необходимо производить коррекции протезов. Следует беречь протезы от механических и химических повреждений. Ремонт протеза производится только врачом. Раз в полгода необходимы профилактические осмотры.	
6	Клинические манипуляции, проводимые для изготовления металлокерамических протезов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) препарирование опорных зубов; 2) получение двухслойного оттиска; 3) укрепление временных коронок или мостовидных протезов на препарированных зубах; 4) определение центральной окклюзии; 5) припасовка каркаса протеза; 6) определение цвета керамической облицовки; 7) припасовка протеза, облицованного фарфором; 8) припасовка и временная фиксация готового протеза; 9) постоянная фиксация протеза на опорных зубах.	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, ПК-2</b>
1	Перечислите этапы получения анатомических слепков?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) подбор стандартной ложки; 2) выбор слепочного материала; 3) установку ложки со слепочным материалом на челюсти; 4) оформление краев слепка; 5) выведение слепка; 6) оценку слепка.	
2	Какие методы фиксации съёмных протезом наиболее распространены?	УК-1, ПК-2
	Ответ: широкое распространение получил физико-биологический метод достижения фиксации. Сущность его заключается в том, что протезы фиксируются за счет адгезии и функционального присасывания.	
3	Клинические этапы изготовления полных съёмных пластиночных протезов ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1 клинический этап. Сбор анамнеза, обследование пациента и получение анатомического оттиска. 2 клинический этап. Припасовка индивидуальной ложки и получение функционального оттиска. 3 клинический этап. Определение и фиксация центрального соотношения челюстей. 4 клинический этап. Проверка конструкции протеза. 5 клинический этап. Припасовка и наложение протеза.	
4	Лабораторные этапы изготовления полных съёмных	УК-1, УК-2, ПК-

	пластиночных протезов?	2
	<p>Ответ: 1 лабораторный этап. Изготовление индивидуальной ложки. 2 лабораторный этап. Окантовка функционального оттиска. Изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками. 3 лабораторный этап. Постановка искусственных зубов. 4 лабораторный этап. Окончательное изготовление протезов.</p>	
5	Назовите способы постановки искусственных зубов?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: в шарнирном окклюдаторе по стеклу; в шарнирном окклюдаторе по сферическим в шарнирном окклюдаторе по сферическим поверхностям; в шарнирном окклюдаторе по индивидуальным окклюзионным поверхностям; в артикуляторах типа «Гнатомат» после внутриротовой записи движений нижней челюсти.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.7</b>	<b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы. Особенности ортопедического лечения</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечение артрозов комплексное. По показаниям применяются медикаментозные, физические, ортопедические и хирургические методы лечения. Врачу-ортопеду необходимо правильно определить цель, содержание, объем и последовательность ортопедических стоматологических вмешательств в этом комплексе лечебно-профилактических мероприятий.</p>	
2	Методика вправления заднего вывиха нижней челюсти?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: большие пальцы рук врач располагает между вестибулярной поверхностью альвеолярной части нижней челюсти и косой линией у последнего моляра. Остальные пальцы охватывают тело и угол нижней челюсти. Большими пальцами смещают нижнюю челюсть вниз, а остальными - перемещают ее кпереди. После вправления необходима иммобилизация с помощью подбородочной пращи в течение 2 -3 недель, а также прием мягкой и протертой пищи.</p>	
3	Консервативные методы лечения вывихов нижней челюсти?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: они предполагают терапию основного заболевания, на фоне которого развились патологические изменения ВНЧС, а также укрепление его капсулы и связок. Большое значение имеет ограничение движения в суставе, что достигается различными ортопедическими аппаратами и шинами. Это приводит к уменьшению размеров суставной капсулы и связочного аппарата. Создает более благоприятные условия для внутрисуставного диска.</p>	



4	Классический способ вправления двустороннего переднего вывиха нижней челюсти по Гиппократу?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Проводится под анестезией. Больной сидит на низком стуле, опираясь затылком. Нижняя челюсть располагается на уровне локтевых суставов напротив стоящего врача. Большие пальцы, обернутые тканью, на нижних молярах, а остальные охватывают нижнюю челюсть снаружи. Надавливая большими пальцами сверху вниз, врач толчком смещает челюсть назад, быстро убирая пальцы с зубов во избежание прикусывания. Проводится иммобилизация.	
5	Какие аппаратные методы Вы применили бы для диагностики дисфункции ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1) Рентгенографию (в том числе ортопантограмму), 2) Электромиографию, 3) Компьютерную томографию (КТ), 4) Магнитно-резонансную томографию (МРТ), 5) Артроскопию	
<b>Б1.Б.1.1.2.8</b>	<b>Ортопедическое лечение при заболеваниях тканей пародонта</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Техника непосредственного (первичного) протезирования?	УК-1, ПК-2
	Ответ: протез изготавливают до операции и накладывают на протезное ложе на операционном столе или в стоматологическом кресле, но не позднее 24 часов с момента операции. Иногда этот вид протезирования называют послеоперационным, а протезы - непосредственными (иммедиат-протезы). Ближайшее протезирование осуществляется в первые 2 недели, в период заживления операционной раны и ее эпителизации.	
2	Методика избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях тканей пародонта?	УК-1, ПК-2
	Ответ: сошлифовыванию подлежат скаты бугров, за счет которых нарушается равномерность движения нижней челюсти и происходит ее смещение в сторону, проводится строго от десневого края к вершине бугра; вершины верхних небных и щечных нижних бугров, а также вершины щечных верхних и язычных нижних бугров не сошлифовывают. Процедура проводится в 3-4 посещения, после каждого проводится полировка зубов и реминерализующая терапия.	
3	Показания к применению непосредственного протезирования?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) потеря или травма передних зубов; 2) одномоментное множественное удаление зубов, как правило, при заболеваниях пародонта; 3) удаление зубов у детей, у которых в результате этого могут возникнуть деформации альвеолярных частей и тел челюстей; 4)	

	образование двусторонних концевых дефектов зубного ряда при глубоком прикусе или заболеваниях ВНЧС; 5) удаление последней пары зубов-антагонистов.	
4	Методика нанесения экстракоронковой полимерной шины ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: обычно используется на передних зубах. Композит наносят с оральной (язычной) поверхности зубов в виде ленты в промежуток между зубным бугорком и режущим краем (не доходя до него 2-3 мм). Материал адаптируют до прохождения в межзубные промежутки и выхода на вестибулярную поверхность. Ширина шины 2-3мм, толщина – не более 2мм. Шина изготавливается из композиционного материала химического или светового отверждения.	
5	Несъемные и съемные конструкции, применяющиеся для постоянного шинирования пациентов с патологией пародонта	УК-1, ПК-2
	Ответ: несъемные-колпачковые шины, интрадентальные парапальпарные и штифтовые шины, спаянные полукоронки, экваторные или полные коронки, балочные шины, вкладочные шины в сочетании с экваторными коронками (по Оксману). Съемные-шина с многосвязным кламмером; шина с литой металлической капшой на передние зубы; цельнолитая шина на весь зубной ряд с дугой, когтевидными накладками или формирующими элементами.	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Стоматология хирургическая</b>	<b>УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.3.1</b>	<b>Местное обезболивание (анестетики, виды анестезий, техника проведения, показания, противопоказания)</b>	<b>УК-1, ОПК-10, ПК-2</b>
1	Перечислите основные виды местного обезболивания?	УК-1, ПК-2
	Ответ: инфильтрационный; интралигаментарный; стволовой;внутрикостный; аппликационный.	
2	Методика проведения туберальной анестезии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: При полуоткрытом рте отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка, скос ее должен быть обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступя от переходной складки на 0,5 см кнаружи. Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового	

	отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка, который расположен на уровне первого большого коренного зуба. Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, что соответствует середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.	
3	Методика проведения торусальной анестезии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: При торусальной анестезии рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно к слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой. Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5—2,0 мл анестетика, блокируя нижний альвеолярный и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5—1,0 мл анестетика для «выключения» язычного нерва.	
4	Назовите препараты для аппликационной анестезии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: дикаин, совкаин, тримекаин, пиромекаин, лидокаин, тетракаин	
5	Назовите ориентиры подглазничного отверстия?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Делят нижнеглазничный край пополам и на 0.5 см ниже его середины определяют место подглазничного отверстия. Определяют также место подглазничного отверстия на 0.5 см ниже того места, где верхняя челюсть и скуловая кость соединяются для образования нижнеглазничного края, т. е. ниже скуло-челюстного шва. У большинства людей это место хорошо прощупывается. Можно определить данное отверстие с помощью линии, проведенной через второй премоляр и через подбородочное отверстие.	
6	Оказание неотложной помощи при коллапсе?	УК-1, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: придать пациенту положение с приподнятыми конечностями, в/в физ раствор 400- 500 мл, в/в 1%- 0,3 мл раствор мезатона, в/в раствор преднизолона 60- 90 мг, в/в 0,06 % раствор преднизалона 1 мл.	
7	К лечебным мероприятиям при стенотической асфиксии относится?	УК-1, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: трахеотомия	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<b>Операции удаления зуба</b>	<b>УК-1, УК-2,</b>

		<b>ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	Перечислите этапы удаления зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: операцию удаления зуба начинают с отделения круговой связки от шейки зуба, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация (смыкание) щипцов, люксация или ротация, извлечение зуба из лунки, репозиция смещенных краев лунки	
2	Методика удаления верхних резцов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: для удаления резцов врач должен стоять справа и впереди больного. При удалении бокового резца с левой стороны больной должен слегка повернуть голову вправо, при удалении правого бокового резца - влево. Для хорошего обозрения операционного поля и фиксации альвеолярного отростка во время операции врач пальцем левой руки отодвигает верхнюю губу больного и помещает его с наружной стороны в области альвеолы удаляемого зуба, пальцем охватывает альвеолу с небной стороны. Центральный резец удаляют прямыми щипцами с широкими щечками, боковой резец - такими же щипцами, но с более узкими щечками.	
3	Методика удаления нижнего клыка?	УК-1, ПК-2
	Ответ: положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как и при удалении нижних резцов. Врач стоит справа и впереди больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого-влево. Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов. Зуб вывихивают, раскачивая его вначале в губную, а в язычную сторону. Для окончательного освобождения корня зуба от удерживающих его тканей можно произвести легкие вращательные движения. Извлекают зуб из лунки вверх и наружу.	
4	Назовите щипцы для удаления верхних зубов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: штыковидные (байонеты) – также называются универсальными, так как ими можно удалить практически любой зуб или корень верхней челюсти. В зависимости от ширины щечек они могут быть узкими, средними или широкими. По конструкции штыковидные щипцы имеют параллельные по оси ручки и щечки. Прямые – используются для удаления постоянных и молочных зубов передней группы. Рукоятки и рабочая часть располагаются на одной линии. S-образные щипцы – для удаления жевательных	

	<p>зубов верхней челюсти. Они имеют S-образный изгиб и их щечки не смыкаются. Различают S-образные щипцы для моляров и для премоляров. Для моляров, в свою очередь, бывают правые или левые (предназначены для удаления соответственно правого или левого верхнего моляра). Одна щечка таких щипцов на конце закруглена, другая – заканчивается шипом, который во время удаления необходимо накладывать между щечными корнями шестого и седьмого зуба.</p> <p>Для верхних восьмых зубов – специальные щипцы, предназначенные для удаления верхних зубов мудрости. Продольная ось рукояток и ось щечек параллельны, имеется переходная часть. Обе щечки широкие, на конце закруглены, внутренняя поверхность имеет углубления. При смыкании такие щипцы не сходятся, их удобно вводить глубоко в полость рта, при этом нижние зубы не мешают процедуре удаления.</p>	
5	Перечислите щипцы для удаления нижних зубов?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: клювовидные щипцы – используются для удаления зубов с сохранившейся коронкой и в некоторых случаях корней на нижней челюсти. Их особенностью является перпендикулярное расположение щечек по отношению к рукоятке. Клювовидные щипцы могут быть с не сходящимися или сходящимися щечками.</p>	
6	Для расчёта первичной заболеваемости необходимы данные о среднегодовой численности населения и числе: выявленных впервые в жизни?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: выявленных впервые в жизни	
7	Медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у) оформляется в медицинской организации на пациента?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: при первичном обращении	
8	При каком заболевании наиболее часто производится операция удаления зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: при хроническом периодонтите	
9	Сухожаровая стерилизация предназначена для?	УК-1, ПК-2
	Ответ: цельнометаллических инструментов	
<b>Б1.Б.1.1.3.3</b>	<b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-2, ПК-4</b>
1	Что относится к дополнительным методам обследования с при гнойным периоститом?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: показатели лабораторных исследований и рентгенограмма. У больных с острым гнойным периоститом челюсти при исследовании крови увеличено число лейкоцитов до <math>10,0 \cdot 10^9</math> /л (у отдельных больных число лейкоцитов <math>8,0-9,0 \cdot 10^9</math> /л).</p>	

	<p>значительный нейтрофилез (до 70-78 %). СОЭ у значительного числа больных остается в норме, иногда увеличивается до 15-20 мм/ч, очень редко - до 50-60 мм/ч. Увеличение СОЭ в динамике заболевания может указывать на недостаточность оперативного вмешательства или развитие вторичного кортикального остеомиелита. Изменений в моче в основном нет, лишь у отдельных больных обнаруживают белок - от следов до 0,33 г; лейкоциты - 10-20 в поле зрения. На рентгенограмме изменений в кости челюсти нет.</p>	
2	<p>Как проводится лечение гнойного периостита?</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-2</p>
	<p>Ответ: лечение острого гнойного периостита челюсти должно быть комплексным и включать оперативное вскрытие гнойника, консервативную. Лекарственную терапию и др. В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) в одних случаях следует вскрыть полость зуба, удалить распад из канала и создать условия для оттока, а в других - удалить зуб, являющийся источником инфекции.</p>	
3	<p>Назовите принципы лечения острого остеомиелита?</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-2</p>
	<p>Ответ: терапия при острой стадии остеомиелита челюсти должна быть комплексной, проводится в стоматологическом стационаре. Она состоит из оперативного вмешательства - первичной обработки гнойных очагов в надкостнице, кости, прилежащих к ней мягких тканях и противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей, симптоматической терапии.</p>	
4	<p>Перечислите осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: абсцессы, флегмоны лица и шеи могут осложняться вторичным кортикальным остеомиелитом. В случае распространения процесса возможны такие серьезные осложнения, как медиастинит, тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки, менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга, сепсис.</p>	
5	<p>Требования к оперативному доступу при вскрытии гнойного очага?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: кратчайший путь к гнойному очагу, наименьшая вероятность повреждения органов и образований при рассечении тканей на пути к гнойному очагу, полноценное дренирование гнойного очага, получение оптимального косметического эффекта со стороны послеоперационной раны.</p>	
6	<p>Правила проведения типичных разрезов на лице?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: вначале рассекают кожу или слизистую оболочку, а затем фасциальные образования над</p>	

	гнойным очагом. Отсекают мышцы от места прикрепления, за исключением подкожной мышцы шеи и челюстно-подъязычной мышцы, волокна которых пересекают в поперечном направлении, что обеспечивает получение эффекта зияния раны и создает хорошие условия для оттока гнойного содержимого. Тупое продвижение к гнойному очагу (пальцевое или инструментальное).	
7	Профилактика развития лимфаденита ?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4
	Ответ: профилактика заключается в санации полости рта и ЛОР-органов, а также в повышении противомикробной резистентности организма	
<b>Б1.Б.1.1.3.4</b>	<b>Травма челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Виды остеосинтеза</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Какую операцию проводят при полном вывихе зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: операцию реплантации.	
2	Назовите виды иммобилизации при переломах челюстей ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: иммобилизация отломков челюстей может быть временной (транспортной) и постоянной (лечебной).	
3	Хирургический способ лечения переломов верхней челюсти?	УК-1, ПК-2
	Ответ: при хирургическом способе лечения переломов верхней челюсти производят репозицию поврежденных отломков с их последующей фиксацией к здоровым костям лицевого скелета. Наиболее распространенным способом остеосинтеза является использование проволочных швов и титановых минипластин, соединяющих поврежденные и неподвижные кости челюстно-лицевого участка. При переломах верхней челюсти по 2 и 3 типам титановый винт вводят в скуловую кость, так как именно эта кость является близлежащей опорой для поврежденного отломка.	
4	Перечислите показания к остеосинтезу?	УК-1, ПК-2
	Ответ: переломы челюстей в пределах зубного ряда при: недостаточном числе устойчивых зубов на отломках; значительном смещении отломков и невозможности их репозиции без оперативного вмешательства; переломы челюстей за зубным рядом со смещением отломков; патологический перелом челюсти, возникший в результате воспалительного или неопластического заболевания костной ткани; крупно- и мелкооскольчатые переломы тела и ветви нижней челюсти; дефекты тела и ветви челюсти с сохранением мышечного отростка; необходимость проведения остеопластики и реконструктивных операций.	
5	Какие виды остеосинтеза выделяют?	УК-1, ПК-2
	Ответ: открытый очаговый: открытый шов, установление	

	<p>накостных мини-пластин их металла, использование быстротвердеющих пластмасс, клей остеопласт, металлические скобы с заданными физическими свойствами.</p> <p>Закрытый очаговый остеосинтез: спицы Киршнера, методика окружающего шва.</p> <p>Внеочаговый остеосинтез</p>	
6	Противопоказания к проведению остеосинтезу?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: наличие недостаточного количества устойчивых моляров на отломках, значительный сдвиг осколков, при этом установить их на место и закрепить без хирургического вмешательства невозможно, наличие перелома челюсти в области за зубами, чаще всего при данной травме наблюдается смещение отдельных частей костной ткани, травма патологического типа, возникает на фоне развития воспалительных заболеваний, поражающих костную ткань, мелко или крупнооскольчатые переломы нижней челюсти, установление наличия неправильного расположения ветви и тела челюсти, мышечковый отросток при этом должен быть сохранен, необходимость выполнения реконструктивных операций или остеопластики.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.5</b>	<b>Заболевания слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Лечение острого сиагоденита?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при серозном воспалении лечебные мероприятия направлены на прекращение воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. Применяют внутрь 3—4 раза в день по 5—6 капель 1 % раствора пилокарпина гидрохлорида. В воспаленную слюнную железу через ее проток следует ежедневно вводить по 50 000 ЕД пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5 % раствора новокаина. Компресс с 30 % раствором димексида следует положить на область воспаленной железы на 20—30 мин 1 раз в день и повторять ежедневно в течение 5—10 дней до наступления эффекта. Назначают физиотерапевтические процедуры: грелки, УВЧ-терапию, масляные компрессы.</p>	
2	Методы диагностики заболеваний слюнных желез?	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: зондирование протоков слюнных желез; обзорная рентгенография слюнных желез; сиалометрия; цитологическое исследование секрета слюнных желез; сиалография.</p>	
3	Профилактические мероприятия при хроническом сиагодените ?	УК-1, УК-2, ПК-4
	<p>Ответ: с профилактической целью необходимо</p>	



	проводить контрольный осмотр больных с начальной стадией заболевания 1 раз в год, с клинически выраженной и поздней стадиями два раза в год	
4	Дифференциальная диагностика слюнно-каменной болезни?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: слюнно-каменную болезнь дифференцируют от хронического сиалоаденита некалькулезного происхождения, сиалоаденита, вызванного внедрением в проток железы инородного тела, лимфаденита, одонтогенного абсцесса челюстно-язычного желобка, опухоли слюнной железы, флегмоны поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей.	
5	Лечение слюнно-каменной болезни?	УК-1, ПК-2
	<p>При наличии острого серозного процесса в железе лечение направлено на прекращение воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. Пациенту назначают пилокарпина гидрохлорид внутрь в виде 1 % раствора по 5—6 капель 3—4 раза в день, компрессы с димексидом на область воспаленной железы, а также физиотерапию: флюктуоризацию, токи УВЧ. В воспаленную железу через ее проток ежедневно вводят антибиотики широкого спектра действия, разведенные в 0,25—0,5 % растворах местных анестетиков.</p> <p>При нарастании воспалительных явлений показано применение антибактериальных, противовоспалительных и десенсибилизирующих препаратов, а также проведение новокаиновых блокад в область железы.</p> <p>Отсутствие отделяемого из железы и неэффективность консервативной терапии являются показанием к рассечению протока над камнем и удалению последнего. При абсцедировании в области расположения конкремента проводят вскрытие гнойника и удаление камня.</p> <p>В хронической фазе слюннокаменной болезни показано удаление камня из протока или железы.</p>	
6	Перечислите методы диагностики заболеваний ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: методы диагностики заболеваний ВНЧС можно разделить на группы: рентгенологические (обзорная рентгенография височного сустава, томография, МРТ, КТ);</p> <p>графические (запись динамических движений челюсти; миографию (механографию, электромиографию); артрографию; реографию;</p> <p>Функциональные (аксиография, функциография, электромиография, фоноартрография).</p>	
7	Схема лечение острого артрита ВНЧС?	УК-1, УК-2, ПК-2

	<p>Ответ: Лечение артритов ВНЧС начинается с иммобилизации челюсти и обеспечения покоя пораженному суставу в течение 2-3-х дней, путем наложения пращевидной повязки на нижнюю челюсть или шины и межзубной пластинки для разобщения прикуса, назначения полужидкой диеты. Терапия острых артритов ВНЧС осуществляется с помощью назначения НПВС, антибиотиков, внутрисуставных инъекций кортикостероидов, физиотерапии. При гнойном артрите ВНЧС производится экстренное вскрытие и дренирование полости сустава через наружный разрез.</p>	
8	<p>Диагностика артроза ВНЧС?</p>	<p>УК-1, ОПК-7, ПК-1</p>
	<p>Ответ: визуальный осмотр и сбор анамнеза; рентгенологическое обследование; компьютерную томографию; артрография и ортопантомография челюсти; электромиография.</p>	
9	<p>План лечение артроза ВНЧС ?</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-2</p>
	<p>Ответ: На этапе стоматологического лечения устраняются факторы, приводящие к перегрузке элементов сустава (дефекты зубных рядов, нарушения окклюзии, нарушения прикуса) может быть показано избирательное пришлифовывание зубов, замена пломб, изготовление и установка искусственных коронок, мостовидных или съемных зубных протезов, ношение съемных ортодонтических аппаратов, капп, брекетов и т. П.) Для купирования болевого синдрома при артрозе ВНЧС используются НПВС в виде таблеток или мазей. Для улучшения питания хрящевой ткани применяются хондропротекторы. Из физиотерапевтических процедур рекомендуется ультразвуковая терапия, ультрафонофорез, электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, гальванотерапия, флюктуоризация, парафинотерапия, озокеритотерапия, инфракрасное облучение, микроволновая терапия и др. Физиотерапия сочетается с массажем жевательных мышц и области сустава, специальной лечебной физкультурой.</p>	
10	<p>Назовите виды сведения челюстей?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: различают три вида сведения челюстей: тризм, рубцовая контрактура, анкилоз.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<p><b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта.</b></p>	<p><b>УК-1, ПК-2</b></p>
1	<p>Этапы гингивэктомии ?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: проведение местной анестезии; измерение глубины десневых карманов, наметка точек линий</p>	

	разрезов; обработка десен антисептическим раствором; иссечение тканей скальпелем или лазером; удаление патологического края десны; проведение кюретажа (соскабливание разрушенных тканей пародонта, микробного твердого и мягкого налета); обработка антисептическим раствором, наложение повязки.	
2	Показания к проведению гингивотомии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: периодонтальные рецидивирующие абсцессы; фиброматоз десен; пародонтит с выделением гноя при средней и тяжелой степени воспалительного процесса; узкие карманы, которые сложно просматриваются	
3	Техника проведения френулотомии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: после антисептической обработки и анестезии осуществляют поперечное рассечение уздечки на границе 1/3 части уздечки, расположенной ближе к зубному ряду, и остальными 2/3 длины ее. После рассечения слизистой рассекают тяжи в области образовавшейся раны, оттягивают губу, стягивают боковые края слизистой оболочки в области разреза и, сближая, накладывают швы вначале на середине, а затем через каждые 3-4 мм.	
4	Какой метод является основным в лечении и профилактике заболеваний пародонта ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта	
5	Как проводится вестибулопластика по Кларку?	УК-1, ПК-2
	Ответ: после анестезии скальпелем проводят разрез по переходной складке на глубину слизистой оболочки. Ножницами отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к губе приблизительно на 10 мм. Комплекс подслизистых тканей — мышцы, сухожилия, перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм во фронтальном отделе и на 6-7 мм — в боковых, а также удаляют одиночные волокна тяжей и мышц. Слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия. При этом остается достаточно обширный раневой дефект на альвеолярном отростке, который закрывают защитной повязкой, в настоящее время — дипленовой пленкой.	
6	В чем заключается метод «открытого» кюретажа?	УК-1, ПК-2
	Ответ: полость рта пациента обрабатывается антисептиками и обезболивающим средством. Десну в области межзубных сосочков расслаивают с помощью нескольких вертикальных разрезов. Для удаления грануляционной ткани и зубных камней используются скейлеры или кюреты. Корни зубов в процессе обязательно отполировываются и обеззараживаются. После очищения и нанесения всех необходимых лекарственных препаратов разрезы зашиваются. На	

	место шва накладывается повязка, пропитанная противовоспалительными средствами. Через 10 — 12 дней швы снимаются.	
7	Перечислите этапы лоскутной операции?	УК-1, ПК-2
	Ответ: обезболивание; антисептическая обработка; формирование слизисто-надкостничного лоскута; удаление воспаленных тканей посредством кюретки; чистка корней от налета и камней; обработка дезинфицирующими препаратами; внедрение искусственного материала; Возврат лоскута в первоначальное положение; сглаживание неровностей альвеолярного отростка; Наложение защитной повязки.	
8	Чем определяется успех хирургического лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-2
	Ответ: успех будет определяться комплексом мероприятий включающих консервативную терапию, протезирование и профилактические мероприятия	
<b>Б1.Б.1.1.3.7</b>	<b>Неврогенные заболевания лица и челюстей.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Консервативное лечение невралгии тройничного нерва?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: консервативное лечение проводят препаратами карбамазепина (тегретол, финлепсин, мазепин и т.д.), назначаемого по схеме от 100 мг по возрастающей до 600—800 мг в течение недели с последующим снижением до суточной дозы. При длительном применении противоэпилептических препаратов проявляется интолерантность, что значительно снижает эффект лечения. Применяют витаминотерапию (В <sub>6</sub> , В <sub>12</sub> , никотиновая кислота), седативные средства (седуксен, три-оксазин, реланиум), внутривенное введение раствора бромида натрия (ежедневно по 10 мл — 20—25 инъекций), раствора новокаина, тримекаина (0,5 % - 10-15 инъекций); физиотерапевтические методы лечения	
2	Дополнительные методы исследования при неврогенных заболеваниях?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ:- электроодонтодиагностика, - рентгенография альвеолярных отростков челюстей, височно - нижнечелюстного сустава, черепа, шейного отдела позвоночника, - измерение кожной температуры, - кожные пробы с адреналином и гистамином, - определение электропотенциалов области регионарных рецепторных полей, - электроэнцефалография, ультразвуковая	

	энцефалография, - электромио- и реоэнцефалография, - лабораторное (крови, мочи) и цитологическое исследования, - исследование кровотока лица, - биопсия.	
3	Лечение неврита ветвей тройничного нерва?	УК-1, ПК-2
	Ответ: назначают анальгетики, нейролептики (аминазин, тизерцин), седативные и десенсибилизирующие средства (бромиды, снотворные, хлорид кальция, димедрол), субэритемные дозы УФО. При болях выраженной и средней интенсивности - диадинамические токи с обезболивающей жидкостью – длительностью до 1 минуты. При этом анальгезирующее действие выражено во время процедуры и непосредственно после ее окончания. Курс лечения - 5 процедур: 3 – ежедневно, 2 – через день. Больным с постоянными болями - внутривенные инъекции 10мл 1% раствора тримекаина. Для потенцирования противовоспалительной и противосудорожной терапии применяют антигистаминные препараты: димедрол по 1 таблетке 2 раза в день или дипразин (пипольфен) по 1 мл 2,5% раствора внутримышечно на ночь.	
4	Диагностика неврита тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: электронейрография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; электромиография; анализ крови на наличие вируса и состояние иммунитета; рентгеновский снимок зубов; панорамный снимок челюстей.	
5	Какие группы препаратов назначают при невритах тройничного нерва?	УК-1, ПК-2
	Ответ: обезболивающие; противосудорожные; противовоспалительные; биостимуляторы; витамины (в частности, группы В).	
6	Инструментальные исследования для диагностика невралгии тройничного нерва?	УК-1, ПК-1
	Ответ: КТ черепа, МРТ головного мозга, МР-ангиография.	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.4.1</b>	<b>Анатомо-физиологические особенности строения</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-</b>

	<b>зубочелюстной системы детей. Эндо- и экзогенная профилактика заболеваний зубов в детском возрасте.</b>	<b>2, ПК-4</b>
1	Назовите сроки прорезывания молочных зубов ?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: нижние центральные резцы 6-7 месяцев; верхние центральные резцы 8-9 месяцев; верхние боковые резцы 9-11 месяцев; нижние боковые резцы 11-13 месяцев; верхние малые моляры (коренные зубы) 12-15 месяцев; нижние малые моляры (коренные зубы) 12-15 месяцев; верхние клыки 16-18 месяцев; нижние клыки 18-20 месяцев; нижние большие моляры (коренные зубы) 24-30 месяцев; верхние большие моляры (коренные зубы) 24-30 месяцев.</p>	
2	Какие средства используют для герметизации фиссур?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: средства для герметизации делятся на четыре группы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Цементы — витакрил, поликарбоксилатные, иономерные цементы, алюмосиликатные цементы.</li> <li>2) Пластмассы — карбодент, акрилоксид, эподент.</li> <li>3) Композиционные материалы—эвикрол, консайз, адаптик, бриллиант.</li> <li>4) Герметики. По химическому составу: 1) На основе Bis GMA — Oralin (SS White Dental Products). 2) На основе UDMA и других полимеров — Prisma-Shield (Dentsplay). По механизму твердения: 1) Самоотверждающие — Contact-Seal (Vivadent). 2) Фотополимерные — Fissurit, Fissurit F (VOCO). По наличию наполнителя: 1) Ненаполненные (содержание наполнителя не превышает 26—28%) — Helio Seal (Vivadent). 2) Наполненные (содержание наполнителя составляет 50 %) — Prisma-Shield (Dentsplay) — 50%</li> </ol>	
3	Назовите оптимальные сроки герметизации для первых постоянных моляров	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: герметизацию фиссур первых постоянных моляров проводят в возрасте от 6 до 7 лет.</p>	
4	Какая кратность полоскания 0,05 % раствора фторида?	УК-1, ПК-4
	<p>Ответ : 1 раз в день</p>	
5	Опишите методику проведения рем-терапии по Боровскому -Волкову?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: используется двухкомпонентный раствор, который состоит из 10% раствора нитрата кальция и 10% раствора кислого фосфата аммония. Подготавливают зубы и последовательно проводят аппликации каждым из данных растворов по 3-5 минут. Через 5-7 процедур на поверхности эмали и в микропространствах под поверхностного слоя образуется вещество брешит, которая является источником ионов фосфора и кальция.</p>	
6	Как изменяется проницаемость эмали с увеличением возраста ребенка?	УК-1, ПК-1

	Ответ: проницаемость эмали уменьшается.	
<b>Б1.Б.1.1.4.2</b>	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы. Некариозные поражения зубов.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	Особенности применения фтор-лаков в качестве профилактики возникновения кариеса молочных зубов	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: процедуру проводят после обычной чистки зубов: зубы высушивают с помощью ватного/марлевого тампона или воздушной струи, покрывают тонким слоем лака: при нанесении лака поквadrантно или на несколько зубов изоляция и применение слюноотсоса не нужны: лак твердеет при контакте со слюной: после процедуры рекомендуют не есть и не пить в течение 30 мин. воздерживаться от приема твердой пищи и чистки зубов в течение 12-24ч.</p> <p>В течение суток после нанесения лака фтор проникает в гидратную оболочку вокруг кристаллов апатитов, уменьшает их растворимость, включается в состав кристаллической решетки эмали, уменьшает скорость деминерализации и увеличивает скорость реминерализации эмали.</p>	
2	Особенности проведения реминерализующей терапии?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: поверхность зубов тщательно отчищают от зубного налета. Высушивают ватным тампоном или слабой струей воздуха. Затем, на поверхность зубов наносят аппликацию при помощи ватного тампона, смоченного в 10% р-ре глюконата кальция, меняя его через каждый 5 минут. Продолжительность процедуры 20 минут. Курс составляет 10- 15 сеансов каждый день, либо через день</p>	
3	Применение лечебных прокладок при лечении кариеса?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечебная прокладка применяется для купирования воспаления, предотвращение его развития, стимуляция восстановительных процессов.</p> <p>Требования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- противовоспалительный и одонтотропный;</li> <li>- высокая адгезия с временной и постоянной пломбой, изолирующей прокладкой</li> <li>- инертность к пульпе (не раздражать)</li> <li>- сходные свойства с постоянными пломбами (одинаковая усадка, устойчивость к температурам, внешней среде)</li> </ul> <p>Выделяют: на основе гидроокиси кальция, цинк - эвгенольные цементы, комбинированные средства</p>	
4	Какой пломбировочный материал преимущественно использовать при лечении кариеса молочных зубов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: предпочтительнее использовать	

	стеклоиономерные цементы.	
5	Профилактика развития у детей кариеса ?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: своевременно посещать врача-стоматолога с целью осмотра; проводить профессиональную гигиену полости рта 1 раз в полгода; обеспечить полноценное питание; употреблять необходимое кол-во витаминов и минералов; снизить потребление углеводов, особенно между приемами пищи.	
6	Назовите ведущий показатель эффективности работы врача-стоматолога	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: ведущий показатель эффективности работы врача-стоматолога уровень стоматологического здоровья населения.	
7	Особенности лечения флюороза в зависимости от степени тяжести?	УК-1, ОПК-4, ПК-2
	Ответ: лечение легкой и средней степени флюороза симптоматическое. Проводится отбеливание зубов пациентов, жалующихся на эстетический недостаток с помощью различных отбеливающих средств. Неяркие пятна снимают за счет микроабразии эмали. При лечении тяжелой степени флюороза методами выбора могут быть эстетическая реставрация или протезирование (виниры, керамические коронки).	
8	Как проводится лечение гиперплазии эмали?	УК-1, ПК-2
	Ответ: лечению подлежат лишь пришеечные образования по эстетическим соображениям или мешающие нормальной окклюзии зубов. Проводится их шлифовывание с последующей ремтерапией.	
9	Назовите меры профилактики при гипоплазии?	УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5
	Ответ: 1. забота о здоровье беременной женщины, а затем новорожденного; 2. профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей раннего возраста и беременных; 3. своевременное и эффективное лечение соматических заболеваний (острые инфекционные заболевания, алиментарные дистрофии, токсические диспепсии, гипо- и авитаминозы 4. проведение стоматологической и санитарно-просветительной работы в женских и детских консультациях.	
10	Местная и общая терапия при клиновидных дефектах?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: лечение включает в себя местную и общую терапию. Общее лечение предполагает обязательное лечение общего заболевания. Внутрь назначаются препараты, содержащие кальций, фосфор, микроэлементы, витамины; продолжительность курса – 1 месяц (глицерофосфат кальция по 0,5 г 3 раза в день	



	или глюконат кальция по 1,0 г 3 раза в день; фитин используется по 0,25 г 3 раза в день; витамин С - по 0,3 г 3 раза в день; витамин В1 – по 0,005 г 3 раза в день). Местно применяются аппликации 10% раствором глюконата кальция, аппликации 2% раствором фторида натрия; зубные пасты, содержащие минеральные вещества, фтор; мягкие щетки для чистки зубов. При глубине дефекта 2 мм и более проводится восстановление тканей зуба; в качестве пломбировочных материалов используются стеклоиономерные цементы, композиционные материалы. При наличии больших дефектов изготавливаются коронки.	
11	Проведите дифференциальную диагностику клиновидного дефекта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференциальная диагностика клиновидного дефекта проводится с поверхностным, средним и глубоким кариесом, эрозией, некрозом эмали, эрозивной формой флюороза.	
12	Перечислите препараты для реминерализации эмали?	УК-1, ПК-2
	Ответ: назубной электрофорез 10% раствора глюконата кальция и 1% раствора фторида натрия, глубокое фторирование эмали («Глуфторэд», «эмаль-герметизирующий ликвид»), биодоступный фосфат кальция из комплекса СРР-АСР, кальциево-фосфатный гель, фторидные лаки («Белак», «Радуга» и др.), гели («Гель F», «Флюокаль» и др.), растворы («Флюокаль»), пленки («Диплен-Дента Ф»), в том числе сочетающие фторид и кальций («Бифлюорид» и др.).	
13	В каких случаях для пломбирования постоянных зубов применяются СИЦ и компомеры?	УК-1, ПК-2
	Ответ: у детей с высокой активностью кариозного процесса, несформированными корнями зубов, недостаточной минерализацией твердых тканей зубов.	
14	Заболеваемость кариесом называют?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: число впервые выявленных случаев заболевания за определённый промежуток времени	
<b>Б1.Б.1.1.4.3</b>	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения осложненного кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы для корневых каналов.</b>	<b>УК-1 УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Метод проведения пульпотомии в постоянных зубах у детей?	УК-1, ПК-2
	Ответ: проводят анестезию; широко раскрывают полость зуба; удаляют устьевую пульпу; останавливают кровотечение; покрывают устьевую пульпу лечебным препаратом, содержащим гидроокись кальция, либо МТА накладывают изолирующую прокладку или	

	временную пломбу при отсроченном пломбировании (СИЦ ); восстанавливают анатомическую форму коронки зуба.	
2	В чем заключается профилактика возникновения пульпита?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4
	Ответ: в своевременном и качественном лечении кариеса зубов и санации очагов хронической инфекции в организме, предупреждении воздействия на зубы травмирующих факторов.	
3	Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: средний кариес, глубокий кариес, острый диффузный пульпит, хронический фиброзный пульпит, хронический гангренозный пульпит, острый периостит челюстных костей, радикулярная киста, вывих зуба.	
4	Механизм действия препаратов, содержащих гидроокись кальция?	УК-1, ПК-2
	Ответ: создание высокощелочной среды; прекращение резорбции костной ткани, стимуляция остеобластов; ионы кальция участвуют в реакции костеобразования и реакции свертывания крови; под действием гидроокиси кальция происходит лизис некротизированных тканей; присоединение с влагой материал увеличивается в объеме в 2,5 раза и закупоривает макро-и микроканалы дентина корня.	
5	Постоянное пломбирование корневых каналов показано?	УК-1, ПК-2
	Ответ: при завершении апексогенеза; появлении рентгенологических и клинических признаков апексификации; формировании апексального барьера с использованием препаратов на основе МТА.	
6	Клинические проявления острого периодонтита у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: жалобы на постоянную боль, усиливающуюся при надавливании на зуб, припухлость, нарушение общего самочувствия .Основные симптомы: отек десны, увеличение регионарных лимфатических узлов, подвижность зуба, безболезненность зондирования кариозной полости.	
7	Чем определяется выбор тактики при лечении периодонтитов у детей?	УК-1, ПК-2
	Ответ: тактика лечения зависит от степени формирования/рассасывания корней зуба, степени патологической резорбции корней и деструкции костной ткани. При периодонтите временных зубов первостепенное значение имеет расположение зачатка постоянного зуба.	
8	Как проводится диспансерное наблюдении у детей с активным течением кариеса?	УК-1 УК-2, ОПК-2, ПК-4

	Ответ: в зависимости от активности развития патологического процесса от 1 до 4 раз в день.	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
1	Какими антисептическими средствами проводят обработку при заболеваниях СОПР ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: в качестве антисептиков применяют 1% раствор перекиси водорода, 0,25—0,5% растворы хлорамина, 0,1% раствор перманганата калия, 0,1% раствор этикридина, раствор фурацилина (1:5000), 1% раствор йодиола, 2—4% растворы борной кислоты.	
2	Назовите возраст, в котором наиболее часто встречается острый герпетический стоматит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. Это связано с особенностями строения слизистой оболочки полости рта, недостаточно развитым местным иммунитетом полости рта, а также частыми естественными нарушениями целостности слизистой оболочки в результате прорезывания зубов.	
3	Опишите характерную клиническую картину в полости рта при скарлатине?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: постоянным симптомом скарлатины является ангина, для нее типична яркая гиперемия ротоглотки (миндалин, язычка, дужек) – «пылающий зев» с мелкоочечной сыпью в центре мягкого неба, также характерна сухость слизистой оболочки полости рта, ее гиперемия. Ценным диагностическим признаком скарлатины является «малиновый язык» он становится ярко-красным, сухим и блестящим.	
4	Клиническая картина в полости рта при термических поражениях ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: развивается острый катаральный стоматит, который сопровождается болью. СО становится резко гиперемированной, отмечается мацерация эпителия. При сильном ожоге эпителий слущивается толстыми слоями или возникают пузыри, на месте которых образуются обширные поверхностные язвы или эрозии.	
5	Проведите дифференциальную диагностику хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС)?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференциальную диагностику проводят с травматической эрозией, вторичным сифилисом, герпетическим стоматитом, многоформной экссудативной эритемой.	
6	Перечислите дополнительные методы исследования при ХРАС ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: клинический анализ крови, гистаминовая проба, кожно-аллергические пробы на бактериальные аллергены, реакция агломерации с предполагаемыми	

	лекарственными аллергенами.	
7	Особенности клинического течения заболеваний языка у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: повышенный рвотный рефлекс, ощущение инородного тела на языке, зуд неба, нарушение вкусовой чувствительности, на спинке языка или боковых поверхностях, определяются серовато- белые и красноватые пятна в форме колец или полуколец набухший и помутневший эпителий нитевидных сосочков, слущивается, обнажая участок слизистой оболочки, спинка языка испещрена глубокими бороздами выстланными нормальным эпителием с наличием обычных сосочков языка в складках.	
8	Профилактика десквамативного глоссита у детей ?	УК-1, ПК-2, ПК-5
	Ответ: санация полости рта, соблюдение личной гигиены, лечение соматической патологии	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация.</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Индексная оценка состояния тканей пародонта?	УК-1, ПК-1
	Ответ: различают индексы обратимые, необратимые и сложные. При помощи обратимых индексов оценивают динамику заболевания пародонта, эффективность лечебных мероприятий. Эти индексы характеризуют выраженность таких симптомов, как воспаление и кровоточивость десен, подвижность зубов, глубина десневых и пародонтальных карманов. Наиболее распространенные из них – индекс РМА, пародонтальный индекс Рассела,	
2	Клинические проявления гингивита у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: жалобы на кровоточивость десен и боль при еде. В полости рта отмечаются отечность и гиперемия десневого края, десневых сосочков. Пальпация может быть болезненной, и при чистке зубов и при пальпации десна может кровоточить. При обострении сосочки увеличиваются в объеме и как бы валиками окружают зубы, образуя ложные зубодесневые карманы, в которых может находиться гнойное содержимое, может откладываться зубной камень. При рентгенологическом исследовании никаких изменений в костной ткани не обнаруживается.	
3	К какой диспансерной группе отнести ребенка с воспалительными заболеваниями пародонта (гингивиты, локализованный пародонтит), у которого не выявлены какие-либо другие общие заболевания организма?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-4

	Ответ: ко 2 диспансерной группе.	
4	Рентгенологическая картина ювенильного пародонтита?	УК-1, ПК-1
	Ответ: рентгенологически диагностируются чащеобразные очаги очаги деструкции альвеолярных отростков области резцов и моляров.	
5	С чего начинают лечение хронического генерализованного пародонтита у детей?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: с комплекса профессиональной гигиены полости рта.	
6	Особенностями лечения пародонтолиза является?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2
	Ответ: терапия основного заболевания которую проводят врачи-специалисты (гематолог, эндокринолог) и комплекса стандартного пародонтологического лечения, физиотерапия при паронтолизе не показана.	
7	Что вы понимаете под санитарно-просветительной работой?	УК-1, ОПК-2, ПК-4
	Ответ: санитарное просвещение - это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.	
8	Какие методы санитарно - просветительной работы вы знаете?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-4
	Ответ: методы санитарно - просветительной работы : устный, печатный, наглядный (изобразительный). К устному методу относятся: лекции, беседы, доклады, громкие чтения, вечера вопросов и ответов, курсовые занятия, выступления по радио. Средства печатной пропаганды: лозунг, листовка, памятка, брошюра, бюллетень и др. Наглядный (изобразительный) метод предполагает использование: графических, живописных и других средств.	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Чем характеризуются аномалии зубных рядов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: аномалии зубных рядов характеризуются изменением их типичной формы и длины.	
2	Клиническая картина гипердонтии?	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: гиперодонтия выявляется при осмотре рта. В основном сверхкомплектные зубы прорезываются вне зубного ряда, вызывая различные смещения рядом	

	<p>расположенных комплектных зубов. Иногда они прорезываются в зубном ряду, практически не вызывая нарушений. Часто сверхкомплектные зубы не прорезываются, оставаясь в толще костной ткани челюсти и, как правило, занимая атипичное положение. Сверхкомплектные зубы могут способствовать развитию аномалий положения отдельных зубов, различных деформаций зубной дуги и прикуса в целом, а также нарушать процесс прорезывания постоянных зубов. При прорезывании сверхкомплектных зубов в зубном ряду возникает дефицит места для постоянных комплектных зубов, в результате чего они изменяют свой наклон, а зубная дуга деформируется.</p>	
3	<p>Назовите принцип лечения гипердонтии?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: наиболее оптимальным для лечения аномалий зубочелюстной системы, обусловленных сверхкомплектными зубами является аппаратурно-хирургический метод. Раннее удаление сверхкомплектных зубов способствует саморегуляции положения постоянных зубов и обычно не требует дальнейшего ортодонтического лечения. Саморегуляция наступает в течение 3 – 4 месяцев, в основном, в тех случаях, когда сверхкомплектные зубы были выявлены и удалены в период развития аномалий.</p>	
4	<p>Назовите виды микродонтии?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: изолированная – выражается в малом размере одного постоянного зуба. Чаще всего таковым является верхний боковой резец, который имеет форму шипа или кольщика.</p> <p>-относительная – при такой разновидности микродонтии размер зубов не отличается от нормального, однако увеличена челюсть, что создает видимость маленьких зубов.</p> <p>-генерализованная – микродонтия, возникшая по причине облучения человека в момент роста зубов.</p>	
5	<p>Профилактика дистального прикуса?</p>	УК-1, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: профилактика рахита, который способен повлиять на развитие челюстной кости; своевременный переход на твердую пищу; сбалансированный рацион — в него должны входить богатые кальцием продукты; профилактика воспалительных заболеваний носоглотки; отучение ребенка от сосания пустышек, пальцев, ручек и других вредных привычек; формирование носового дыхания; выработка правильной осанки в детском возрасте.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.7</b>	<p><b>Исправление зубочелюстных аномалий.</b></p>	<b>УК-1, ПК-2, ПК-</b>

		<b>5</b>
1	Головная шапочка с подбородочной пращой позволяет?	УК-1, ПК-2
	Ответ: сдерживать рост нижней челюсти.	
2	Для чего предназначен аппарат Герлинга – Гашимова?	УК-1, ПК-2
	Ответ: аппарат Герлинга – Гашимова предназначен для дистального перемещения моляров и создания места для вторых премоляров. Аппарат состоит из опорных колец на первые премоляры, припаянной к ним лингвальной дуги и действующей части в виде отрезков дуги Энгля с винтовой нарезкой, припаянных к вестибулярной поверхности колец на премоляры. Свободный их конец с упорными гайками вводят в трубки колец для перемещаемых моляров. Опорные кольца фиксированы висфат-цементом на опорные зубы. Активируют аппарат раскручиванием гаек. Под давлением моляры перемещаются дистально.	
3	Фиксирующими элементами в аппарате Кламмта являются?	УК-1, ПК-2
	Ответ: вестибулярная дуга и кламмера Адамса.	
4	Что относится к несъемным функционально направляющим аппаратам?	УК-1, ПК-2
	Ответ: к несъемным функционально направляющим аппаратам относятся каппы Шварца и Бынина, коронка Катца	
5	Для чего используется аппарат Норда?	УК-1, ПК-2
	Ответ: аппарат Норда используется для раскрытия небного шва.	
6	В чем состоит задача санпросвет работы врача-стоматолога детского среди родителей ребенка первого года жизни по предупреждению развития зубочелюстных аномалий?	ПК-5
	Ответ: задача состоит в предупреждении формирования пролонгированного сосательного рефлекса (к концу первого года жизни должен угасать)	

## 4.2. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 4.2.1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора

№	Содержание вопроса	Индексы проверяемых компетенций
<i>Б1Б.1.1</i>	Стоматология общей практики	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3,

		ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1</b>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1.1</b>	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога.</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
1	Как подразделяются стоматологические поликлиники?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: 1) по уровню обслуживания: - республиканские, краевые, областные; - городские; - районные. 2) по подчиненности: - территориальные; - ведомственные. 3) по категориям: внекатегорийные – свыше 40 врачебных должностей; - первой категории – от 30 до 40 врачебных должностей; - второй категории – от 25 до 29 врачебных должностей; - третьей категории – от 20 до 24 врачебных должностей.	
2	Должности врачей – физиотерапевтов устанавливаются из расчета?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: 0,1 должности на 15 тысяч человек взрослого прикрепленного населения.	
3	Интенсивность кариеса зубов выражается ?	УК-1, ПК-1
	Ответ: суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов у индивидуума.	
4	Назовите количественные и качественные показатели,	УК-1, ОПК-6,



	используемые для анализа деятельности стоматологов-терапевтов?	ОПК-8, ПК-6
	Ответ: среднее число больных на врача в смену, из них первичных; среднее число выработанных врачом УЕТ в смену; кратность посещений на одно обращение; среднее число санированных больных одним врачом за смену; кратность посещений на одну санацию; соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному; средние сроки сохранности наложенных пломб (отсроченный анализ).	
5	Показатели работы на стоматологическом хирургическом приеме ?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: среднее число посещений на врача в смену, из них первичных; среднее число выработанных УЕТ на врача в смену; среднее число оперативных вмешательств на 100 первично обратившихся больных; количество удалений зубов в день; осложнения (в %); своевременная госпитализация (не позднее 24 часов) при показаниях; анестезия во всех случаях операции удаления зуба ; доведение операции удаления зубов до конца; отсутствие осложнений после удаления зубов; ранняя диагностика при онкопатологии и своевременная госпитализация; среднее число ранних радикальных вмешательств на 100 первично обратившихся с острыми и хроническими воспалительными процессами челюстно-лицевой области (методом экспертных оценок); среднее число дней пребывания больного на больничном листе.	
6	Деонтология – это?	УК-4, ОПК-3
	Ответ: деонтология - область этики, предметом которой является учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом.	
7	Назовите факторы определяющие личность врача?	УК-1, УК-5, ОПК-3
	Ответ: ответственность; внешний вид; достоинство; профессионализм.	
8	Что является базовой структурой психолого- педагогических и медицинских знаний врача- стоматолога?	УК-4, ОПК-3
	Ответ: 1.знания основ этики и деонтологии, основ психологии, психологических особенностей пациентов разного возраста, основ здорового образа жизни, основ здорового питания (диетология), основ наркологии и токсикологии, принципов ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основных способов разрешения конфликтов, типологических особенностей медико-профилактической терминологии. 2.умения профессионального общения с пациентами и членами их семей, разрешения конфликтных ситуаций в сфере профессиональной деятельности, ведения санитарно-просветительской работы с пациентами и членами их семей. 3.навыки профессионального общения с пациентами членами их семей, разрешения конфликтных ситуаций в сфере профессиональной деятельности, ведения санитарно-просветительской работы с пациентами и членами их семей.	

9	Что является одним из важнейших этапов освоения профессиональной компетенции направленной на реализацию психолого- педагогических аспектов врачебной деятельности?	УК-4, ОПК-3
	Ответ: врач, обладая профессионализмом, сумеет создать условия для овладения комплексом компетенций, направленных на формирование личности, способной адаптироваться в условиях социально – политического, рыночно – экономического, информационно – коммуникативного насыщенного пространства.	
10	Показатели работы на ортопедическом приеме ?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-6
	Ответ: 100% рентгенологическая проверка состояния депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками; удельный вес починок съемных протезов к общему числу съемных протезов, изготовленных в учреждении за определенный период времени; применение индивидуальных ложек при изготовлении съемных протезов; средние сроки изготовления зубных протезов; среднее число лиц, получивших протезы на врача в месяц; соотношение несъемных конструкций протезов к съемным при пародонтите; среднее число посещений на одного больного для получения протеза; среднее число опорных зубов в несъемном протезе в соотношении к искусственным; удельных вес бюгельных протезов к частичным съемным; доля зубных протезов, изготовленных по современным методикам; выполнение финансового плана; число переделок зубных протезов; выполнение определенного объема работы, измеряемого в единицах трудоемкости, учет ведется по зубопротезным единицам.	
11	Кем осуществляется экспертиза временной нетрудоспособности ?	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6
	Ответ: Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется лечащими врачами медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при наличии лицензии на данный вид деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации “О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности” от 01.08.2007 № 514.	
12	Что вы понимаете под санитарно- просветительной работой?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ПК-5
	Ответ: санитарное просвещение - это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.	
13	Какова кратность прохождения профилактических медицинских осмотров у стоматолога-терапевта и почему?	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: Согласно приказу Минздрав соцразвития России от	

	7.12.2011 г. №1496 «Об утверждении порядка оказания порядка медицинской помощи взрослому населению п.8» профилактические осмотры должны проводиться 1 раз в год.	
14	Целью использования аппарата «ассистина» является	ПК-2
	Ответ: предстерилизационная очистка и смазывание наконечников	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1</b>
1	Какие основные методы обследования в стоматологии Вы знаете?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: основные и дополнительный методы обследования.	
2	Что относится к основным методам обследования заболеваний твердых тканей зубов?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, аллергологический анамнез), осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.	
3	Перечислите, что относится к дополнительным методам обследования заболеваний твердых тканей зубов?	ПК-1
	Ответ: термометрия, электроодонтодиагностика, рентгенография, витальное окрашивание, электрометрический метод, лазерная флюорометрия, люминесценция, трансиллюминация.	
4	Перечислите функциональные пробы в диагностике заболеваний?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Волдырная проба, Гистаминовая проба, Проба Шиллера — Писарева, Проба Ясиновского, Определение стойкости капилляров десны по Кулаженко.	
5	Какие функциональные методы исследования Вы знаете?	ПК-1
	Ответ: Биомикроскопи, жевательная пробы, полярография, реодентография, реопародонтография, фотоплетизмография.	
6	Перечислите лабораторные методы исследования заболеваний?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: микроскопические методы исследования, серологическое исследование, диагностика лекарственной аллергии, общий клинический анализ крови.	
<b>Б1.Б.1.1.1.3</b>	<b>Некариозные поражения зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	На какие две большие группы разделены болезни зубов некариозного происхождения?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1) поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей, т. е. до прорезывания зубов. 2) поражения зубов, возникающие после их прорезывания.	
2	Перечислите поражения зубов, возникшие в период фолликулярного развития их тканей, т.е до прорезывания?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гипоплазия, гиперплазия эмали, эндемический флюороз зубов, аномалии размера и формы зубов, изменения цвета зубов,	

	наследственные нарушения развития зубов.	
3	Клинико-анатомическая классификация степени стирания зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: степень I — незначительное стирание эмали бугров и режущих краев коронок зубов.</p> <p>степень II — стертость эмали бугров клыков, малых и больших коренных зубов и режущих краев резцов с обнажением поверхностных слоев дентина.</p> <p>степень III — стирание эмали и значительной части дентина до уровня коронковой полости зуба.</p>	
4	Какие зубы являются разновидность системной гипоплазии?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: зубы Гетчинсона, зубы Фурнье, зубы Пфлюгера, Тетрациклиновые зубы	
5	Перечислите формы флюороза?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная,	
6	Что относится к аномалиям развития, прорезывания зубов, изменение их цвета?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: задержка прорезывания зубов, преждевременного прорезывания зубов, Сверхкомплектные зубы, адентия</p> <p>Нарушения формы отдельных зубов (зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера и Турнера) уже упоминались ранее. Также наблюдаются случаи сращения и слияния зубов, аномалии развития формы их корней и даже инвагинация зубов. Изменение цвета (коронок) молочных зубов (желтый, серо-желтый, темно-коричневый, желто-зеленый, коричнево-зеленый, черно-коричневый, серый, серо-синий, зеленый, голубой, лиловый, черный) наблюдается у детей при гемолитическом синдроме и гемолитических желтухах различной этиологии.</p>	
7	Назовите наследственные нарушения, затрагивающие дентин?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: несовершенный дентиногенеза 1,2,3 типов	
8	Назовите основные методы лечения некариозных поражений?	ПК-2
	Ответ: ремо-терапия, пломбирование дефектов с помощью композиционных материалов, протезирование, отбеливание.	
<b>Б1.Б.1.1.1.4</b>	<b>Кариес. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика кариеса.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6</b>
1	Расскажите современную концепцию этиологии кариеса?	УК-1
	<p>Ответ: учитывает механизм возникновения кариеса — прогрессирование деминерализации твердых тканей зубов под действием органических кислот. В возникновении кариеса принимают участие множество этиологических факторов. Графическим символом современного представления причин</p>	

	возникновения кариеса зубов может служить «трилистник Кейза». Это три взаимно перекрывающиеся в центре окружности. По этой схеме отчетливо видно, что кариес возникнет только при совпадении трёх условий: кариесогенной флоры, легкоусвояемых углеводов и низкой сопротивляемости эмали. В последние годы он дополнился ещё одним перекрывающимся кругом — фактором времени.	
2	Расскажите классификацию кариеса по Блеку?	УК-1, ПК-1
	Ответ: I класс. Жевательные поверхности моляров и премоляров, слепые ямки моляров и резцов. II класс. Контактные поверхности моляров и премоляров. III класс. Контактные поверхности резцов и клыков без нарушения целостности режущего края. IV класс. Контактные поверхности резцов и клыков с нарушением режущего края. V класс. Пришеечные области всех групп зубов. VI класс. Полости, расположенные на вершинах бугров моляров и премоляров, на режущем крае резцов.	
3	Какие объективные данные характерны для среднего кариеса?	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Жалобы на кратковременные боли от химических и температурных раздражителей. Наличие кариозной полости с пигментированным и размягченным дентином. Зондирование болезненно или слегка болезненно в области дентино-эмалевой границы. Эод в пределах нормы.	
4	Опишите патологическую анатомию глубокого кариеса?	УК-1, ПК-1
	Ответ: три зоны: распада и деминерализации; прозрачного и интактного дентина; заместительного дентина и изменений в пульпе зуба. Наибольшее место в кариозной полости занимает зона распада и деминерализации. Очень тонкая зона прозрачного и интактного дентина переходит в незначительную по толщине зону заместительного дентина.	
5	Назовите функции цемента зуба?	УК-1
	Ответ: 1. Входит в состав поддерживающего аппарата зуба, обеспечивая прикрепление к зубу волокон периодонта. 2. Защищает дентин корня от вредных влияний. 3. Выполняет репаративные функции при образовании резорбционных лакун и при переломе корня. 4. Постоянно откладывается в участке верхушки корня и сохраняет таким образом общую длину зуба, чем компенсирует возрастное стирание эмали.	
6	Понятие "рецидивирующий кариес"?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Рецидивирующий кариес – патологический процесс развивающейся под пломбой в результате не полного удаления некротизированного дентина со стенок кариозной полости.	
7	К специфическим методам профилактики кариеса относится?	ПК-2
	Ответ: герметизация фиссур	
8	Интенсивность кариеса зубов выражается ?	ПК-1
	Ответ: суммой кариозных, запломбированных и удалённых	

	зубов у одного индивидуума	
9	«Контрольная карта диспансерного наблюдения больного» (ф. №030/у) при проведении диспансеризации населения является документом?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: учетным	
10	Что вы понимаете под санитарно- просветительной работой?	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ПК-5
	Ответ: санитарное просвещение - это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.	
<b>Б1.Б.1.1.1.5</b>	<b>Пульпит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Дайте определение понятиям «рентгенологическая верхушка корня», «анатомическая верхушка корня» и «физиологическая верхушка корня»?	УК-1, ПК-1
	Ответ: рентгенологическая верхушка– это верхушка корня, которую мы видим на рентгенограмме. Анатомическая верхушка– это место фактического выхода корневого канала на поверхности корня. Физиологическая верхушка – место перехода дентина корня в цемент корня образует некоторое сужение в корневом канале. Это сужение в настоящее время принято считать границей пульпа зуба – периодонт. Расстояние между анатомической и физиологической верхушкой в среднем составляет 1-3 мм.	
2	Чем образована периферическая зона пульпы?	УК-1
	Ответ: периферическая зона пульпы образована специфическими клетками — одонтобластами, расположенными в 2—4 ряда. Клетки прилегают друг к другу и контактируют между собой с помощью десмосомоподобных структур.	
3	Классификация пульпитов по этиологическому фактору?	УК-1, ПК-1
	Ответ: по этиологическому фактору: инфекционные (микробные), химические, токсические, физические (термические, травматические и т.д.), гемато- и лимфогенные, ятрогенные.	
4	С чем связано усиление боли при острых пульпитах в ночное время суток?	УК-1, ОПК-4, ПК-2
	Ответ: усиление боли ночью связано с преобладанием в ночное время деятельности парасимпатической нервной системы, а также замедлением ночью ритма сердечной деятельности и, следовательно, кровообращения и обмена веществ. Это приводит к накоплению в пульпе токсичных продуктов обмена, вызывающих раздражение нервных рецепторов, и возникновению болевого приступа	
5	Назовите симптомы хронического фиброзного пульпита?	ОПК-4, ПК-1

	<p>Ответ: симптомами хронического фиброзного пульпита являются боли от всех видов раздражителей: холодное, горячее, сладкое, от холодного воздуха и т.д., длительно не проходящие после устранения раздражающего фактора. Также для этой формы патологии характерен такой специфический симптом, как возникновение длительной боли при переходе с холода в теплое помещение. Иногда хронический фиброзный пульпит протекает бессимптомно.</p>	
6	<p>Назовите способы девитализации пульпы?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: используют три основных способа девитализации пульпы: мышьяковистый, параформальдегидный и диатермокоагуляцию.</p>	
7	<p>Какие методы лечения пульпитов вы знаете?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: методы лечения пульпитов делятся на 2 группы: 1) сохранение жизнеспособности пульпы: полное (биологический метод), частичное (витальная ампутация); 2) удаление пульпы: полное (экстирпация витальная и девитальная), частичное (девитальное).</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.6</b>	<p><b>Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	<p>Назовите группы волокон, которые выделяют в периодонте?</p>	УК-1
	<p>Ответ: трансептальные, волокна альвеолярного гребня, горизонтальные, косые, апикальные, интрарадикулярные (межкорневые).</p>	
2	<p>Перечислите функции периодонта?</p>	УК-1
	<p>Ответ: опорно-удерживающая, распределяющая давление, пластическая, трофическая, сенсорная, защитная.</p>	
3	<p>Классификация периодонтитов по Лукомскому?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: I. Острый периодонтит: 1. Серозный; 2. Гнойный. II. Хронический периодонтит: 1. Фиброзный; 2. Гранулирующий; 3. Гранулематозный.</p>	
4	<p>Перечислите способы измерения рабочей длины корневого канала?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: табличный, анатомический, рентгенологический, электрометрический.</p>	
5	<p>Перечислите методы механической обработки корневых каналов?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1. традиционная техника препарирования корневого канала, «шаг назад» или телескопическая - Step Back 2. Техника препарирования канала Crown Down, от устья корневого канала к апексу, то есть от большего к меньшему 3. Техника обработки корневых каналов методом «сбалансированной силы»</p>	
6	<p>Рентгенологическая картина хронического гранулирующего периодонтита</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: очаг деструкции в области верхушки корня с нечеткими контурами или ломаной неровной линией, ограничивающей грануляционную ткань от кости.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.7</b>	<p><b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы.</b></p>	<b>УК-1, ПК-2</b>

1	Классификация пломбировочных материалов по назначению?	ПК-2
	Ответ: материалы для: 1. временных пломб, 2. лечебных прокладок, 3. изолирующих прокладок, 4. постоянных пломб, 5. пломбирования корневых каналов.	
2	Состав дентин-пасты?	ПК-2
	Ответ: Она состоит из порошка искусственного дентина, замешанного на смеси двух растительных масел (чаще гвоздичного и персикового). Паста твердеет при температуре тела в присутствии воды (ротовой жидкости) в течение 2—3 ч.	
3	Перечислите функции, которые должны выполнять изолирующие прокладки?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) быть нетоксичными по отношению к пульпе зуба; реминерализовать ткани дентина; 2) защищать мягкие и твердые ткани зуба от раздражителей, а также снижать чувствительность зубов после процедур пломбирования и препарирования; 3) способствовать лучшей фиксации пломбы; 4) не оказывать влияние на физические и химические свойства постоянной пломбы; 5) быть достаточно прочными к воздействию жидкостей, образующихся в ротовой полости; 6) обладать быстрыми отвердевающими и отличными адгезивными свойствами по отношению к тканям зуба; 7) обеспечивать герметичное покрытие дна кариозной полости; 8) быть устойчивыми к жевательным нагрузкам.	
4	Перечислите требования к лечебным прокладкам?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) не должны раздражать пульпу зуба; 2) должны оказывать противовоспалительное, антимикробное, одонтотропное действие; 3) должны обеспечивать герметизацию подлежащего дентина.	
5	Классификация материалов для постоянных пломб?	ПК-2
	Ответ: 1. Цементы. 1.1. На основе фосфорной кислоты: а) цинк-фосфатные; б) силикатные; в) силикофосфатные. 1.2. На основе полиакриловой или другой органической кислоты: а) поликарбоксилатные; б) стеклоиономерные. 2. Полимерные пломбировочные материалы. 2.1. Ненаполненные: а) на основе акриловых смол; б) на основе эпоксидных смол. 2.2. Наполненные (композитные). 3. Компомеры — композиционно-иономерные системы. 4. Металлические пломбировочные материалы. 4.1. Амальгамы: серебряные.	
6	Компомеры - это?	ПК-2
	Ответ: Компомеры — реставрационные материалы, представляющие собой композитно-иономерные составы. С химической точки зрения компомер — это комбинация кислотных групп стеклоиономерных полимеров и фотополимеризуемых групп композитных смол.	
7	На какой срок накладывают временные пломбы и повязки?	ПК-2
	Ответ: повязки накладываются на срок 1-14 сут. Временные пломбы накладываются на более долгий срок- от 2 недель до 6 месяцев.	
<b>Б1.Б.1.1.1.8</b>	<b>Заболевания тканей пародонта. Классификация, клиника,</b>	<b>УК-1, УК-2,</b>



	<b>диагностика, лечение, профилактика.</b>	<b>ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Какие структуры входят в понятие пародонта?	УК-1, ПК-1
	Ответ: десна, костная ткань альвеолы (вместе с надкостницей), периодонтальная связка, зуб (цемент, дентин корня зуба, пульпа).	
2	Перечислите функции пародонта?	УК-1, ПК-1
	Ответ: барьерная функция, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая.	
3	Дайте определение понятиям «десневой карман» и «пародонтальный карман»?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: десневой карман — состояние пародонта с нарушением зубодесневого соединения, когда при зондировании десневой борозды зонд погружается на глубину не более 3 мм. Пародонтальный карман — это клинический карман с частичным разрушением всех тканей пародонта; он может быть костным, т.е. с деструкцией костной ткани.	
4	Перечислите формы гингивита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: катаральный, язвенный, гипертрофический	
5	Дайте определение понятию «пародонтоз»?	УК-1, ПК-1
	Ответ: пародонтоз — это патология тканей пародонта, характеризующаяся первично дистрофическими нарушениями.	
6	Общие принципы лечения заболеваний пародонта?	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5
	Ответ: 1. Выяснение причины (или причин) болезни; 2. Установление очередности вмешательств; 3. Определение показаний и противопоказаний к лечению; 4. Прогнозирование побочных эффектов и возможных осложнений; 5. Составление плана лечения; 6. Контроль за правильностью выполнения плана лечения.	
7	Профессиональная гигиена полости рта- это?	УК-1, ПК-2
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта- это комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых отложений.	
8	Пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести диспансерное наблюдение проводится?	ПК-4
	Ответ: 2 раза в год	
<b>Б1.Б.1.1.1.9</b>	<b>Травматические повреждения СОПР. Лейкоплакия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-4, ПК-5</b>
1	Этиологические факторы хронической механической травмы СОПР?	УК-1, ПК-1
	Ответ: травма кариозными зубами, недоброкачественными	

	пломбами, протезами и их кламмерами, отсутствием контактного пункта, зубным камнем, вредными привычками, аномалией расположения зубов, патологией прикуса и др.	
2	Что такое гальваноз?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гальваноз – заболевание, которое возникает при наличии в полости рта металлических протезов, изменяющих электрохимические процессы и приводящих к развитию таких симптомов, как металлический привкус во рту, извращение вкуса, жжение языка, снижение слюноотделения, нарушение общего состояния организма (головные боли, раздражительность, слабость, утомляемость, тревожность).	
3	Что является основным морфологическим элементом поражения при плоской лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гиперкератотическое пятно, представляющее собой участок помутнения эпителия с четкими контурами.	
4	Какая из форм верукозной лейкоплакии чаще всего малигнизируется?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: бородавчатая форма лейкоплакии обладает большей потенцией к озлокачеству по сравнению с бляшечной.	
5	Патогистологическая картина эрозивной формы лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: патогистологически выявляется утолщение эпителия за счет разрастания рогового и зернистого слоев. Роговой слой достигает значительной толщины, особенно при верукозной форме лейкоплакии. В нем очаги гиперкератоза часто чередуются с очагами паракератоза. Зернистый слой эпителия в участке поражения имеет различную степень выраженности. Эрозивная форма лейкоплакии характеризуется резко выраженным гиперкератозом и акантозом.	
6	Перечислите меры профилактики возникновения лейкоплакии?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: основой профилактики лейкоплакии является своевременное предупреждение травмы слизистой оболочки рта: курение, прием горячей и острой пищи, недоброкачественные зубные протезы, острые края зубов, гальванические токи и другие раздражители.	
<b>Б1.Б.1.1.1.10</b>	<b>Инфекционные поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1</b>
1	Формы проявления герпетической инфекции в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. Острый герпетический стоматит (первичный герпес); 2. Хронический рецидивирующий герпес (рецидивирующий герпетический стоматит)	
2	Перечислите этапы патогенеза острого герпетического стоматита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: инкубационный, продромальный, разгара, угасания и клинического выздоровления.	
3	Причины развития язвенно-некротического стоматита Венсана?	УК-1, ПК-1

	<p>Ответ: 1) ослабление иммунной системы; 2) неправильная, недостаточная гигиена полости рта; 3) катаральный гингивит в тяжелой стадии; 4) значительные отложения на зубах (налет, камень); 5) интоксикация солями твердых металлов и отравление пищей; 6) сильные, частые стрессы; 7) наличие стоматологических проблем разного типа; 8) микротравмы ротовой полости; 9) язвенно-некротический инфекционный стоматит вызывается перенесенными ранее тяжелыми общими недугами (болезни почек и печени, желудочно-кишечного тракта, лейкоз и так далее); 10) вирусные заболевания, которыми в прошлом болел человек (герпес, грипп и тому подобные).</p>	
4	<p>Этиология кандидоза?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: развитие заболевания вызывают дрожжеподобные грибы, которые в обычное время находятся в неактивном состоянии и становятся патогенными при снижении иммунитета человека, при злокачественных новообразованиях, ВИЧ-инфекции, туберкулезе, патологиях эндокринной системы, заболеваниях ЖКТ, особенно в случаях сниженной продукции желудочного сока. Очень часто кандидоз развивается на фоне сахарного диабета, который протекает в бессимптомной форме.</p>	
5	<p>Назовите виды острого кандидоза?</p>	
	<p>Ответ: псевдомембранозный и атрофический.</p>	
6	<p>Дайте определение кандидоза?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: кандидоз- инфекционно-воспалительное заболевание, обусловленное грибами рода <i>Candida</i>, наиболее часто <i>Candida albicans</i>.</p>	
7	<p>Этиологический фактор развития язвенно-некротического стоматита Венсана?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: заболевание возникает под влиянием фузоспиральной инфекции- сибриоза спирохеты Венсана и веретенообразной палочки.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.11</b>	<p><b>Аллергические поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	<p>Дайте определение аллергии?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: аллергия — типовой иммунопатологический процесс, выраженный сверхчувствительностью иммунной системы организма при повторных воздействиях аллергена на ранее сенсибилизированный этим аллергеном организм.</p>	
2	<p>Назовите 3 стадии развития аллергической реакции?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: иммунологическая, патохимическая, патофизиологическая.</p>	
3	<p>Классификация аллергических поражений СОПР?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: I. Контактный аллергический стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (от медикаментов, пластмасс и других</p>	

	материалов, используемых в стоматологии, красителей, зубных паст, эликсиров и других химических веществ, контактирующих со слизистой оболочкой или красной каймой губ, ультрафиолетовых лучей); II. Фиксированные и распространенные токсико-аллергические поражения (от медикаментов, пищевых веществ и других аллергенов, поступающих в организм различными путями); III. Дерматозы с поражением слизистой оболочки рта токсико-аллергического генеза (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, первичные системные васкулиты, включая синдром Вегенера).	
4	Что такое синдром Стивенса-Джонсона?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: синдром Стивенса-Джонсона — острое токсико-аллергическое заболевание, основной характеристикой которого выступают высыпания на коже и слизистых оболочках. Данный синдром — злокачественный тип экссудативной эритемы.	
5	Какой патогенетический механизм лежит в развитии коллапса при аллергических реакциях и способ его устранения?	УК-1, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: коллапс развивается за счет несоответствия объема циркулирующей жидкости емкости сосудистого русла, для коррекции объема циркулирующей жидкости необходимо ввести в/в физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, раствор реополиглюкина	
6	Профилактика развития контактного аллергического дерматита?	ПК-4
	Ответ: исключить контакт с веществами, которые могут вызвать стоматит: стоматологические материалы, лекарственные препараты, используемые местно, зубные пасты, ополаскиватели, губные помады, ортодонтические пластинки и др.	
<b>Б1.Б.1.1.1.12</b>	<b>Изменения СОПР при системных заболеваниях. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Какие изменения языка встречаются при патологиях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ:- обложенный язык, - отек языка - гиперпластический глоссит - - очаговая десквамация - парестезия языка - нарушение вкусовой чувствительности.	
2	Как изменяется СОПР при патологиях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта, являются преимущественно следствием трофических расстройств. Имеется большое количество сообщений о наличии эрозий и язв на слизистой оболочке рта при язвенной	

	<p>болезни желудка, заболеваниях печени, колитах, энтероколитах и др.</p> <p>- изменение цвета слизистой оболочки рта. Слизистая оболочка рта в области поражения характеризуется гиперемией с явлениями цианоза вследствие хронического течения процесса.</p>	
3	Перечислите изменения СОПР при сердечно-сосудистых заболеваниях?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: - отечность и цианоз СОПР, цианоз губ;</p> <p>- пузырьно-сосудистый синдром в полости рта;</p> <p>- язвенно-некротические поражения СОПР с образование трофических язв.</p>	
4	Выделите заболевания эндокринной системы, при которых происходят изменения СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ:- сахарный диабет</p> <p>- болезнь Иценко-Кушинга</p> <p>- Аддисонова болезнь</p> <p>- Мекседема</p> <p>- диффузный токсический зоб</p> <p>- ювенильный гингивит</p> <p>- гингивит беременных.</p>	
5	Опишите клиническую картину изменения СОПР при гингивите беременных?	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: на 4—5-м месяце беременности в области резцов, клыков и премоляров нижней челюсти появляются кровоточивость десны, разрастание и деформация десневых сосочков. Позже эти изменения появляются и на верхней челюсти. Десневой край набухший и приобретает вид красного валика. В более поздние сроки беременности десневые сосочки еще больше увеличиваются, становятся синюшными, отечными, резко кровоточат. В предродовом периоде часто появляются ложные карманы глубиной до 4—5 мм.</p>	
6	Назовите жалобы пациентов при гипо автаминозах витамина В2?	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: сухость, шелушение губ; болезненные трещины в углах рта; жжение и боль в языке, светобоязнь, слезотечение, жжение глаз; похудание, слабость, потеря аппетита.</p>	
7	Профилактика патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: диагностика и лечение заболеваний ЖКТ, санация полости рта, рациональное протезирование, тщательная индивидуальная гигиена полости рта.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.13</b>	<b>Изменения СОПР при дерматозах. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1</b>
1	Этиология красного плоского лишая проявляющегося изменениями СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ:1. нервно-психологические факторы и вегетативные расстройства. Хронический стресс, повышенная возбудимость, утомление и другие психогенные расстройства часто предшествуют возникновению заболевания и влияют на его</p>	

	<p>течение.</p> <p>2. Инфекционные, токсические и иммунологические расстройства. Рассматривается вирусная этиология КПЛ, хотя в настоящее время она не доказана.</p> <p>3. Большая группа медикаментов, такие как антималярийные препараты, тяжелые металлы, пенициллин, салицилаты и др. могут провоцировать проявления КПЛ. Эта провокация сопровождается иммунологическими реакциями и блокированием активности мелких слюнных желез. Присутствие иммуноглобулинов и комплемента отмечается в области эпидермо-дермальной границы кожи подтверждает роль иммунных механизмов повреждения при КПЛ.</p> <p>4. Наследственная предрасположенность. Часто заболевание проявляется у членов одной семьи.</p> <p>5. Местная травма. Положительный изоморфный феномен, когда неспецифический раздражитель вызывает характерные для КПЛ элементы поражения (реакция Кэбнера). Исследования показали, что местная травма слизистой оболочки способствует проявлению заболевания, так как высыпания появляются в зоне повреждения и в ответ на него.</p>	
2	Опишите клиническую картину буллезной формы красного плоского лишая проявляющегося в полости рта?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: встречается редко. Характеризуется, наряду с типичными высыпаниями беловато-перламутровых папул, появлением пузырей диаметром от 1 до 10 мм. Пузыри могут быть с серозным или геморрагическим содержимым, довольно быстро вскрываются. Срок их существования от нескольких часов до 2 сут. Образующиеся на месте пузырей эрозии довольно быстро эпителизируются, что отличает буллезную форму красного плоского лишая от эрозивно-язвенной. Длительность течения буллезной формы может быть различной, иногда пузыри могут появляться на протяжении многих месяцев. Пузыри могут появиться на слизистой оболочке рта одновременно с папулами или присоединяются к ним позднее. Иногда они предшествуют возникновению папул, что создает трудности в диагностике красного плоского лишая.</p>	
3	Какие патогистологические изменения проявляются в эпителии при красном плоском лишае?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: - гиперкератоз</p> <p>- паракератоз</p> <p>- акантоз.</p>	
4	Какие 2 основные формы пузырчатки вы знаете?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: - акантолитическая (или истинная) пузырчатка</p> <p>- неакантолитическая (или доброкачественная) пузырчатка.</p>	
5	Перечислите формы красного плоского лишая?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: типичная (простая),</p> <p>экссудативно-гиперемическая,</p> <p>эрозивно-язвенная,</p> <p>буллезная,</p> <p>гиперкератотическая.</p>	

6	Перечислите разновидности акантолитической пузырчатки?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: 1. Обыкновенная (или вульгарная).</p> <p>2. Эритематозная.</p> <p>3. Вегетирующая.</p> <p>4. Листовидная.</p> <p>5. Бразильская.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.14</b>	<b>Аномалии развития языка, глосситы, хейлиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
1	Клиническую картину черного "волосатого" языка?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: на спинке языка, впереди от желобоватых сосочков нитевидные сосочки удлиняются, утолщаются и приобретают цвет от светло-коричневого до черного. Длина нитевидных сосочков иногда достигает 2 см, а диаметр до 2 мм, внешне сосочки напоминают волосы. У основания сосочки более толстые, но менее пигментированы, чем у верхушки. Характерным признаком черного («волосатого») языка является его окраска, от слабо-коричневого до черного, но иногда могут быть соломенно-желтыми, бурыми, темно-серыми, которая определяется деятельностью хроматогенных бактерий. Измененный участок обычно имеет овальную или треугольную форму и располагается по средней линии. Передняя часть языка и его боковые поверхности в процесс не вовлекаются и имеют нормальный вид.</p>	
2	Как выглядит складчатый язык?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: для складчатого языка характерно наличие глубоких борозд (складок) на его поверхности, которые располагаются в основном симметрично в продольном и поперечном направлении. Наиболее глубокая продольная борозда обычно идет по средней линии языка и берет свое начало от кончика языка и часто достигает уровня расположения желобоватых сосочков. Поперечные складки менее глубокие и обычно направлены к основной и более глубокой продольной складке, которая объединяет их в единую систему и создает картину деления языка на множество долек. Дно и боковые поверхности складок покрыты сосочками, характерными для нормальной слизистой оболочки языка. Сосочки хорошо выражены, иногда гипертрофированы. Складчатость хорошо видна при выдвигении языка.</p>	
3	У кого часто встречается черный "волосатый" язык и в каком возрасте?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: довольно редкое заболевание, встречается преимущественно у мужчин, чаще в среднем и пожилом возрасте.</p>	
4	Перечислите синонимы относящиеся к заболеванию дескваматичный глоссит?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: географический язык, эксфолиативный глоссит, мигрирующий глоссит</p>	

5	Какие две формы имеются у эксфолиативного хейлита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: сухая, экссудативная	
6	Этиология контактного аллергического хейлита?	УК-1, ПК-1
	Ответ: контактный аллергический хейлит представляет собой клиническое проявление аллергической реакции замедленного типа с веществами, находящимися в контакте с красной каймой губ. Чаще всего причиной возникновения аллергических контактных хейлитов являются губные помады, зубные пасты, пластмасса зубных протезов. Возможно развитие хейлита от контакта с металлическими предметами (мундштуки духовых инструментов, ручки, карандаши и др.). Иногда в случаях заболевания может иметь профессиональный характер.	
7	Перечислите формы ромбовидного глоссита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: плоская, бугорковая, папилломатозная.	
8	Профилактика «черного» (волосатого) языка?	УК-1, ПК-2, ПК-5
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии, отказ от курения и алкоголя, диспансерное наблюдение.	
<b>Б1.Б.1.1.1.15</b>	<b>Профессиональная гигиена полости рта. Отбеливание зубов.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
1	В чем заключается принцип работы ультразвуковых аппаратов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: ультразвуковые аппараты генерируют колебания ультразвуковой частоты – от 16000 до 45000 Гц, в результате чего рабочая насадка совершает микроскопические вибрационные колебания. При этом механический компонент дополняется ирригацией, кавитацией и акустической турбулентностью.	
2	Назовите представителей пьезоэлектрических скейлеров ?	ПК-2
	Ответ: Скейлеры фирм EMS (Швейцария), Amdent Biotrol (Швеция), NSK (Япония) Satelec (Франция), Siroson L (SIRONA, Германия).	
3	Противопоказания к использованию электромеханических скейлеров являются?	УК-1, ПК-2
	Ответ: - имплантированный кардиостимулятор неэкранированного типа; - проведение у пациентов иммунодепрессивной или кортикостероидной терапии; - состояние после хирургического лечения заболеваний сетчатки, при глаукоме; - злокачественные новообразования; - сахарный диабет в стадии декомпенсации; - острое и хроническое нарушение дыхания; - наличие в анамнезе заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем (туберкулез, герпетическая инфекция) и гематогенным путем (вирусный гепатит, ВИЧ), венерических заболеваний (сифилис и т. д.); - эпилепсия	



	- дефекты мягких тканей слизистой оболочки рта (афты, эрозии, язвы); - периоды молочного и сменного прикуса.	
4	Перечислите противопоказания к домашнему отбеливанию?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ:беременность и кормление ( неизвестен эффект отбеливателя на развивающийся плод)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• нарушение обмена веществ</li> <li>• множественные трещины эмали, патологическая стираемость, абразия или эрозии</li> <li>• возраст пациента до 16 лет</li> <li>• тяжёлое тетрациклиновое окрашивание</li> <li>• тяжёлая форма флюороза</li> <li>• пациенты с нереалистичными ожиданиями от желаемого эстетического результата</li> <li>• зубы с дефектными и неадекватными существующими реставрациями</li> <li>• зубы с большими фронтальными реставрациями</li> <li>• пациенты, демонстрирующие неготовность носить аппарат в течение заданного времени</li> <li>• курящие пациенты (канцерогенный эффект курения при отбеливании усиливается)</li> <li>• зубы с гиперестезией к теплу, холоду, механическому и химическому раздражению</li> </ul>	
5	Какие основные причины изменения цвета зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: наследственный фактор, интенсивное курение жевание табака, депульпация, механические повреждения зубов и десен в результате травмы, наличие старых пломб ранних поколений, отравление тяжелыми металлами, так называемые «тетрациклиновые зубы», флюороз</p>	
6	Какие основные элементы содержат в себе продукты для отбеливания зубов?	ПК-2
	<p>Ответ:- перекись карбамида</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-перекись водорода</li> <li>- перборат натрия</li> <li>- загустители</li> <li>- мочевины</li> <li>- консерванты</li> <li>- вкусовые добавки</li> </ul>	
7	Что такое микроабразия?	ПК-2
	<p>Ответ: микроабразия- это удаление микроскопически тонкого слоя эмали (12--26 мкм во время аппликации и до 200 мкм за сеанс) с помощью пасты, содержащей кислоту и абразив.</p>	
8	Какие системы отбеливания в условиях стоматологического кабинета вы знаете?	ПК-2
	<p>Ответ:LaserSmile, BriteSmile, PowerGel, Rembrandt Virtuoso Lightening Gel, OpalmenceXtra, Illumine, Zoom, LumaWhite</p>	
9	Классификация зубных отложений?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: неминерализованные зубные отложения (пелликула, зубная бляшка, мягкий зубной налет), минерализованные</p>	

	зубные отложения (над- и поддесневой зубной камень).	
10	Перечислите этапы профессиональной гигиены полости рта?	ПК-2, ПК-5
	Ответ: мотивация пациента к лечению стоматологических заболеваний; обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневых зубных отложений; полировка поверхности зуба; покрытие поверхностей зубов фторсодержащими и реминерализующими препаратами; устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета.	
<b>Б1.Б.1.1.1.16</b>	<b>Диспансеризация стоматологических больных</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6</b>
1	Назовите положения на которых базируется система стоматологической диспансеризации ?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: - ликвидация некоторых заболеваний зубов, органов и тканей рта;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диспансеризации должно подлежать организованное население и начинаться она должна с лечения болезней, которые могут быть причинами кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта (СОР);</li> <li>- необходимо устранять местные неблагоприятные факторы во рту;</li> <li>- диспансерное наблюдение за стоматологическим больными и лицами с факторами риска осуществляют врачи-стоматологи терапевты, врачи-стоматологи хирурги, врачи-ортодонты, врачи-стоматологи ортопеды, врачи-стоматологи детские;</li> <li>- наиболее рациональной организационно-правовой формой в качестве организационного центра для проведения стоматологической диспансеризации является стоматологическая поликлиника.</li> </ul>	
2	Какой документ определяет организацию диспансеризации стоматологических больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях ?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: инструкция из приказа Минздрава СССР №487 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 14.12.90, содержащая схемы диспансеризации различных заболеваний органов и тканей рта и ЧЛЮ.	
3	Цель диспансеризации –это?	ПК-4
	Ответ: цель диспансеризации — формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития болезни, снижение заболеваемости, увеличение периода активного творческого долголетия.	
4	Назовите форму карты диспансерного наблюдения?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: контрольная карта диспансерного наблюдения(форма № 030/у).	
5	Контингент лиц, составляющий диспансерную группу Д-I?	УК-1, ПК-4
	Ответ: здоровые — лица, не предъявляющие никаких жалоб, у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены	

	хронические заболевания или нарушения функций органов и систем; среди них лица с так называемыми пограничными состояниями, то есть с незначительными отклонениями физиологических характеристик от нормы, не влияющими на функциональную деятельность организма.	
6	Основными принципами системы диспансеризации стоматологических больных являются?	УК-1, УК-2, ПК-4
	Ответ: плановость, комплексность, выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий, дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом складывающейся ситуации.	
<b>Б1.Б.1.1.1.17</b>	<b>Физиотерапия стоматологических заболеваний</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Дайте определение понятию «физиотерапия»?	УК-1, ПК-2
	Ответ: физиотерапия — это область медицины, которая изучает особенности и лечебные свойства физических факторов, разрабатывает методы их применения для лечения, профилактики заболеваний и медицинской реабилитации.	
2	Преимущества электрофореза перед другими способами введения лекарственных веществ?	ПК-2
	Ответ: сочетанное действие постоянного электрического тока и лекарственного вещества; отсутствие общего токсического действия лекарственного вещества; возможность вводить избирательно тот или иной ион в зависимости от его полярности в ткани, мало доступные для других способов введения лекарственных веществ.	
3	Флюктуоризация – это?	ПК-2
	Ответ: флюктуоризация — это применение с лечебной целью синусоидального переменного тока, который беспорядочно меняется по амплитуде и частоте в пределах от 100 до 2 000 Гц.	
4	Показания к использованию флюктуоризации являются ?	ПК-2
	Ответ: боли в следствие обострения хронического периодонтита, альвеолита, альвеолоневрита, пульпита, артрита; невралгия; воспалительные процессы (периостит, абсцесс, флегмона, пародонтит); заболевания слюнных желез; воспалительная контрактура.	
5	Дарсонвализация – это?	ПК-2
	Ответ: дарсонвализация — это лечение высокочастым (100— 300 Гц) импульсным переменным синусоидальным током высокого напряжения (20 Кв) и малой силы (0,02 Ма).	
6	Назовите аппараты для проведения дарсонвализации?	ПК-2
	Ответ: местной дарсонвализации применяется аппарат «Искра-1»	
7	Назовите принципы применения физических факторов в лечебных и профилактических целях?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. принцип единства патогенетической и симптоматической физиотерапии; 2. Принцип индивидуального лечения физическими факторами; 3. Принцип курсового лечения физическими факторами; 4. Принцип оптимального лечения физическими факторами; 5. Принцип динамического лечения физическими факторами; 6. Принцип комплексного	

	лечения физическими факторами.	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2</b>
<b>Б1.Б.1.1.2.1</b>	<b>Особенности зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, при различных патологиях. Дополнительные методы исследования.</b>	<b>УК-1, ОПК-7, ПК-1</b>
1	Дайте определение понятию "зубочелюстная система"?	УК-1, ПК-1
	Ответ: зубочелюстная система — это совокупность органов и тканей, взаимосвязанных анатомическими функционально, выполняющих различные, но соподчиненные функции.	
2	По какому плану производится обследование больного?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: обследование больного производится последовательно по определенному плану и включает: анамнез (опрос больного), внешний осмотр, осмотр и обследование органов полости рта; обследование височно-нижнечелюстного сустава; обследование мышц головы и шеи, лабораторные и инструментальные методы исследования.	
3	На какие три части делят лицо в ортопедической стоматологии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: деление лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю трети. Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией, соединяющей брови. Границами средней части лица служат линия, соединяющая брови, и основание перегородки носа. Нижняя треть лица — это часть лица от основания перегородки носа до нижней точки подбородка.	
4	Назовите четыре степени патологической подвижности зубов (по Энтину)?	УК-1, ПК-1
	Ответ: при 1 степени смещение в вестибуло-оральном направлении. При 2 степени зуб смещается как в вестибуло-оральном, так и мезиодистальном направлениях. При 3 степени, зуб, кроме того, смещается и в вертикальном направлении. При 4 степени патологической подвижности зуб не только имеет видимую подвижность в трех указанных направлениях, но может еще и вращаться.	
5	Что такое подвижная слизистая оболочка?	УК-1, ПК-1
	Ответ: подвижная слизистая оболочка — это оболочка, способная смещаться как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении. Она покрывает щеки и губы.	
6	Что собой представляет прикрепленная часть десны?	УК-1, ПК-1
	Ответ: она прочно сращена с надкостницей альвеолярных отростков челюстей. Поверхность волнообразная, вследствие чередования приподнятых участков и желобков. Предполагают, что такое строение отражает адаптацию десны к механическим нагрузкам. Волнообразность поверхности более выражена у мужчин, чем у женщин, и исчезает при отеке.	
<b>Б1.Б.1.1.2.2</b>	<b>Диагноз и его составные части</b>	<b>УК-1, УК-2,</b>

		<b>ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2</b>
7	Задачи протезирования?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1.восстановление утраченной функции жевания; 2.нормализацию деятельности жевательных мышц и ВНЧС; 3.сохранение оставшегося зубного ряда и предупреждение дальнейшего его разрушения.	
8	Перечислите виды протезирования?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1.при непосредственном (послеоперационном) протезировании протез создают до операции и накладывают на протезное ложе на операционном столе или в стоматологическом кресле, но не позднее 24 ч с момента операции; 2.Ближайшее протезирование осуществляют в первые 2 недели, в период заживления операционной раны и ее эпителизации; 3.Отдаленное протезирование проводят в более поздние сроки — после того, как закончится формирование альвеолярной части, связанное с атрофией кости, неизбежной в первые 1-2 мес после удаления зубов.	
9	Что необходимо выделить при оформлении диагноза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: при оформлении диагноза необходимо выделить: 1) основное заболевание зубочелюстной системы; 2) осложнение основного заболевания; 3) сопутствующие заболевания.	
10	Дайте определение понятию "основное заболевание"- это?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: основное заболевание — это то заболевание, которое протекает наиболее тяжело, более опасно для здоровья и трудоспособности.	
11	Первостепенно с чего начинают обследование больного с частичным или полным отсутствием зубов?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: обследование начинают опроса больного, во время которого выясняют: 1)жалобы; 2)время и причины потери зубов; 3)пользовался ли больной ранее съёмными протезами.	
12	Для составления грамотного плана ортопедического лечения необходимо знать?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: технологии протезирования, возрастную и функциональную анатомию, физиологию, этиологию, клиническую картину и диагностику различных заболеваний и деформаций жевательного аппарата, а также анатомию, физиологию и патологии целостного организма человека.	
13	Что является нозологической формой в ортопедической стоматологии?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: это определенная болезнь, выделенная на основе установленных этиологии, патогенеза, характерной клинкомиорфологической картины. Одновременно является единицей номенклатуры и классификации болезней.	
<b>Б1.Б.1.1.2.3</b>	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению</b>	<b>УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2</b>
1	С какой целью проводят зубное протезирование ?	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: протезирование проводится с лечебной целью - восстановление жевания, речи, глотания, функций жевательных мышц, нарушенной эстетики, так и с профилактической- для сохранения оставшихся зубов, предупреждения дальнейшего разрушения зубных дуг и суставов.</p>	
2	<p>Назовите этапы подготовки полости рта к протезированию?</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-2</p>
	<p>Ответ: 1) сделать обзорный снимок всех зубов, чтобы в целом оценить состояние зубов, костной ткани, выявить те проблемы, которые могут пациента и не беспокоить, но все же являются серьезными и требуют решения; 2) удаление корней и подвижных зубов, неподлежащих сохранению; 3) профессиональная гигиена полости рта; 4) лечение зубов; 5) удалении подвижных зубов.</p>	
3	<p>Для чего нужна особая подготовка опорного зуба?</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: опорный зуб принимает на себя всю нагрузку во время жевания. От его надежности зависит продолжительность службы протеза и степень комфорта пациента во время его эксплуатации.</p>	
4	<p>В чем заключается специальная ортопедическая подготовка?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: заключается устранение аномалий и деформаций прикуса. Аномалии прикуса, как правило, устраняются путем ортодонтического лечения, а деформации зубных рядов — ортодонтическими способами (перемещение зубов с помощью специальных ортодонтических аппаратов), ортопедическими (укорочение вертикально переместившихся или наклонившихся зубов).</p>	
5	<p>Назовите классификацию по В.Ю. Курляндскому?</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p>Ответ: первый тип — альвеолярный отросток выступает над уровнем мест прикрепления мышц внутренней и внешней сторон. второй тип — альвеолярный отросток и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон. третий тип — атрофия тела челюсти прошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон. четвертый тип — большая атрофия в области жевательных зубов. пятый тип — большая атрофия в области передних зубов.</p>	
6	<p>Предварительное лечение при протезировании (общеоздоровительные и специальные мероприятия)?</p>	<p>УК-1, УК-2, ПК-2</p>
	<p>Ответ: под первым понимают санацию полости рта: удаление зубных отложений, лечение заболеваний СОПР, лечение кариеса, пульпита, периодонтита, удаление зубов и корней, не подлежащих лечению. Далее проводят специальные мероприятия по строгим показаниям, обусловленным характером предстоящего протезирования: ликвидируют нарушения окклюзионной поверхности, создают условия для крепления протеза (углубление преддверия полости рта, устранение рубцов и тяжелой слизистой оболочки, закрытие</p>	

	дефектов твердого неба).	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции.</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Что означает термин “искусственная коронка”?	УК-1, ПК-2
	Ответ: Это зубной протез, накладываемый на специально подготовленную естественную или искусственную коронку зуба(культевую вкладку) для восстановления ее анатомической формы и функции или фиксации зубных протезов, различных ортопедических аппаратов и шин.	
2	Виды и особенности вкладок, применяемых при дефектах коронок зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) InLay (тело вкладки не выходит за пределы бугров зуба) 2) OnLay (тело вкладки полностью перекрывает один или более бугров зуба) 3) OverLay (тело вкладки охватывает 4 из 5 стенок коронки зуба) 4) Pinlay (вкладка имеет дополнительный элемент фиксации — штифт (пин))	
3	Противопоказания к применению штифтовых конструкций?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) Некупированные патологические изменения в периапикальных тканях. 2) Непроходимость корневых каналов. 3) Короткие корни с истонченными стенками. 4) Атрофия костной ткани альвеолярного отростка у корня на 3/4 и более. 5) Разрушение корня более чем на 1/4 его длины. 6) Дефект какой-либо из стенок корня равный или больший 1/4 величины корня.	
4	Классификация штифтовых конструкций, применяемых в ортопедической стоматологии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) По виду штифтовые конструкции разделяют на штифтовые зубы, культевые штифтовые конструкции и восстановительные конструкции, реставрацию на штифтах. 2) По способу изготовления различают конструкции индивидуальные и стандартные. 3) По структуре материалов различают цельные и составные конструкции. 4) По способу соединения – сборные и цельные.	
5	Каким критериям должна соответствовать искусственная коронка?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) точно соответствовать форме восстанавливаемого зуба; 2) иметь хорошо выраженный экватор; 3) плотно на всем протяжении охватывать шейку зуба, погружаясь в десневой карман на 0,3 мм; 4) восстанавливать контактные пункты с соседними зубами; 5) не мешать смыканию зубных рядов в любых фазах окклюзионных движений нижней челюсти.	
6	Классификация искусственных коронок по материалу?	УК-1, ПК-1
	Ответ: - металлические (из сплавов благородных и неблагородных металлов; нержавеющей сталь, золото, кобальт-	

	хром, серебро-палладий); - неметаллические (пластмассовые, фарфоровые); - комбинированные (металлопластмассовые, металлокерамические, композиционно-стекловолоконные).	
7	Какие виды протезов применяют при дефектах коронковой части зуба?	ПК-2
	Ответ: применяют вкладки и искусственные коронки.	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-2</b>
1	Какие четыре группы дефектов зубных рядов различают, согласно классификации Гаврилова?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1) концевые односторонние и двусторонние дефекты; 2) включенный боковые (односторонние и двусторонние) и передние дефекты; 3) комбинированные; 4) дефекты при одиночно сохранившихся зубах	
2	Перечислите ведущие симптомы в клинике при частичной потере зубов.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: - наличие дефектов в зубном ряду; - распад зубного ряда на функциональные ориентированные группы зубов; - функциональная перегрузка отдельных групп зубов и травматическая окклюзия; - деформация окклюзионной поверхности зубных рядов; - снижение высоты нижнего отдела лица; - нарушение функции ВНЧС, жевания, речи и эстетики	
3	Какие мероприятия входят в специальную подготовку полости рта к протезированию?	УК-1, ПК-2
	Ответ: - терапевтические, - хирургические, - ортопедические, - ортодонтические.	
4	Дайте определение термину «мостовидный протез»	УК-1, ПК-2
	Ответ: мостовидный протез – это протез, имеющий две точки опоры и более на зубах, расположенных по обе стороны дефекта зубного ряда.	
5	На какой анатомический элемент мостовидные протезы передаются жевательное давление?	УК-1, ПК-2
	Ответ: мостовидные протезы передают жевательное давление на их пародонт.	
6	Перечислите элементы съемного пластиночного протеза.	ПК-2
	Ответ: базис, удерживающие элементы (кламмера) и искусственные зубы	
7	Как проводится лечение частичной вторичной адентии?	ПК-2
	Ответ: проводят мостовидными, съемными пластиночными и бюгельными зубными протезами.	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2</b>
1	На чем акцентируется внимание при опросе пациента при полной потере зубов?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: 1) жалобы 2) время и причины потери зубов 3) пользовался ли больной ранее съемными протезами	



2	Опишите 1 тип беззубой нижней челюсти по И.М. Оксману	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1 тип беззубой челюсти характеризуется высокой альвеолярной частью, низким расположением переходной складки и точек прикрепления уздечек, и щечных складок слизистой оболочки.	
3	Что относится к специальной подготовке протезирования при полной потере зубов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) операции исправления формы альвеолярной части; 2) пластика альвеолярного гребня; 3) создание искусственной лунки; 4) подсадка металлического поднадкостничного каркаса; 5) подготовка твердого неба; 6) устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки протезного поля; 7) углубление преддверия рта и дна полости рта.	
4	Перечислите способы фиксации полных съемных протезов.	УК-1, ПК-2
	Ответ: -механические, - биомеханические, - физические	
5	Дайте определение термину "протетическая плоскость"	УК-1, ПК-2
	Ответ: протетическая плоскость формируется на поверхности смыкания окклюзионных (прикусных) валиков. Она необходима для ориентирования окклюзионной поверхности искусственных зубов.	
6	Какие зоны выделяет Лунд, исходя из различной степени податливости слизистой оболочки?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1) область сагиттального шва, 2) альвеолярный отросток, 3) область поперечных складок, 4) задняя треть	
7	Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию включает в себя?	УК-2, ПК-2
	Ответ: 1. Операции исправления формы альвеолярного отростка, 2. Пластику альвеолярного отростка, 3. Создание искусственной лунки, 4. Подсадку металлического поднадкостничного каркаса, 5. Подготовку твердого неба, 6. Устранение тяжей и рубцов слизистой оболочки протезного поля, 7. Углубление преддверия и дна полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.2.7</b>	<b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы. Особенности ортопедического лечения.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Дайте определение ВНЧС и перечислите его основные элементы?	УК-1, ПК-1
	Ответ: височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и височной костями. Правое и левое сочленение физиологически образуют единую систему, движения в них совершаются одновременно. Височно-нижнечелюстной сустав состоит из следующих элементов: головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула и связки.	
2	Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава Ю.А. Петросова?	УК-1, ПК-1
	Ответ: I. Дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава: - нейромускулярный дисфункциональный синдром; - окклюзионно-артикуляционный	

	дисфункциональный синдром; - привычные вывихи в суставе (челюсти, мениска). II. Артриты: - острые инфекционные (специфические, неспецифические); - острые травматические; - хронические ревматические, ревматоидные и инфекционно-аллергические. III. Артрозы: - постинфекционные (неоартрозы); - посттравматические (деформирующие) остеоартрозы; - миогенные остеоартрозы; - обменные артрозы; - анкилозы (фиброзные, костные). IV. Сочетанные формы. V. Новообразования (доброкачественные и злокачественные) и диспластические (опухолевые) процессы.	
3	Опишите механизм развития артроза?	УК-1, ПК-1
	Ответ: в результате микротравм, воспаления, метаболических и нейродистрофических процессов изменяется нагрузка на суставные поверхности, нарушается синхронизация функционирования обоих височно-нижнечелюстных суставов, возникает дисфункция жевательных мышц. Все эти процессы в результате приводят к ухудшению трофики хряща, потере его эластичности, дистрофии и деструкции. Параллельно развивается перестройка костной ткани: образуются костные разрастания (остеофиты), головка нижней челюсти приобретает булавовидную, грибовидную или крючковидную форму, микроскопически в ней определяются явления остеопороза и остеосклероза. Закономерным итогом описанных патологических процессов становится деформация и нарушение конгруэнтности суставных поверхностей, асинхронность движений в нижней челюсти.	
4	Назовите этиологические факторы развития артроза ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	Ответ: артроз ВНЧС могут вызвать причины общего и местного характера. К общим следует отнести обменные, нейродистрофические, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания; к местным относятся: длительно текущий воспалительный процесс в суставе; чрезмерная нагрузка на суставную поверхность головки нижней челюсти, которая может быть связана с нервномышечным расстройством челюстно-лицевой области, например, с бруксизмом; с отсутствием зубов, особенно боковых, деформацией окклюзионной поверхности зубного ряда и патологической стираемостью. Указанные факторы могут сочетаться между собой.	
5	Как классифицируют вывихи нижней челюсти?	УК-1, ПК-1
	Ответ: вывихи нижней челюсти подразделяют в зависимости от направления смещения головки на: - передние и задние, - односторонние и двусторонние. По механизму возникновения: - острые и хронические (привычные, застарелые).	
6	Дайте определение понятию привычный вывих нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: привычные вывихи – систематически повторяющиеся, обусловленные слабостью связочного аппарата и окружающих его мышц и (или) анатомическими изменениями суставных концов.	

7	При артрите ВНЧС какие физиотерапевтические процедуры проводятся?	ПК-2
	Ответ: УВЧ, диатермия, электрофорез, сухое тепло, грязелечение.	
<b>Б1.Б.1.1.2.8</b>	<b>Ортопедическое лечение при заболеваниях тканей пародонта.</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Классификация преждевременных контактов по Дженкельсону?	УК-1, ПК-1
	Ответ: класс «I» — вестибулярные скаты щечных бугров нижних моляров, премоляров и вестибулярная поверхность передних нижних зубов. Класс «Ia» — оральные скаты щечных бугров верхних моляров и премоляров и оральная поверхность передних верхних зубов. Класс «II» — оральные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров. Класс «IIa» — вестибулярные скаты язычных бугров нижних моляров и премоляров. Класс «III» — вестибулярные скаты небных бугров верхних моляров и премоляров. Класс «IIIa» — оральные скаты щечных бугров нижних моляров и премоляров.	
2	Перечислите противопоказания к избирательному шлифованию?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Выраженное воспаление пародонта. В такой ситуации перед шлифовкой необходимо провести подготовительные терапевтические мероприятия: удалить зубные отложения, провести курс противовоспалительной пародонтальной терапии. Однако, следует иметь в виду, что преждевременные окклюзионные контакты могут поддерживать воспалительную реакцию. В этих случаях оба вида лечения следует проводить одновременно. 2. Резко выраженные аномалии и деформации зубочелюстной системы, подлежащие ортодонтическому, ортопедическому, хирургическому или комбинированному лечению. 3. Острые и хронические заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сопровождающиеся болевым синдромом мышечно-суставной дисфункции. Таким пациентам избирательное шлифование показано в стадии ремиссии.	
3	Перечислите виды шинирования при заболеваниях пародонта?	УК-1, ПК-2
	Ответ: временное и постоянное.	
4	Виды иммобилизации зубов по Курляндскому?	УК-1, ПК-2
	Ответ: сагиттальная, фронтальная; переднебоковая (из 2 шин); круговая (из 3 шин); парасагиттальная; круговая (единой шиной по дуге)	
5	Перечислите требования, предъявляемые к шинам?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1) создавать прочный блок из группы зубов, ограничивая их движения в трех направлениях: вертикальном, вестибуло-оральном, медио-латеральном (для передних) и переднезаднем (для боковых); 2) быть жесткой и прочно фиксированной на зубах; 3) не оказывать раздражающего действия на маргинальный пародонт; 4) не препятствовать медицинской и хирургической терапии десневого кармана; 5) не иметь ретенционных пунктов для задержки пищи; 6) не	

	создавать своей окклюзионной поверхностью блокирующих моментов движению нижней челюсти; 7) не нарушать речи больного; 8) не вызывать грубых нарушений внешнего вида больного; 9) изготовление шины не должно быть связано с удалением большого слоя твердых тканей коронок зубов.	
6	Цели непосредственного протезирования при заболеваниях пародонта?	ПК-2
	Ответ: непосредственное протезирование при патологии пародонта позволяет сохранить высоту прикуса, избежать перегрузки пародонта сохранившихся естественных зубов, осложнений от удаления зубов, обеспечить социальную активность больному и благоприятные, условия для адаптации (в том числе фонетической) к постоянному зубному протезу (замещающему, шинирующему).	
7	Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?	ПК-2
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Стоматология хирургическая</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.3.1</b>	<b>Местное обезболивание (анестетики, виды анестезии, техника проведения, показания, противопоказания)</b>	<b>УК-1, ОПК-10, ПК-2</b>
1	Дайте определение понятию «местная анестезия»?	УК-1, ПК-2
	Ответ: местная анестезия — это обратимая местная потеря чувствительности, сопровождающаяся блокадой проведения нервных импульсов по нервным окончаниям.	
2	Классификация местных анестетиков по поколениям?	УК-1, ПК-2
	1. кокаин (1884 год); 2. новокаин (1905 год); 3. лидокаин (1947 год); 4. прокаин (1950 год); 5. ультракаин (1976 год).	
3	Классификация местных анестетиков по химической структуре?	УК-1, ПК-2
	Ответ: эферы: бензокаин (анестезин); прокаин (новокаин); кокаина гидрохлорид; тетракаин (дикаин).  Амиды: лидокаин; тримекаин; бупивакаин;	

	артикаин; бумекаин.	
4	Показания для проведения местной анестезии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: лечение осложненных форм кариеса и заболеваний пародонта; удаление одного или группы зубов; удаление ретинированных или дистопированных зубов; удаление корней зубов; острые гнойные воспалительные процессы челюстных костей; воспалительные контрактуры височно-нижнечелюстного сустава; мелкие оперативные вмешательства.	
5	Противопоказания для проведения местной анестезии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: сердечная недостаточность; тиреотоксикоз; сахарный диабет; бронхиальная астма; глаукома; прием В-блокаторов; аллергическая реакция на МА; психические заболевания пациента.	
6	Требования к местным анестетикам?	УК-1, ПК-2
	Ответ: быстрый эффект обезболивания; продолжительность действия; обратимость действия; не оказывать токсического действия на организм человека; не вызывать аллергических реакций на организм человека; обладать продолжительными сроками хранения; обладать стабильностью к определенным условиям хранения; обладать широтой применения.	
7	Дайте определение понятию «вазоконстрикторы»?	УК-1, ПК-2
	Ответ: вазоконстриктор - вещество, вызывающее вазоконстрикцию, т.е. сужение кровеносных сосудов и уменьшение кровотока в них.	
8	Наиболее частая причина обморока при местной анестезии – это?	УК-1, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: гипоксия головного мозга	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<b>Операция удаления зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	Показания к удалению зубов во временном прикусе (до 6 лет)?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1.временные зубы, с которыми ребенок родился и которые препятствуют естественному вскармливанию; 2.острые одонтогенные заболевания (гнойный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит); 3.неэффективное лечение хронического гранулирующего периодонтита; 4.рассасывание корня больше чем на 1/2 его длины и подвижность зуба II—III степени; 5.удаление вследствие травмы или травматическая дистопия резцов при наличии резорбции корней; 6.перелом коронки на уровне шейки или верхней трети корня при его резорбции.	
2	Показания к удалению зубов в сменном прикусе (от 6 до 11 лет)?	УК-1, ПК-2

	<p>1.острые одонтогенные заболевания (гнойный периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит);</p> <p>2.острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей;</p> <p>3.острый пульпит и периодонтит временных моляров у детей 9-10лет при наличии зачатков постоянных зубов;</p> <p>4.неэффективность лечения хронического периодонтита временных и постоянных зубов;</p> <p>5.распространение очага воспаления на межкорневую перегородку постоянных или временных многокорневых зубов;</p> <p>6.наличие временного зуба или его корня, когда постоянный уже прорезался;</p> <p>7.замедленная резорбция корней временного зуба, мешающая своевременному прорезыванию постоянного;</p> <p>8.все виды травматических переломов корня временного зуба и перелом корня постоянного при невозможности использования его под штифтовый зуб;</p> <p>9.перелом коронки зуба, если корень его находится в стадии рассасывания;</p> <p>10.удаление временного зуба вследствие травмы.</p>	
3	Общие противопоказания к удалению зубов?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>1. инфекционные заболевания в острую стадию развития (грипп, ОРВИ, ангина, дифтерия, гепатит А и т.п.);</p> <p>2.системные заболевания крови: лейкоз, лейкемия, агранулоцитоз, гемофилия и пониженная свертываемость крови, болезнь Верльгофа и др.;</p> <p>3.беременность до 3-го и после 7-го мес;</p> <p>4.менструация (за 2-3 дня до и спустя такой же срок после неё);</p> <p>5.эндокринные заболевания в стадии декомпенсации;</p> <p>6.диабетическая кома;</p> <p>7.гипо- и гипертиреоз в стадии обострения;</p> <p>8.заболевания сердечно-сосудистой системы в состоянии обострения или декомпенсации: острый инфаркт миокарда, стенокардия покоя, гипертонический криз, различные виды аритмий и т.д.;</p>	
4	Местные противопоказания к удалению зубов?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>1.острое герпетическое поражение СОПР, красной каймы губ и кожи;</p> <p>2.язвенные гингивиты и стоматиты;</p> <p>3.расположение зуба в зоне злокачественной или сосудистой опухоли.</p>	
5	Показания к применению общего наркоза при удалении зубов у детей?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>1.масштабность и высокая степень травматичности предстоящего хирургического вмешательства;</p> <p>2.наличие у ребенка аллергии на традиционные препараты, применяемые для местной анестезии;</p>	

	3.выраженный рвотный рефлекс, в значительной степени осложняющий проведение хирургической операции по удалению детского зуба; 4.иррациональный, панический страх маленького пациента перед стоматологическим креслом и оперативным вмешательством; 5.нарушение психики (шизофрения, олигофрения и т.д.); 6.совсем ранний возраст у детей.	
6	Как называется операция для устранения острых краев альвеолы?	ПК-2
	Ответ: операция называется альвеолэктомия	
7	Какие основные противоэпидемические мероприятия Вы знаете?	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: Ответ: регистрация и оповещение; эпидемиологическое обследование; выявление, изоляция и госпитализация заболевших; режимно-ограничительные мероприятия; общая и специальная экстренная профилактика; обеззараживание эпидемического очага; санитарно-разъяснительная работа.	
8	Дайте определение понятию заболеваемость?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: заболеваемость– медико-статистический показатель, определяющий число заболеваний (распространенность, структуру и динамику), впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории.	
9	Осложнения после удаления зуба?	ПК-2
	Ответ: раннее и позднее луночное кровотечение, кровотечение из мягких тканей, окружающих лунку удаленного зуба (корня); альвеолит; свищ верхнечелюстного синуса или одонтогенный гайморит со свищем в области лунки удаленного зуба (корня); травматический неврит и невралгия; остеомиелит лунки удаленного зуба; остеомиелит челюсти; экзостозы в области лунки удаленного.	
10	Подготовка к операции по удалению зуба?	ПК-2
	Ответ: Обследование, подготовка больного, подготовка рук врача, подготовка операционного поля, обезболивание.	
11	Что такое медицинская документация ?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.	
<b>Б1.Б.1.1.3.3</b>	<b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Дайте определение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?	УК-1, ПК-1

	<p>Ответ: эти заболевания могут развиваться в связи с проникновением микробов одонтогенным, гематогенным и лимфогенным путем, а также в результате травмы. Острые воспалительные процессы относятся к той категории болезней, при которых обычно показаны лечебные вмешательства в первые часы обращения больных за медицинской помощью, т. е. являются заболеваниями требующими экстренного хирургического вмешательства.</p>	
2	<p>Этиология воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: возбудителями гнойных заболеваний челюстно-лицевой области являются стафилококки, стрептококки, кишечная и синегнойная палочки, протей, анаэробы и другие микроорганизмы, а также их ассоциации. Из одонтогенных очагов по данным АА.Тимофеева наиболее часто высевались монокультуры золотистого (47,6%) и эпидермального (33,3%) стафилококков, реже - стрептококк (19,1%) , т.е. наиболее патогенные их формы.</p> <p>В последнее время все большее значение в этиологии воспалительных заболеваний лица и шеи уделяют условно патогенным микроорганизмам - облигатным неспорообразующим анаэробным бактериям. Среди них наиболее часто встречаются бактероиды и фузобактерии. В норме эти микроорганизмы обитают на слизистой оболочке полости рта. При снижении иммунологической реактивности организма они могут приобретать патогенные свойства и вызывать гнойно-воспалительные процессы.</p>	
3	<p>Патогенез воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: в ответ на микробную агрессию организм больного отвечает включением системы различных приспособительных и защитных реакций организма, определяемых как реактивность. Реактивность организма в основном определяется состоянием неспецифических и специфических защитных факторов.</p> <p>Неспецифические реакции являются первичным и обеспечивают защиту организма при встрече его с возбудителями независимо от их видовой принадлежности и играют определенную роль при защите от условно –патогенных микроорганизмов. Специфические реакции, или иммунитет, определяет возможность защиты от конкретных антигенных раздражителей –микробов. Эти две системы работают во взаимодействии в разные периоды онтогенеза и разных фазах иммуногенеза.</p>	
4	<p>Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ:одонтогенные воспалительные заболевания 1.челюстей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-периодонтит (острый, хронический, обострившийся);</li> <li>-периостит (острый, хронический, обострившийся);</li> <li>-остеомиелит (острый, хронический, обострившийся);</li> </ul>	



	-альвеолит (острый, хронический); -гайморит (острый, хронический, обострившийся); 2) мягких тканей: -лимфаденит (острый и хронический); -воспалительный инфильтрат; -абсцессы; -флегмоны; -подкожная гранулема лица; -перикоронарит (неосложненные и осложненные формы).	
5	Классификация неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. фурункул, карбункул лица, особенности течения, диагностика, лечение. 2. сибирская язва, рожистое воспаление — роль и задачи стоматолога при выявлении этих контагиозных заболеваний.	
6	В чем заключается профилактика остеомиелита челюсти?	ПК-2, ПК-4
	Ответ: в своевременном и правильном лечении очагов одонтогенной инфекции, общем оздоровлении организма	
7	Общие принципы лечения?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: лечение больных является комплексным и включает: хирургическое пособие, адекватное дренирование раны, антимикробную терапию, дезинтоксикационную терапию, санацию и местное лечение гнойной раны, корригирующую иммунотерапию, устранение нарушений функций жизненно важных органов, общеукрепляющее и физиотерапевтическое лечение.	
8	Профилактика периодонтита?	ПК-4
	Ответ: профилактика основывается на санации полости рта, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, а также проведения гигиенических мероприятий	
<b>Б1.Б.1.1.3.4</b>	<b>Травма челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Виды остеосинтеза.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3</b>
1	Назовите классификацию травм (ВОЗ)?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: класс I. ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями. класс II. неосложненный перелом коронки зуба. класс III. осложненный перелом коронки зуба. класс IV. полный перелом коронки зуба. класс V. коронково-корневой продольный перелом. класс VI. перелом корня зуба. класс VII. вывих зуба неполный. класс VIII. полный вывих зуба.	
2	Назовите типы переломов тела верхней челюсти по классификации Лефора?	ОПК-4, ПК-1

	Ответ: первый тип перелома верхней челюсти (перелом Герена-Лефора); второй тип перелома (суборбитальный, средний); третий тип переломов ( суббазальный, верхний ).	
3	Назовите виды вывихов зуба?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: различают: неполный вывих (экструзия), полный вывих (авульсия), вколоченный вывих (интрузия).	
4	Классификация переломов нижней челюсти?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1) открытые и закрытые; 2) полные и неполные; 3) одиночные, двойные, множественные; 4) односторонние и двухсторонние; 5) линейные и оскольчатые; 6) со смещением отломков и без смещения; 7) травматические и патологические; 8) прямые и не прямые.	
5	Дайте определение понятию «остеосинтез»?	УК-1, ПК-2
	Ответ: остеосинтез - хирургический метод соединения костных отломков и устранения их подвижности с помощью фиксирующих приспособлений.	
6	Назовите виды постоянной иммобилизации?	ПК-2
	Ответ: для лечебной иммобилизации применяют ортопедические и оперативные методы.	
7	Когда приступают к лечебной физкультуре при переломах челюстей?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: лечебная физкультура показана в стадии сформировавшегося молодого регенерата после снятия шин (4-5 неделя после перелома).	
8	Клиническая картина ушиба зуба?	ОПК-4. ОПК-7, ПК-1
	При осмотре может выявляться незначительная подвижность травмированного зуба в одном направлении, болезненная перкуссия (постукивание), никаких изменений окружающих тканей и зуба не отмечается.	
<b>Б1.Б.1.1.3.5</b>	<b>Заболевания слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	Назовите опухолеподобные поражения слюнных желез?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: сиалоаденоз (сиалоз), онкоцитоз, некротизирующая сиалометаплазия, доброкачественное лимфоэпителиальное поражение (болезнь Микулича) и лимфоэпителиальные кисты околоушных слюнных желез, сопутствующие ВИЧ-инфекции.	
2	Аутоиммунные заболевания слюнных желез?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: аутоиммунные заболевания слюнных желез представлены синдромом Шегрена, характеризующимся триадой в виде сухого кератоконъюнктивита, ксеростомии и какого-либо из заболеваний аутоиммунной природы (ревматоидный артрит, склеродермия, СКВ и др.), и болезнью	

	Шегрена с изолированным поражением слюнных желез, при котором обнаруживают антитела к эпителию их протоков (см. главу ревматические болезни).	
3	Опишите жалобы при сиалодохите?	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: периодическое припухание слюнных желез, иногда связанные с приемом пищи или жеванием жевательной резинки и боли, возникающие в момент увеличения слюнных желез. При обострении появляется гноетечение из выводных протоков.</p> <p>В начальной стадии клинические симптомы выражены слабо, поэтому больные могут не обращаться. В стадии выраженных признаков клинические проявления носят постоянный характер, появляются изменения по ходу главных выводных протоков: инфильтрация клетчатки, отек, иногда гиперемия слизистой вокруг протоков, устья выводного протока, уплотнение и деформация самих протоков.</p>	
4	Диагноз синдром Шегрена устанавливают?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: на основе цитологического исследования, сиалометрии и сиалографии.	
5	В чем заключается профилактика острых сиалоденитов:	ПК-2, ПК-4
	Ответ: в антисептической обработке полости рта, использованием препаратов для усиления саливации, а также употребление продуктов стимулирующих слюноотделение.	
6	Назовите специальные методы обследования ВНЧС?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рентгенография и томография с использованием специальных укладок;</li> <li>2. компьютерная томография;</li> <li>3. рентгенцефалометрия;</li> <li>4. рентгенокинофлюорография;</li> <li>5. артрография;</li> <li>6. артроскопия;</li> <li>7. ядерно-магнитный резонанс;</li> <li>8. методы регистрации движений нижней челюсти.</li> </ol>	
7	Виды заболеваний височно-нижнечелюстного сустава?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. вывих сустава;</li> <li>2. артрит;</li> <li>3. артроз;</li> <li>4. анкилоз;</li> <li>5. мышечно-суставная дисфункция.</li> </ol>	
8	Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с начальной стадией сиалоденита?	ПК-3
	Ответ один раз в год	
9	В течении какого времени проводят при необходимости гальванизацию слюнных желез ?	ПК-2
	Ответ: 30 дней.	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта.</b>	<b>УК-1. ПК-2, ПК-4</b>
1	Дайте определение понятию «гингивотомия»?	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: <b>гингивотомия</b> относится к разряду хирургических операций для лечения пародонтита и заключается в рассечении десневой стенки кармана на локализованном участке по вертикальной линии от десневого края до переходной складки с последующим открытым кюретажем (выскабливанием) зубодесневого кармана с целью удаления патологически измененной ткани (грануляций, разрастаний эпителия, твердых образований на корне зуба).</p>	
2	<p>Назовите требования при проведении кюретажа?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1.полная анестезия оперируемого участка;2.бережное отношение к обрабатываемым тканям; 3.соблюдение правил гигиены в послеоперационном периоде; 4.защита кровяного сгустка.</p>	
3	<p>В течение какого времени проходит заживление операционной раны после кюретажа?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: заживление операционной раны после кюретажа происходит в течение недели.</p>	
4	<p>Кюретаж - это?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: кюретаж - удаление патологических грануляций и обработка поверхности корня зуба без образования слизисто-надкостничного лоскута.</p>	
5	<p>Перечислите возможные осложнения открытого кюретажа ?</p>	ПК-2
	<p>Ответ:1.кровотечение;2.гноетечение из кармана;3.ретроградный пульпит .</p>	
6	<p>Показания к операции Видмана- Неймана?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: подвижность зубов второй степени и наличие пародонтальных карманов не превышающих 1/2 длины корня</p>	
7	<p>Перечислите возможные осложнения лоскутных операций?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1.обнажение шеек зубов; 2.некоторая травматичность; 3.снижение высоты альвеолярного отростка;4.увеличение подвижности зубов; 5. косметический дефект.</p>	
8	<p>Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?</p>	ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: профессиональная гигиена полости рта</p>	
9	<p>Основным методом профилактики заболеваний пародонта является?</p>	ПК-4
	<p>Ответ: профессиональная гигиена полости рта.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.7</b>	<p><b>Неврогенные заболевания лица и челюстей.</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	<p>Назовите этиологические факторы невралгии тройничного нерва?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: 1.сужение костных каналов; 2.воспалительные процессы придаточных пазух носа; 3.воспалительные процессы зубочелюстной области; 4.опухоли; 5.сосудистая патология; 6.инфекции.</p>	
2	<p>С чем проводят дифференциальную диагностику невралгии тройничного нерва?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: дифференциальный диагноз проводится с</p>	

	патологическими состояниями, характеризующимися лицевой и/или краниальной болью. К таким заболеваниям относятся пульпит, темпоромандибулярная боль, нейропатическая тригеминальная боль, пароксизмальная гемикрания.	
3	Назовите код МКБ невралгии тройничного нерва?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: G50.0 невралгия тройничного нерва	
4	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику синдрома болевой дисфункции?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференцируют от артрита ВНЧС, невралгии тройничного нерва, окклюзионно- артикуляционного синдрома	
5	Причины развития неврита тройничного нерва?	УК-1, ПК-1
	Ответ: инфекции, интоксикации, местные воспалительные процессы, травмы, затяжного характера невралгии.	
6	Назовите основные и дополнительные диагностические мероприятия проводимые при неврите тройничного нерва?	ПК-1
	Ответ: МРТ головного мозга и КТ головного мозга.	
7	Виды лечения невралгии тройничного нерва?	ПК-2
	Ответ: консервативное и хирургическое.	
8	Какое физиотерапевтическое лечение применяется при неврите тройничного нерва?	ПК-2
	Ответ: флюктуоризация, электрофорез с ферментами и витаминами.	
9	Стволы тройничного нерва?	УК-1, ПК-1
	Ответ: глазной нерв выходит из полости черепа через верхнюю глазничную щель и надглазничную вы- резку; верхнечелюстной нерв — через круглое отвер- стие, далее через нижнеглазничную щель, под- глазничный канал и образует малую «гусиную лапку»; нижнечелюстной нерв — из полости черепа через овальное отверстие, далее в нижнечелюст- ной канал и выходит через подбородочное от- верстие нижней челюсти.	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.4.1</b>	<b>Анатомо-физиологические особенности строения зубочелюстной системы детей. Эндо- и экзогенная профилактика заболеваний зубов в детском возрасте.</b>	<b>УК-1, ОПК-5, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Назовите основные методы эндогенной профилактики заболеваний зубов у детей?	ПК-4
	Ответ: специфическая эндогенная профилактика предусматривает: 1. фторирование питьевой воды 2. фторирование молока	

	3. фторирование соли 4. приём таблеток фторида натрия	
2	Укажите основные причины для проведения фторирования молока?	УК-1, ОПК-5
	Ответ: фторирование молока является эффективным методом профилактики. Молоко давно привлекает к себе внимание исследователей по целому ряду причин, так как: является необходимым компонентом питания ребенка, особенно в первые годы жизни; владеет ценными питательными свойствами, необходимыми для детского организма; является основным источником кальция и фосфора, необходимых для строения тканей костей и зубов; содержит также высокий уровень кальция, фосфора и лактоза, которая расщепляет углеводы. Подобный состав позволяет молоку вносить свой вклад в процесс реминерализации эмали зубов и в ее защиту.	
3	Что относится к средствам экзогенной профилактики заболеваний зубов в детском возрасте?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: 1) профессиональная гигиена полости рта; 2) индивидуальная гигиена полости; 3) средства, применяемые для насыщения поверхности зуба минеральными компонентами.	
4	Назовите противопоказания к герметизации фиссур?	ПК-2
	Ответ: -наличие интактных (не поврежденных) широких, хорошо сообщающихся фиссур; зубы со здоровыми ямками и фиссурами, но имеющие кариозные поражения на апроксимальных (межзубных) поверхностях; ямки и фиссуры, сохраняющиеся здоровыми в течение 4-х и более лет, не требуют запечатывания; плохая гигиена полости рта.	
5	Назовите техники герметизации фиссур?	ПК-2
	Ответ: неинвазивная — изоляция фиссур герметиками в целях ограничения реальных зон риска от действия кариесогенных факторов полости рта. Инвазивная герметизация — герметизация с предварительной расшлифовкой эмали. Консервативная адгезивная реставрация — профилактическое лечение, включающее препарирование на жевательной поверхности моляров и премоляров небольшой кариозной полости (до 2 мм в диаметре), непосредственное ее пломбирование с помощью различных пломбировочных материалов и последующее нанесение герметика на поверхность пломбы и прилегающих к ней здоровых ямок и фиссур.	
6	Перечислите данные об исходном уровне минерализации фиссур (ИУМ)?	УК-1, ОПК-5
	Ответ: высокий ИУМ – эмаль, окружающая фиссуры плотная, блестящая, зонд скользит по ее поверхности. Такие фиссуры кариесрезистентны в течении длительного периода времени; средний ИУМ – единичные фиссуры имеют меловидный цвет, иногда отмечается задержка зонда в наиболее глубокой фиссуре. Распространенность кариеса к концу периода созревания 80%; низкий ИУМ – эмаль лишена блеска, цвет всех фиссур меловидный имеется возможность извлечь зондом	

	размягченную эмаль. К году после прорезывания 100% распространенность кариеса.	
7	Первым этапом контролируемой чистки зубов является?	ПК-5
	Ответ: определение гигиенического состояния полости рта пациента	
<b>Б1.Б.1.1.4.2</b>	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы. Некариозные поражения твердых тканей зуба</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
1	Дайте определения следующим понятиям: распространенность кариеса, интенсивность кариеса, прирост интенсивности кариеса?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: распространенность кариеса представляет собой удельный вес (в %) лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы, если прикус постоянный, во временном прикусе это кариозные и пломбированные зубы и при смешанном прикусе — сумма КПЦ+КП от общего количества осмотренных детей; интенсивность поражения — среднее количество зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К,к), запломбированных (П,п) и удаленных (У) на одного обследованного ребенка; прирост интенсивности — увеличение индекса КПУ, кп или КПУ+кп за году одной и той же возрастной группы детей.	
2	Классификация кариеса у детей по Виноградовой. Особенности течения кариеса постоянных зубов при разных степенях интенсивности процесса?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. По степени активности заболевания (исходя из КПУ.): компенсированная; субкомпенсированная; декомпенсированная форма. 2. Классификация кариозного поражения: - по локализации: фиссурный кариес; апроксимальный; пришеечный; - по глубине поражения тканей: начальный; поверхностный; средний; глубокий; 3) по последовательности возникновения: первичный; вторичный (рецидивирующий); 4) по патологическим изменениям: нарушение в стадии пятна — белого, серого, коричневого, черного; средний углубленный (клинически — глубокий); глубокий перфоративный кариес (клинически пульпит).	
3	Патанатомия поверхностного кариеса?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: при поверхностном кариесе определяется участок деструкции эмали без нарушения эмалево-дентинного соединения и без изменений в дентине. При прогрессировании процесса происходит разрушение эмалево-дентинного	

	соединения, и возникает следующая стадия кариозного процесса.	
4	Патанатомия среднего кариеса?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: средний кариес характеризуется тремя зонами, которые выявляются при исследовании шлифа зуба в световом микроскопе: 1— распада и деминерализации; 2— прозрачного и интенсивного дентина; 3— заместительного дентина и изменений в пульпе зуба. В первой зоне — видны остатки разрушенного дентина и эмали с большим количеством микроорганизмов. Дентинные трубочки расширены, заполнены бактериями. Во второй зоне наблюдается разрушение дентинных отростков одонтобластов, где находится огромное количество микроорганизмов и продуктов их распада. В третьей зоне соответственно очагу кариозного поражения образуется слой заместительного дентина, который отличается от нормального здорового дентина менее ориентированным расположением дентинных канальцев.	
5	Патанатомия глубокого кариеса	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: при исследовании шлифа зуба с глубокой кариозной полостью в световом микроскопе выявляются, как и при среднем кариесе, три зоны: 1— распада и деминерализации; 2 — прозрачного и интактного дентина; 3 — заместительного дентина и изменений в пульпе зуба.	
6	Как классифицируются некариозные поражения зубов у детей	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: поражение зубов, которые возникают в период фолликулярного развития их тканей, то есть до прорезывания зубов: 1) гипоплазия; 2) гиперплазия эмали; 3) эндемический флюороз зубов; 4) аномалии развития и прорезывания зубов, 5) изменения их цвета; 6) наследственные нарушения развития зубов. Поражение зубов, которые возникают после их прорезывания: 1) клиновидный дефект; 2) эрозия зубов; 3) некроз твердых тканей зубов; 4) стирание твердых тканей; 5) гиперестезия зубов; 6) травма зубов; 7) пигментация зубов и налеты.	
7	Назовите классификацию эрозии эмали по глубине поражения?	УК-1, ОПК-5
	Ответ: в зависимости от глубины дефекта различают эрозию зуба 3-х степеней: I степень (поверхностная, начальная) – с поражением только верхнего слоя эмали, II степень (средняя) – с поражением эмали по всей глубине до эмалево-дентинной границы, III степень (глубокая) – с поражением всей эмали и верхнего слоя дентина.	
8	Перечислите эндогенные причины возникновения некроза твердых тканей?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к эндогенным причинам разрушения эмали и дентина относятся нарушения функции желёз внутренней секреции (тиреотоксикоз, патология беременности), нарушение функций центральной нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта (гиперацидный гастрит). При эндокринных	



	нарушениях изменяется минеральный состав тканей зуба, а при проблемах с пищеварительным трактом происходит разрушение тканей зуба кислотой желудочного сока	
9	Опишите аномалию зубов при системной гипоплазии?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: зубы Гетчинсона- характерна отверткообразная и бочкообразная формы коронок, причем размер у шейки больше, чем у режущего края, который имеет полулунную выемку. Иногда она покрыта эмалью, но в ряде случаев дно выемки лежит в пределах дентина. Зубы Фурнье напоминают по форме зубы Гетчинсона, но без полулунной выемки по режущему краю. Зубы Пфлюгера — первые моляры, имеющие форму конуса, размер коронковой их части в области шейки больше, чем у жевательной поверхности, а бугры недоразвиты.	
10	Назовите формы флюороза?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1) штриховая форма — появление штрихов — подповерхностно расположенных меловидных полосок эмали. Чаще встречается на вестибулярной поверхности резцов в/ч. 2) Пятнистая форма — множественные меловидные пятна без полос. Эмаль в области пятна гладкая, блестящая. 3) Меловидно-крапчатая форма — эмаль всего зуба матового оттенка с четкими пигментированными пятнами-крапинками. Дно таких крапинок грязно-серое/коричневое. 4) Эрозивная форма — выраженная пигментация и эрозии. Возможны глубокие дефекты. Эмаль быстро стирается, впоследствии обнажается дентин. 5) Деструктивная форма — нарушение формы коронки из-за эрозий и истирания. Зубы более хрупкие, возможен отлом части коронки.	
11	Укажите оптимальную концентрацию фтора в питьевой воде?	УК-1, ОПК-5
	Ответ: 0,7- 1 мг/л	
12	Как называется травматическое повреждения зуба в виде частичного смещения корня зуба из альвеолы ?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: неполный вывих.	
13	Какие материалы называются нанокомпозитами?	ПК-2
	Ответ: это материалы, наполнитель которых изготовлен с использованием нанотехнологий – процессов, происходящих в пространстве с линейными размерами 0,1-100 нм (0,001-0,1 микрона)	
14	Что является ведущим показателем эффективности работы врача-стоматолога?	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8. ПК-6
	Ответ: ведущим показателем эффективности работы врача-стоматолога является уровень стоматологического здоровья населения.	
<b>Б1.Б.1.1.4.3</b>	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения осложненного кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы для корневых каналов.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, УК-2, ПК-4</b>
1	Перечислите хронические формы пульпитов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: фиброзный, гипертрофический, гангренозный.	

2	Что позволяет оценить рентгенологический метод при лечении осложненного кариеса временных и постоянных зубов?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: степень сформированности корня, физиологическую или патологическую резорбцию корней, степень выраженности процесса; наличие зачатков постоянных зубов, степень их минерализации, состояние компактной пластинки, положение фолликулы в челюстной кости и по отношению к временным зубам, сравнительную оценку с симметричными зубами или зубами одного периода развития; состояние костной ткани: изменение плотности костной ткани, рисунок, наличие очагов деструкции или признаков продуктивного процесса, разрежение костной ткани, его размер, четкость контура, распространенность процесса в сторону соседних зубов либо фолликулы, присутствие кисты, ее размер, положение, содержание в полости зачатка постоянного зуба; состояние тканей периодонта: расширение периодонтальной щели, целостность компактной пластинки костной стенки альвеолы - направление, источник свищевого хода.</p>	
3	Назовите показания для проведения пульпотомии во временных зубах?	ПК-2
	<p>Ответ: данный метод применяют во всех зубах с сформированными корнями.</p>	
4	Когда можно проводить пульпотомию в постоянных зубах?	ПК-2
	<p>Ответ: метод показан при травматическом пульпите с поздними сроками обращения, пульпите однокорневых зубов вследствие осложнений кариеса, применяется в однокорневых зубах с незавершенным формированием корня</p>	
5	Перечислите показания к удалению зуба при хроническом гранулирующем периодонтитом молочных зубов?	ПК-2
	<p>Ответ: менее 2-х лет до физиологической смены ;подвижность зуба II-III степени; резорбция корня, в том числе внутренняя; -коронковая часть зуба значительно разрушена и не подлежит восстановлению; выраженный воспалительный очаг деструкции костной ткани, когда есть угроза вовлечения в воспалительный процесс зачатка постоянного зуба; III, IV, V группа здоровья.</p>	
6	Назовите анатомические особенности периодонта постоянных зубов с несформированными корнями?	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: широкий просвет апикального отверстия и отсутствие анатомического апикального сужения; неправильная форма поперечного сечения несформированного апикального отверстия; расширение просвета канала от устья к апексу; выраженное воронкообразное расширение в апикальном отделе корневого канала; малая толщина и низкая прочность стенок корневого канала; низкая степень минерализации корневого дентина.</p>	
7	Особенности клинического течения острого периодонтита у детей?	ОПК-4, ПК-1

	<p>Ответ: стремительное развитие процесса; преобладает явления экссудации; отмечают выраженную реакцию окружающих тканей и лимфатических узлов; часто возникает нарушение общего самочувствия (симптом интоксикации организма-слабость, повышение температуры тела, бледность кожных покровов, отсутствие аппетита, нарушение сна); в клиническом анализе крови отмечают повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и лейкоцитоз.</p>	
8	<p>Проводиться ли диспансерное наблюдение после лечения пульпита в молочных зубах ?</p>	ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: проводиться</p>	
9	<p>Встречается ли хронический фиброзный периодонтит во временных зубах?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: не встречается.</p>	
10	<p>Назовите особенности строения периодонта и прилегающих тканей у детей?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: отсутствие стабильной структуры и толщины периодонта верхушечной части в период формирования корней; периодонт представлен более рыхлой соединительной тканью; большое количество клеточных элементов и кровеносных сосудов; широкое апикальное отверстие и периодонтальная щель; близкое расположение зачатка постоянного зуба; сниженная минерализация костной ткани челюстных костей.</p>	
11	<p>Основные группы пломбирочных материалов для корневых каналов?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: силлеры и филлеры</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<p><b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	<p>Назовите основную причину возникновения декубитальной язвы в детском возрасте?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Одной из причин декубитальной язвы у детей первых недель или месяцев жизни является травма зубами или одним зубом, прорезавшимся до рождения ребенка или в первые дни и недели после рождения. Преждевременно прорезываются обычно один или два центральных резца, преимущественно на нижней челюсти. Эмаль или дентин этих зубов недоразвиты, режущий край истончен и во время сосания груди травмирует уздечку языка, что приводит к образованию язвы</p>	
2	<p>На основании чего ставится диагноз острый герпетический стоматит?</p>	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: Диагноз острого герпетического стоматита устанавливают на основании клинической картины и эпидемиологии заболевания. Для уточнения диагноза рекомендуется производить цитологическое исследование материала с герпетических эрозий, чтобы обнаружить так называемые гигантские многоядерные клетки, которые характерны для герпеса.</p>	
3	<p>Назовите этиологические факторы ХРАС?</p>	ОПК-4, ПК-1

	<p>Ответ: 1) аллергические состояния, сопровождающиеся гиперчувствительностью к лекарственным, пищевым, микробным и вирусным аллергенам, 2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта, 3) респираторные инфекции, 4) травмы слизистой оболочки. ХРАС может возникать у детей. Оной из причин развития заболевания у детей может быть глистная инвазия. Болезнь может продолжаться десятилетиями, не угрожая жизни больного.</p>	
4	<p>Назовите формы кандидоза у детей?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: псевдомембранозная, эритематозная (атрофическая) и гиперпластическая. Они могут развиваться как самостоятельные формы поражения, либо как переходные, начинаясь с эритематозной (как острое состояние), и в последующем по мере хронизации процесса трансформироваться в вышеперечисленные варианты.</p>	
5	<p>Изменения СОПР при остром лейкозе?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Клиническая картина поражений полости рта при развернутой фазе лейкоза складывается из 4-х основных синдромов: гиперпластического, геморрагического, анемического и интоксикационного. Гиперплазия тканей (безболезненные бляшки и разрастания на десне, спинке языка, небе) нередко сочетается с некрозом, язвенными изменениями. В основе геморрагического синдрома лежит резкая тромбоцитопения и анемия. Клинические проявления различны: от мелкоочечных и мелкопятнистых высыпаний до обширных подслизистых и подкожных кровоизлияний (экхимозов). На языке нередко обнаруживаются гематомы.</p>	
6	<p>Назовите основные принципы в лечении заболеваний СОПР?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1) этиотропное лечение; 2) патогенетическое лечение; 3) симптоматическое лечение.</p>	
7	<p>Назовите возрастные периоды развития СОПР у детей ?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: у детей выделяются 3 возрастных периода развития СОПР: 1.период новорожденности (от 1 до 10 дней) и грудной (от 10 дней до 1 года). 2.ранний детский период (1—3 года). 3. первичный (4—7 лет) и вторичный (8—12 лет) детские периоды.</p>	
8	<p>Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является?</p>	ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: сошлифовывание острых краёв зубов, пломб</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<p><b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация.</b></p>	УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5
1	<p>Какие стадии выделяют в формировании корня и периодонта?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: 1.стадия роста корня и формирования краевого периодонта. Ростковая зона на рентгенограмме значительной величины, овальной формы. 2.Стадия несформированной верхушки корня и формирования бокового периодонта. Длина корня нормальной величины, стенки параллельны. Канал корня</p>	

	широкий, в области верхушки в виде раструба, ростковая зона полуовальной формы. 3.Стадия незакрытой верхушки корня. Канал корня широкий, суживается по направлению к верхушке. Верхушечное отверстие широкое, незакрытое. Ростковая зона рентгенологически представляется у верхушки значительно расширенным периодонтальным пространством. 4.Стадия закрытой верхушки корня. Периодонтальная щель у верхушки несколько расширена, верхушечный периодонт в стадии формирования.5.Стадия законченного формирования периодонта.	
2	Микрофлора полости рта вызывающая развитие патологии пародонта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: часто встречающиеся: <i>Porphyromonas gingivalis</i> , <i>Prevotella intermedia</i> , <i>Actinobacillus actinomycetem comitans</i> , <i>Spirochaetes</i> ( <i>Treponema</i> spp.)	
3	Назовите 4 этапа в патогенезе заболеваний пародонта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1.колонизация бактерий. 2. Стадия инвазии: целостные микроорганизмы или их фрагменты проникают в десну через эпителий бороздки на разную глубину вплоть до поверхности альвеолярной кости. 3.Разрушение тканей. С разрушением зубодесневого соединения и образованием кармана наблюдается отложение микробной бляшки на корне зуба, развитие патологической инфицированной грануляционной ткани, рассасывание цемента корня зуба. 4 стадия заживления: происходит эпителизация тканей пародонта.	
4	Перечислите характерные диагностические признаки гингивита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1.заболеванием поражаются преимущественно дети и лица молодого возраста (до 25 – 30 лет). 2.Наличие тех или иных морфологических признаков воспаления с нарушением конфигурации десны: преобладание экссудации при катаральном (серозном) гингивите, альтерации – при язвенном (некротическом) и пролиферации – при гипертрофическом. 3.Наличие преимущественно неминерализованных зубных отложений (микробный налет, мягкий налет, пищевые остатки). 4.Отсутствие десневого кармана при зондировании. 5.Изменение костной ткани межзубных перегородок по рентгенограмме не определяется.	
5	Клиническая картина при очаговом ювенильном пародонтите?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: при этой форме пародонтита происходит избирательное поражение опорного аппарата первых постоянных зубов. Заболевание вызывается видом <i>Actinobacillus Actinomycetes comitans</i> . В большинстве случаев возникает у детей, родители которых являются носителями микроорганизма. Процесс протекает при минимальной воспалительной реакции. Быстрое его распространение обусловлено тем, что данный вид микроорганизмов обладает способностью подавлять хемотаксис лейкоцитов, а антитела в таких условиях не успевают образовываться. Поэтому последующие постоянные зубы	

	повреждаются редко, так как позднее успевают сформироваться и проявить свое защитное действие специфические антитела.	
6	Как проводится диспансерное наблюдение детей при локализованном и генерализованном пародонтите?	УК-1, УК-2, ПК-3, УК-4
	Ответ: 3 раза в год.	
7	Назовите меры профилактики заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5
	Ответ: профилактика заболеваний пародонта направлена на устранение причин и факторов риска. Основное внимание направлено на рациональное питание, применение препаратов фтора, устранение аномалий прикуса и патологической окклюзии, аномалий строения и расположения некоторых мягких тканей и органов полости рта, наличие болезней зубов, функциональной перегрузки челюстно-лицевой области, недостаточной гигиены полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
1	Что лежит в основе классификации Энгля?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: в основе классификации Энгля лежит вид смыкания первых моляров.	
2	Сколько классов смыкания моляров выделил Энгль?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Энгль выделил три класса: класс I характеризуется нормальным смыканием моляров в сагиттальной плоскости. Мезиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти располагается в межбугровой фиссуре первого моляра нижней челюсти. В этом случае все изменения происходят впереди моляров; класс II характеризуется нарушением смыкания моляров, при котором меж-бугровая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается позади мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти. Этот класс делится на два подкласса: 1-й подкласс — верхние резцы наклонены в губном направлении (протрузия); 2-й подкласс — верхние резцы наклонены небно (рет-рузия); для класса III характерно нарушение смыкания первых моляров, при котором межбугровая фиссура первого моляра нижней челюсти располагается впереди мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти.	
3	Назовите аномалии структуры твердых тканей зуба?	УК-1, ПК-1
	Ответ: среди аномалий структуры твердых тканей зуба различают гиперплазию и гипоплазию.	
4	Назовите методы лечения при адентии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: -ортопедический; комбинированный в комплексе из ортодонтическим и хирургическим методами.	
5	Сколько типов слияния зубов выделил С.И.Дорошенко?	ПК-1
	Ответ: 1 тип –наслоение или наращивание на комплектный зуб по надкомплектной части в виде шипов; 2 тип –слияние лишь коронковой части зубов; 3 тип – слияние корней зубов; 4 тип- слияние зубов по всей длине.	

6	Какие лицевые признаки имеются при дистальном прикусе?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: лицевые признаки аномалии характеризуются выступанием верхней губы. Последняя несколько укорочена, из-под нее видны верхние передние зубы. Нижняя губа попадает под верхние передние зубы. Обнаруживается напряжение мягких тканей, окружающих ротовую щель. Высота нижней челюсти может быть нормальной, несколько уменьшенной или увеличенной.	
7	Полный отказ от пустышки и соски рекомендуется с возраста?	ПК-5
	Ответ: 10 месяцев	
<b>Б1.Б.1.1.4.7</b>	<b>Исправление зубочелюстных аномалий.</b>	<b>УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	Назовите основные принципы ортодонтического лечения?	ПК-2
	Ответ: - аппаратный; -аппаратурно-хирургический; - хирургический; -функциональный	
2	В каком возрасте наиболее целесообразно проведение миотерапии?	ПК-2
	Ответ: 4-7 лет	
3	В какой период прикуса аппаратный метод лечения зубочелюстных аномалий является основным?	ПК-2
	Ответ: аппаратный метод лечения зубочелюстных аномалий является основным в период смешанного прикуса.	
4	Назовите основные задачи миотерапии?	УК-1, ПК-2, ПК-3
	Ответ: - восстановление физиологического тонуса мышечной ткани; - нормализация функций мышц, участвующих в движениях нижней челюсти; - приспособление тканей височно-нижнечелюстных суставов и мышц челюстно-лицевой области к ортодонтическому лечебному аппарату.	
5	По способу фиксации аппарат Норда является?	ПК-2
	Ответ: аппарат Норда является несъемным.	
6	Для чего предназначены лечебные аппараты?	ПК-2
	Ответ: лечебные аппараты используются для нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения	
7	Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать	ПК-4
	Ответ: зубные ёршики	

#### 4.2.2. Тестовые задания

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1Б.1.1</b>	<b>Стоматология общей практики</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.1</b>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
	<b>Инструкция: выберите несколько правильных ответов</b>	
1	<p>К показателям, определяющим эффективность диспансеризации относятся:</p> <p>А) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН);</p> <p>Б) показатель систематичности наблюдения;</p> <p>В) показатель частоты рецидивов;</p> <p>Г) полнота охвата ДН;</p> <p>Д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности; у состоящих на ДН.</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б, Г	
	<b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b>	
2	<p>Вторичная профилактика – это:</p> <p>А) санация полости рта;</p> <p>Б) ортопедическое лечение;</p> <p>В) применение традиционных методов лечения для остановки развившегося патологического процесса и сохранения тканей;</p> <p>Г) коррекция питания;</p> <p>Д) санация полости рта.</p>	ПК-2, ПК-4
	Ответ: В	
3	<p>Вторичная профилактика кариеса заключается в:</p> <p>А) предотвращении его возникновения</p> <p>Б) разработке индивидуальной программы профилактики</p> <p>В) реставрационной терапии</p> <p>Г) раннем выявлении и лечении</p> <p>Д) проведении санпросвет работы</p>	ПК-2, ПК-4



	Ответ: Г	
4	Прикрепленная часть десны соединена волокнами собственной оболочки с подлежащими тканями: А) неподвижно с надкостницей; Б) неподвижно с шейкой зуба; В) неподвижно с периодонтом; Г) свободно с периодонтом; Д) свободно с надкостницей.	УК-1, ПК-1
	Ответ: А	
5	Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является: А) автоклав; Б) кипячение; В) сухой пар; Г) дезинфекция детергентами; Д) кипячение и сухой пар	ПК-2
	Ответ: А	
6	Гипопластическое пятно: А) матовое с нечеткими границами; Б) блестящее с четкими границами; В) окрашивается красителями; Г) пигментированное с нечеткими границами; Д) выявляется на рентгенограмме.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
7	Для лечения недоразвития и аплазии эмали выполняют: А) отбеливание; Б) микроабразию; В) пломбирование; Г) протезирование; Д) реставрацию.	ПК-2
	Ответ: Д	
8	Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии: А) реопародонтография, остеометрия; Б) реопародонтография, полярография; В) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия; Г) реография; Д) полярография	ПК-1
	Ответ: В	
9	II степень эрозии зубов: А) поражение всей эмали до эмалево - дентинного соединения; Б) поражение только поверхностных слоев эмали; В) поражение поверхностных слоев дентина; Г) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налета на пораженной поверхности; Д) вскрытием пульпы зуба.	ОПК-4, ПК-1

	Ответ: А	
10	Основным недостатком автоклавирования инструментов является: А) не уничтожает споры; Б) недостаточные очистки инструментов; В) повреждение инструментов, особенно режущих; Г) затрата времени; Д) не уничтожает споры и недостаточная очистка инструментов	ПК-2
	Ответ: В	
11	Для лечения гиперестезии используют: А) депульпирование зубов; Б) изготовление искусственных коронок; В) удаление зубов; Г) реминерализующее лечение; Д) глубокое фторирование	ПК-2
	Ответ: Г	
12	Опрос пациента начинается с выяснения: А) истории жизни; Б) анамнеза заболевания; В) перенесенных заболеваний; Г) жалоб; Д) аллергоанамнеза	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Г.	
13	Кариозная полость на дистально-контактной поверхности 4.3 зуба относится по классификации Блэка к классу А) I; Б) II; В) III; Г) IV; Д) V.	ПК-1
	Ответ: В	
14	Первичной профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является: А) своевременное пломбирование кариозных полостей; Б) приём жёсткой пищи; В) применение реминерализующих растворов; Г) применение ополаскивателей; Д) профессиональная гигиена полости рта.	ПК-4, ПК-5
	Ответ: А	
15	Положительными свойствами СИЦ являются: А) высокая биологическая совместимость Б) химическая адгезия к твердым тканям зуба В) минимальная усадка Г) кариесстатический эффект Д) все вышеперечисленное	ПК-2
	Ответ: Д	
16	Основной недостаток микрогибридных композитов - это: А) прочность;	ПК-2

	<p>Б) цветостойкость;  В) полимерная усадка;  Г) рентгеноконтрастность;  Д) полируемость.</p>	
	<p>Ответ: В</p>	
17	<p>Первичным обращением в стоматологическую поликлинику считается первичное обращение:  А) за стоматологической помощью в календарном году независимо от характера обращения;  Б) по поводу определённого заболевания в календарном году;  В) по поводу определённого заболевания в любое из стоматологических отделений в календарном году;  Г) с целью планового осмотра в календарном году.</p>	<p>УК-1, ОПК-2,  ОПК-6, ОПК-8,  ПК-6</p>
	<p>Ответ: А</p>	
18	<p>При пломбировании сэндвич-техникой используют материалы:  А) стеклоиномерные цемент и композит;  Б) фосфат-цемент и силидонт;  В) фосфат –цемент и силицин;  Г) фосфат –цемент и амальгаму;  Д) стеклоиномерный цемент и амальгаму.</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: А.</p>	
19	<p>При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ состояние пародонта оценивается с помощью индекса:  А) РМА;  Б) РНР;  В) СРІ;  Г) ОНІ-S;  Д) КПУ</p>	<p>УК-1, УК-2,  ОПК-6, ОПК-8,  ПК-6</p>
	<p>Ответ: В</p>	
20	<p>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</p>	<p>ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: В</p>	
21	<p>К II классу по Блеку относится полость:  А) в ямках по обе стороны от эмалевого валика, соединяющего бугры зуба 4.5  Б) в пришеечной области на медиальной поверхности зуба 2.3  В) в пришеечной области на дистальной поверхности зуба 2.7  Г) в пришеечной области на щечной поверхности зуба 3.8  Д) на медиальной контактной поверхности 1.1</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: В</p>	
22	<p>Метод тоннельного препарирования применяется для лечения кариозных полостей:  А) 1 класс по Блеку  Б) 2 класс по Блеку</p>	<p>ПК-2</p>

	<p>В) 3 класс по Блеку  Г) 4 класс по Блеку  Д) 5 класс по Блеку</p>	
	<p>Ответ: Б</p>	
23	<p>Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита:  А) нет;  Б) имеются, глубиной до 6 мм;  В) имеются, глубиной 3-4 мм;  Г) имеются ложные десневые карманы;  Д) имеются костные карманы</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: В</p>	
24	<p>Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:  А) является обязательным условием медицинского вмешательства;  Б) оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи;  В) даётся в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей;  Г) даётся пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи;  Д) является не обязательным</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
25	<p>Клиническими признаками аллергических реакций анафилактического типа являются:  А) отек, гиперемия, пузыри, эрозия  Б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоочечные эрозии  В) пузыри, эрозии на не изменившемся фоне  Г) одиночные афты  Д) одиночные язвы</p>	ОПК-4, ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
26	<p>Группа лекарственных средств, ускоряющих эпителизацию слизистой оболочки полости рта;  А) антибиотики, масляные растворы витаминов;  Б) гормональные мази, антибиотики;  В) сильные антисептики, щелочные препараты;  Г) отвары лекарственных трав, щелочные препараты;  Д) отвары лекарственных трав, стимулирующие средства</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Д</p>	
27	<p>Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:  А) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки;  Б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании;  В) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы;  Г) кровоточивость при дотрагивании;</p>	ОПК-4, ПК-1

	Д) наличие ложных десневых карманов	
	Ответ: А	
28	В качестве вазоконстриктора в составе растворов местных анестетиков используется: А) 0,1% раствор адреналина Б) 1% раствор мезатона В) 0,1% раствор атропина Г) 2% раствор папаверина Д) 0,1% раствор атропина	ПК-2
	Ответ: А	
29	В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия: А) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой Б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтитом В) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту Г) корневая пульпа близка к ткани периодонта Д) корневая пульпа близка к нервной ткани.	ПК-1
	Ответ: Б	
30	К механизмам контроля качества медицинской помощи относятся: А) лицензирование; Б) аккредитация; В) сертификация; Г) аттестация; Д) все перечисленное верно.	УК-1, УК-2. ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	
31	Адгезия - процесс, характеризующийся: А) сцеплением пломбировочного материала с тканями зуба; Б) увеличением пломбировочного материала в объеме; В) уменьшением пломбировочного материала в объеме; Г) жизнеспособностью пломбы; Д) цветостабильностью пломбы.	ПК-2
	Ответ: А	
32	Осмотр пациента начинают с: А) заполнения зубной формулы; Б) определения прикуса; В) внешнего осмотра; Г) осмотра зубных рядов; Д) перкуссии зубов	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: В	
33	Наиболее благоприятный для сохранения зуба перелом корня: А) продолжный; Б) косой; В) оскольчатый;	ПК-1

	Г) поперечный; Д) круговой .	
	Ответ: Г	
34	Индекс Грина - Вермиллиона используется для определения: А) интенсивности кариеса Б) зубного налета, зубного камня В) кровоточивости десен Г) распространенности кариеса Д) глубины пародонтального кармана	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Б	
35	При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова- Володкиной окрашивается: А) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов Б) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов В) язычные поверхности первых постоянных моляров Г) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов Д) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти.	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Б	
36	Назовите сроки диспансерного наблюдения пациентов с хроническим гингивитом: А) 1 раз в месяц; Б) 1 раз в три месяца; В) 1 раз в год; Г) 2 раза в год; Д) каждые 10 дней	ПК-2, ПК-3
	Ответ: Г	
37	УФО назначают: А) при среднем кариесе; Б) при остром герпетическом гингивите; В) при пульпите; Г) при декубитальной язве, афтозном стоматите; Д) при лейкоплакии	ПК-2
	Ответ: Г	
38	Ответственность за организацию работы по экспертизе временной нетрудоспособности, в том числе, выдаче, хранению и учету листов нетрудоспособности , несет: А) главный врач; Б) зам. главного врача по клинико-экспертной работе; В) старшая медсестра; Г) врач-статистик; Д) врач- эксперт	УК-1, УК-3, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
39	Активным методом стоматологического просвещения является: А) занятие по обучению гигиене полости рта; Б) издание научно-популярной литературы; В) проведение выставок средств гигиены полости рта; Г) телевизионная реклама	УК-1, УК-2, ОПК-3, ПК-4, ПК-5
	Ответ: А	

40	<p>Клиническими признаками красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта являются:</p> <p>А) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка;</p> <p>Б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии;</p> <p>В) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемизированном фоне с явлениями мацерации;</p> <p>Г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой;</p> <p>Д) резко очерченные участки слизистой оболочки серо-белого цвета, располагающиеся на неизменном фоне в передних отделах щек.</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
41	<p>При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:</p> <p>А) нормализация прикуса;</p> <p>Б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии;</p> <p>В) восстановление анатомической формы зубов;</p> <p>Г) устранение воспалительного процесса;</p> <p>Д) эстетические показания;</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
42	<p>Наибольший дыхательный объем создает следующая методика искусственного дыхания:</p> <p>А) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки – вдох;</p> <p>Б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук – вдох;</p> <p>В) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи;</p> <p>Г) искусственная вентиляция "рот в рот"</p> <p>Д) поднимание ног.</p>	ОПК-8, ОПК-10, ПК-2
	Ответ: Г	
43	<p>Основными разделами работы врача –стоматолога поликлиники являются;</p> <p>А) проведение консультаций для врачей других специальностей;</p> <p>Б) диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;</p> <p>В) проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных;</p> <p>Г) ведение учетно-отчетной документации;</p> <p>Д) все выше перечисленное.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	

44	<p>Причинами психогений у стоматологических пациентов могут быть:</p> <p>А) недоброжелательность мед.регистраторов;</p> <p>Б) несвоевременный вызов пациента;</p> <p>В) словесные высказывания врача при приеме пациента;</p> <p>Г) отказ в лечении</p> <p>Д) все выше перечисленное</p>	УК-1, ОПК-4. ПК-1
	Ответ:	
45	<p>Все ниже приведенные утверждения относятся к понятию лицензирование кроме:</p> <p>А) процедура выдачи уполномоченным органом гарантий того, что организация, персона, товар, услуга отвечают определенным требованиям, позволяющим им осуществлять особо ответственные функции, или соответствуют установленным профессиональным стандартам качества;</p> <p>Б) предоставление права, выдачу разрешения на осуществление того или иного вида деятельности (производство и реализацию товаров, оказание услуг, использование патента и т.д.);</p> <p>В) способ создания равных условий для деятельности организаций и учреждений здравоохранения разных форм собственности, благоприятствующих притоку инвестиций в здравоохранение и социальную сферу;</p> <p>Г) метод обеспечения и контроля соблюдения прав граждан на надлежащие условия получения адекватной медицинской помощи, эффективной лекарственной терапии, качественного протезирования и др.</p>	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Г	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6</b>
1	<p>При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:</p> <p>А) одна;</p> <p>Б) две;</p> <p>В) три;</p> <p>Г) четыре;</p> <p>Д) пять.</p>	ПК-2
	Ответ: Д	
2	<p>Клиническая шейка зуба соответствует:</p> <p>А) переходу эмали в цемент корня;</p> <p>Б) границе на- и поддесневой части зуба;</p> <p>В) экватору зуба;</p> <p>Г) режущему краю зуба;</p> <p>Д) эмалево-дентинному соединению.</p>	УК-1, ПК-1
	Ответ: Б	



3	Первую коррекцию съёмного зубного протеза после его наложения следует проводить: А) на следующий день; Б) через день; В) на третий день; Г) через неделю Д) через 14 дней	ПК-2
4	Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена: А) виниром; Б) фасеткой; В) вкладкой; Г) коронкой; Д) имплантатом.	ПК-2
	Ответ: Б	
5	При индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба по В. Ю. Миликевичу (ИРОПЗ) = 0,8 показано лечение: А) штифтовой конструкцией; Б) пломбой; В) вкладкой; Г) искусственной коронкой; Д) рем-терапия.	ПК-2
	Ответ: А	
6	После ортопедического лечения больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки следует проводить профилактические осмотры полости рта и протезов: А) 2 раза в год; Б) 1 раз в 3 года; В) 1 раз в 2 года; Г) 1 раз в полгода; Д) 1 раз в три месяца.	ПК-2, ПК-3
	Ответ: Д	
7	Показанием к изготовлению штифтового зуба служит: А) отлом коронки зуба по режущему краю; Б) разрушение корня зуба; В) кариозная полость I класса по Блэку; Г) разрушение коронковой части зуба; Д) отсутствие зуба.	ПК-2
	Ответ: Г	
8	Основное показание к изготовлению искусственных коронок-это зубы с: А) разрушенной коронкой зуба более 50%; Б) значительными изменениями в периодонтите; В) подвижностью III степени; Г) некачественно запломбированными каналами; Д) продольным переломом корня.	ПК-2
	Ответ: А	

9	<p>Дневник учета работы- стоматолога ортопеда (ФОРМА №039-4/У) заполняется:</p> <p>А) врачом-ортопедом;  Б) регистратором;  В) медсестрой;  Г) статистиком  Д) зав отделением.</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
10	<p>Базальная дуга (апикальный базис)-кривая, проходящая по:</p> <p>А) режущему краю фронтальных зубов;  Б) экватору всех групп зубов;  В) проекции верхушек корней зубов;  Г) жевательной поверхности зубов;  Д) по гребню альвеолярных отростков.</p>	ПК-1
	Ответ: В	
11	<p>Контроль за правильностью заполнения журнала учета профилактических осмотров полости рта (ФОРМА №049/У) осуществляет:</p> <p>А) заведующий отделением;  Б) главный врач медицинской организации;  В) регистратор;  Г) статистик;  Д) медицинская сестра</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
12	<p>Искусственные коронки классифицируют по:</p> <p>А) месторасположению;  Б) окклюзионным контактам;  В) групповой принадлежности зубов;  Г) технологии изготовления;  Д) фиксации.</p>	ПК-2
	Ответ: Г	
13	<p>Конструкция штифтового зуба представляет собой:</p> <p>А) штампованную искусственную коронку;  Б) металлический штифт, введенный в корневой канал;  В) штифт в корневом канале с искусственной коронкой;  Г) пластмассовую коронку;  Д) комбинированную коронку.</p>	ПК-2
	Ответ: В	
14	<p>Для расчета первичной заболеваемости необходимы данные о среднегодовой численности населения и числе:</p> <p>А) выявленных впервые в жизни;  Б) зарегистрированных впервые в данном году;  В) социально-значимых, зарегистрированных в данном году;  Г) инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни;  Д) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
15	<p>Окклюзионная кривая-линия, проведенная по:</p> <p>А) режущим краям фронтальных зубов;</p>	ПК-1

	<p>Б) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров;</p> <p>В) проекции верхушек корней зубов;</p> <p>Г) жевательной поверхности премоляров и моляров;</p> <p>Д) по вершинам бугров моляров.</p>	
	<p>Ответ: Б</p>	
16	<p>К деформации окклюзионной поверхности зубных рядов может привести:</p> <p>А) повышенная стираемость твёрдых тканей зубов;</p> <p>Б) дентикль;</p> <p>В) клиновидный дефект;</p> <p>Г) лейкоплакия;</p> <p>Д) пародонтит.</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: А</p>	
17	<p>Сепарация – этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:</p> <p>А) окклюзионной поверхности;</p> <p>Б) вестибулярной поверхности;</p> <p>В) контактных поверхностей;</p> <p>Г) оральной поверхности;</p> <p>Д) созданием уступа.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: В</p>	
18	<p>При планировании программ профилактики необходимо учитывать:</p> <p>А) стоматологическую заболеваемость в регионе;</p> <p>Б) количество потребляемой жевательной резинки в год на человека;</p> <p>В) содержание карбоната кальция в воде;</p> <p>Г) количество лиц, болеющих туберкулёзом;</p> <p>Д) интенсивность поражением кариеса.</p>	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
19	<p>Сроки диспансерного наблюдения пациентов при протезировании мостовидными протезами:</p> <p>А) 1 раз в три месяца;</p> <p>Б) каждый месяц;</p> <p>В) 1 раз в полгода;</p> <p>Г) 1 раз в год;</p> <p>Д) 1 раз в пять лет.</p>	ПК-2, ПК-3
	<p>Ответ: В</p>	
20	<p>Как производится порядок расчета основных качественных показателей работы врача-стоматолога ортопеда;</p> <p>А) Правильная подготовка полости рта к протезированию;</p> <p>Б) Изготовление протезов в соответствии с современными требованиями;</p> <p>В) Изготовление съёмных или несъёмных протезов в строгом соответствии с клиническими показаниями;</p> <p>Г) Проведение в 80–90% случаев эстетического протезирования</p> <p>Д) Все выше перечисленное</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: Д</p>	

21	<p>Выбор цвета облицовочных материалов ортопедических конструкций проводится при участии:</p> <p>А) врача и пациента;  Б) врача и зубного техника;  В) пациента и зубного техника;  Г) врача, пациента и зубного техника;  Д) зубного техника.</p>	ПК-2
	Ответ: Г	
22	<p>Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:</p> <p>А) протез, с отлитым из металла опорными частями и телом;  Б) полный съемный протез;  В) несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям;  Г) штампованная коронка;  Д) полимеризованная конструкция.</p>	ПК-2
	Ответ: В	
23	<p>Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:</p> <p>А) эпидемиологического стоматологического обследования;  Б) диспансеризации;  В) плановой санации полости рта;  Г) профилактических мероприятий;  Д) медицинских осмотров.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
24	<p>Стоматологическая профилактика повышенного стирания зубов включает:</p> <p>А) своевременное зубное протезирование;  Б) ежедневную чистку зубов жёсткой зубной щёткой;  В) использование отбеливающих кап;  Г) проведение аллергических проб перед протезированием;  Д) пломбирование дефектов композиционными материалами</p>	ПК-2
	Ответ: А	
25	<p>К показателям оценки работы заведующего ортопедическим отделением относятся:</p> <p>А) регулярные консультации врачей по диагностике и рациональному клиническому определению конструкций зубных протезов;  Б) выборочный контроль качества изготовления зубных протезов, поступающих из зуботехнической лаборатории, в соответствии с приказом МЗ СССР от 03.07.1985 г. N 884;  В) экспертная оценка качества ведения медицинской карты стоматологического больного;  Г) анализ и обсуждение издержек в работе, допускаемых врачами и зубными техниками;  Д) все выше перечисленное.</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	
26	<p>Журнал учета профилактических осмотров полости рта (ФОРМА №049/У) предназначен:</p> <p>А) регистрации профилактических осмотров;</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6

	<p>Б) планирования времени работы;</p> <p>В) контроля качества;</p> <p>Г) отчёта перед ФОМС;</p> <p>Д) проведения диспансерного наблюдения.</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
27	<p>По конструкции различают искусственные коронки:</p> <p>А) телескопические;</p> <p>Б) частично съёмные;</p> <p>В) фасетки;</p> <p>Г) восстановительные;</p> <p>Д) пластмассовые.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
28	<p>Показанием к изготовлению мостовидного протеза служит:</p> <p>А) дефект коронковой части зуба;</p> <p>Б) генерализованный гингивит;</p> <p>В) пародонтит тяжелой степени;</p> <p>Г) включенный дефект зубного ряда;</p> <p>Д) полное отсутствие зубов.</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Г</p>	
29	<p>Дневник учета работ врача- стоматолога- ортопеда (ФОРМА №039-4/У) предназначен для:</p> <p>А) учёта работы за один день;</p> <p>Б) планирования времени работы;</p> <p>В) контроля качества;</p> <p>Г) отчёта перед ФОМС;</p> <p>Д) осуществления диспансерного наблюдения.</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
30	<p>Поливинилсилоксановые слепочные материалы относятся к:</p> <p>А) термопластическим;</p> <p>Б) твердым;</p> <p>В) эластическим;</p> <p>Г) гидроколлоидным;</p> <p>Д) твердокристаллическим.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: В</p>	
31	<p>Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст:</p> <p>А) 6;</p> <p>Б) 12;</p> <p>В) 15;</p> <p>Г) 35 - 44;</p> <p>Д) 65 и старше.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: Г</p>	
32	<p>Препарирование зуба под коронку проводят:</p> <p>А) твердосплавными борами;</p> <p>Б) металлическими фрезами;</p> <p>В) алмазными борами;</p> <p>Г) карборундовыми фрезами;</p>	ПК-2

	Д) силиконовыми дисками.	
	Ответ: В	
33	Медико-экономический стандарт представляет собой: А) формализованную программу действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг; Б) последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для определённой нозологии; В) набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания; Г) специальную программу профилактических мероприятий для конкретной; Д) специальную программу оздоровительных процедур.	УК-1, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
34	При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину (мм): А) 0,25-0,28; Б) 0,45-0,50; В) 0,55-0,60; Г) 0,65-0,80; Д) 0,85-0,90.	ПК-2
	Ответ: А	
35	Индивидуальные психологические особенности человека изучаются с помощью методов: А) наблюдение; Б) интервью; В) беседа; Г) анкетирование; Д) все.	УК-1, УК-2, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: Д	
36	Рекомендации по гигиеническому уходу за съёмными протезами необходимо дать пациенту: А) на этапе наложения готового протеза; Б) на этапе первой коррекции съёмного протеза; В) на этапе получения оттисков; Г) через неделю после наложения готового протеза; Д) спустя месяц после наложения готового протеза	ПК-2
	Ответ: А	
37	Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является: А) томография височно-нижнечелюстных суставов; Б) панорамная рентгенография; В) ортопантомография; Г) рентгенокинематография; Д) компьютерная томография.	ПК-1
	Ответ: А	

38	<p>Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет следующую форму:</p> <p>А) седловидную;  Б) промывную;  В) касательную;  Г) опорную;  Д) телескопическую.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
39	<p>Санитарное просвещение представляет собой специальную область науки и здравоохранения:</p> <p>А) имеющую целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива индивидуума и общества в целом;  Б) имеющую целью формирование поведения, направленного на обеспечение готовности платить за медицинскую помощь; коллектива индивидуума и общества в целом  В) имеющую целью увеличение "индекса здоровья";  Г) изучающую поведение людей в состоянии предболезни;  Д) изучающую профилактику стоматологических заболеваний</p>	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
40	<p>При препарировании зуба под металлокерамическую коронку его стенки должны:</p> <p>А) быть параллельными;  Б) конвергировать под углом 5-7°;  В) конвергировать под углом 15-20°;  Г) конвергировать под углом 30° и более;  Д) дивергировать.</p>	ПК-2
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Стоматология хирургическая</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	<p>Автоклавированием стерилизуют инструменты, материалы:</p> <p>А) зеркала, ножницы;  Б) марлевые тампоны, наконечники;  В) зонд, шприц;  Г) пластмассовый шпатель;  Д) боры, резиновые головки</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
2	<p>Потолки хирургического кабинета должны быть:</p> <p>А) оклеены обоями;  Б) окрашены вододисперсионной краской;  В) побелены;  Г) обиты деревом;  Д) обиты пластиковыми панелями.</p>	УК-1, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б	

3	Рентгенографию проводят для определения состояния: А) челюстных костей; Б) мягких тканей; В) лимфатических узлов; Г) языка; Д) кровеносных сосудов.	ПК-1
	Ответ: А	
4	Предупреждение попадания микроорганизмов в рану обеспечивается: А) дезинфекцией; Б) антисептикой; В) асептикой; Г) обработкой рук врача; Д) стерилизацией	ПК-2
	Ответ: В	
5	Как осуществляется диспансерное наблюдение при хроническом пародонтите врачом- стоматологом – хирургом: А) 1 раз в три месяца; Б) 1 раз в полгода; В) 1 раз в год; Г) не проводиться; Д) 1 раз в три года	ПК-3
	Ответ: В	
6	Для пролонгации местной анестезии используют: А) ацетилсалициловую кислоту; Б) консерванты; В) глюкокортикоиды; Г) вазоконстрикторы; Д) физиологический раствор	ПК-2
	Ответ: Г	
7	Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина: А) Порта; Б) Тигерштедта; В) Ванкевич; Г) гладкая шина-скоба; Д) проволочная шина	ПК-2
	Ответ: Б	
8	Как осуществляется диспансерное наблюдение при артритах и артрозах ВНЧС врачом- стоматологом – хирургом: А) 1 раз в три месяца; Б) 1 раз в полгода; В) 2 раз в год; Г) не проводиться; Д) 1 раз в три года	ПК-3
	Ответ: В	
9	Первичная профилактика- это: А) санация полости рта; Б) обучение гигиене полости рта;	ПК-4, ПК-5



	<p>В) коррекция питания;</p> <p>Г) использование различных методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний;</p> <p>Д) профессиональная гигиена полости рта</p>	
	<p>Ответ: Г.</p>	
10	<p>Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:</p> <p>А) элеватор Карапетяна;</p> <p>Б) распатор;</p> <p>В) зажим Кохера;</p> <p>Г) крючок Фарабефа;</p> <p>Д) элеватор Леклюза.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
11	<p>Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется:</p> <p>А) сплошным костным конгломератом;</p> <p>Б) прерывистой суставной щелью;</p> <p>В) чётко контурируемыми элементами суставных структур;</p> <p>Г) зоной склероза суставной головки</p> <p>Д) изменений нет.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: А</p>	
12	<p>Прием Сафара проводится с целью:</p> <p>А) обеспечения проходимости верхних дыхательных путей;</p> <p>Б) выдвижения нижней челюсти вперёд;</p> <p>В) открывания рта;</p> <p>Г) изменения положения головы;</p> <p>Д) для понижения артериального давления.</p>	ОПК-10, ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
13	<p>Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:</p> <p>А) 125° С – 45 мин;</p> <p>Б) 160° С – 40 мин;</p> <p>В) 180° С – 45 мин;</p> <p>Г) 180° С- 60 мин;</p> <p>Д) 200° С- 90 мин.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
14	<p>Для удаления премоляров верхней челюсти применяются щипцы:</p> <p>А) прямые;</p> <p>Б) клювовидные;</p> <p>В) S- образные с шипом;</p> <p>Г) S – образные без шипа;</p> <p>Д) изогнутые по плоскости.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	

15	<p>К инфильтрационной анестезии на верхней челюсти относится анестезия:</p> <p>А) палатинальная;  Б) инфраорбитальная;  В) туберальная;  Г) резцовая;  Д) наднадкостничная</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Д</p>	
16	<p>Прием ротации используют при удалении:</p> <p>А) моляров нижней челюсти;  Б) премоляров верхней челюсти;  В) моляров верхней челюсти;  Г) резцов верхней челюсти;  Д) резцов нижней челюсти</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
17	<p>Сводная ведомость учета работы- стоматолога – хирурга стоматологической поликлиники, отделения (ФОРМА №039-2/У-88) составляется:</p> <p>А) медицинским статистиком;  Б) руководителем медицинской организации;  В) самим врачом;  Г) медсестрой кабинета;  Д) не составляется.</p>	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
18	<p>Прямые щипцы с несходящимися щечками служат для удаления на верхней челюсти:</p> <p>А) корней;  Б) премоляров;  В) моляров;  Г) резцов;  Д) третьих моляров.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
19	<p>Диспансерному наблюдению у хирурга стоматолога подлежат больные с:</p> <p>А) слюннокаменной болезнью;  Б) хроническим воспалением слюнных желез;  В) невралгией тройничного нерва;  Г) хроническим артритом височно-нижнечелюстного сустава)  Д) все выше перечисленное.</p>	ПК-3, ПК-4
	<p>Ответ: Д</p>	
20	<p>Стандарты медицинской помощи утверждаются:</p> <p>А) Министерством здравоохранения РФ ;  Б) Правительством РФ;  В) руководством медицинской организации;  Г) Российской академией наук;  Д) главным врачом поликлиники</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6

	Ответ: А	
21	Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится в течении (час): А) 24; Б) 8-12; В) 48; Г) 72; Д) 96.	ПК-2
	Ответ: А	
22	Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является: А) положительная носо-ротовая проба; Б) носовое кровотечение; В) кровотечение из лунки; Г) положительный симптом нагрузки; Д) нарушение дыхания.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
23	Туберальная анестезия относится к анестезии: А) проводниковой; Б) инфильтрационной; В) интралигаментарной; Г) внутривульпарной; Д) спонгиозной	ПК-2
	Ответ: А	
24	Методы стоматологического просвещения, предполагающие непосредственное участие населения в получении информации называются: А) активными; Б) пассивными; В) индивидуальными; Г) массовыми; Д) профилактическими	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
25	Первое вывихивающее движение при удалении 3.7(4.7), 3.8 (4.8): А) в щечную сторону; Б) в язычную сторону; В) ротационное движение; Г) кпереди; Д) кзади	ПК-1
	Ответ: А	

26	Для лечения альвеолита применяют: А) йодоформный тампон с Левомеколем; Б) кетгут; В) гемостатическую губку; Г) викрил; Д) внутримышечное введение антибиотиков	ПК-2
	Ответ: А	
27	К местным осложнениям при проведении местной анестезии относят: А) тризм; Б) гипертонический криз; В) анафилактический шок; Г) отёк Квинке; Д) приступ бронхиальной астмы.	ПК-2
	Ответ: А	
28	Ключ Леклюза используется при удалении А) 1.6, 2.6 зубов; Б) 3.8, 4,8 зубов; В) 3.5, 4.5 зубов; Г) корней 3.6, 4.6; Д) корней 3.5, 4.5.	ПК-2
	Ответ: Б	
29	Симптом Венсана возникает при: А) острым остеомиелите в области нижних моляров; Б) острым периодонтите нижних моляров; В) периостите в области нижних моляров; Г) радикулярной кисте в области нижних резцов; Д) острым сиалодените.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
30	Воспалительный процесс в лунке, развивающийся после удаления зуба называется: А) альвеолит; Б) перикоронит; В) периостит; Г) периодонтит; Д) гайморит.	УК-1, ОПК-4. ПК-1
	Ответ: А	
31	Противопоказанием к местной анестезии служит: А) острая боль; Б) перелом нижней челюсти; В) аллергия; Г) пульпит; Д) лечение кариеса	ПК-2
	Ответ: В	
32	К лечебным мероприятиям при дислокационной асфиксии относятся: А) трахеотоми; Б) введение воздуховода;	ПК-2

	В) удаление инородного тела; Г) восстановление анатомического положения органа; Д) проведение коникотомии.	
	Ответ: Г	
33	Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии назначают: А) ГБО-терапию; Б) криотерапию; В) химиотерапию; Г) дезинтоксинационную терапию; Д) нейрорепарацию	ПК-2
	Ответ: А	
34	При инфильтрационной анестезии иглу вводят под углом к кости: А) 10 градусов; Б) 20 градусов; В) 30 градусов; Г) 45 градусов; Д) 50 градусов	ПК-2
	Ответ: Г	
35	Аспирационная проба при анестезии выявляет: А) кардиопатию; Б) невралгию; В) дыхательную недостаточность; Г) болевую точку; Д) попадание в сосуд	ПК-2
	Ответ: Д	
36	Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении : А) горизонтально; Б) под углом к средней линии; В) вертикально по средней линии; Г) под углом к боковой поверхности языка; Д) вертикально.	ПК-2
	Ответ: А	
37	Контроль за правильностью заполнения журнала учета профилактических осмотров полости рта (ФОРМА №049/У) осуществляется: А) заведующий отделением; Б) главный врач медицинской организации; В) регистратор; Г) статистик; Д) зам главного врача.	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Б	
38	В крылонебной ямке от верхнечелюстного нерва отходит количество ветвей: А) две;	УК-1, ПК-1

	<p>Б) три;  В) четыре;  Г) пять;  Д) шесть</p>	
	<p>Ответ: В</p>	
39	<p>Свободное дыхание после экстурбации обеспечивается:  А) введением воздуховода;  Б) трахеостомией;  В) прошиванием и выведением языка;  Г) поворотом головы пациента  Д) коникомией</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
40	<p>Показатель общей заболеваемости характеризует :  А) распространённость заболеваний среди населения;  Б) изменения распространённости заболеваний во времени;  В) удельный вес конкретного заболевания;  Г) распространённость социально-значимых заболеваний;  Д) прирост заболеваемости</p>	УК-1, ОПК-8, ПК-6
	<p>Ответ: А</p>	
41	<p>Методом профилактики посттравматического остеомиелита челюстей является:  А) ранняя и надёжная иммобилизация отломков;  Б) временная иммобилизация отломков;  В) отсроченная иммобилизация отломков;  Г) физиотерапия  Д) антибиотикотерапия</p>	ПК-2
	<p>Ответ А</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<p><b>Стоматология детская</b></p>	<p><b>УК-1, УК-2,  ОПК-2, ОПК-3,  ОПК-4, ОПК-5,  ОПК-6, ОПК-7,  ОПК-8, ПК-1,  ПК-2, ПК-4,  ПК-5, ПК-6</b></p>
1	<p>Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью:  А) определения структуры стоматологической заболеваемости;  Б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям;  В) получения объективных данных для оценки эффективности действующих стоматологических оздоровительных программ;  Г) формирования и стимулирования общественного сознания в поддержку развития стоматологического обслуживания детей;  Д) определения комплекса указанных выше задач.</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-6

	Ответ: Д	
2	Эджуайс техника по биофизиологическому принципу действия относится к аппарата: А) механическим; Б) дуговым; В) функционально-направляющим; Г) функционально действующим; Д) профилактическим	ПК-2
	Ответ: А	
3	К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет: А) очень низкой; Б) низкой; В) умеренной; Г) высокой; Д) очень высокой.	УК-1, ОПК-5, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: В	
4	У детей до 4 лет применяются зубные пасты: А) гигиенические; Б) содержащие антисептики; В) содержащие ферменты; Г) отбеливающие; Д) снижающие чувствительность	ПК-4
	Ответ: А	
5	К показаниям к назначению системных методов фторидпрофилактики относят: А) низкое содержание фторидов в питьевой воде; Б) плохую гигиену полости рта; В) наследственное нарушение развития эмали и дентина; Г) перенесённые на первом году жизни инфекционные заболевания; Д) активное течение кариеса	УК-1, ПК-2, ПК-4
6	УВЧ- терапия показана при следующих заболеваниях: А) при кариесе; Б) при хроническом периодонтите; В) при пороке зубов; Г) при острой форме периодонтита; Д) при хроническом пульпите.	ПК-2
	Ответ: Г	
7	Экспозиция диатермокоагуляции пульпы при методе витальной экстирпации:	ПК-2
	А) 3-4 с; Б) 6-7 с;	

	В) 60 с; Г) 20 с; Д) 1 мин 20 с.	
	Ответ: А	
8	Временные зубы у детей имеют: А) большую пульповую камеру, широкие каналы; Б) большую пульповую камеру, узкие каналы; В) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие; Г) пульповая камера не сформирована; Д) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
9	Стоматологическая диспансерная группа включает детей: А) с хроническими заболеваниями; Б) здоровых; В) не нуждающихся в стоматологической помощи ; Г) инвалидов; Д) с острыми заболеваниями.	ПК-4
	Ответ: А	
10	Противопоказанием к использованию наркоза для санации полости рта в поликлинике может явиться: А) возраст до 3-х лет; Б) наличие острого респираторного заболевания; В) аллергия к местным анестетикам; Г) ребенок имеет болезнь Дауна; Д) не названо.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
11	Миогимнастика при лечении дистального прикуса назначается: А) для мышц подбородка; Б) для круговой мышцы рта; В) для мышц, поднимающих нижнюю челюсть; Г) для жевательных мышц; Д) для мышц, участвующих в перемещении нижней челюсти вперед.	ПК-2
	Ответ: Д	
12	Кормление с помощью молочной соски должно быть исключено: А) к 6-9 мес; Б) к 9-12 мес; В) после 1 года; Г) к 12-15 мес; Д) в 1.5 года.	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: Б	



13	Ребенок должен уметь есть из ложки (снимать пищу губами) А) в 3-6 мес; Б) в 6-9 мес; В) в 9-12 мес; Г) после 1 года; Д) после 1.5 года.	УК-1, ОПК-4, ОПК-7
	Ответ: Б	
14	Более эффективным периодом развития ребенка для профилактики аномалий прикуса является: А) период новорожденности; Б) грудной период; В) период дошкольного возраста; Г) предшкольный период; Д) школьный возраст.	УК-1, ОПК-7, ПК-4
	Ответ: Б	
15	Электромиография - это А) регистрация движений нижней челюсти; Б) регистрация движений височнонижнечелюстного сустава; В) исследование гемодинамики пародонта; Г) исследование лимфообращения; Д) функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов	ПК-1
	Ответ: Д	
16	Образованию кислоты в полости рта способствуют А) пищевые остатки; Б) микроорганизмы полости рта; В) зубной налет; Г) чрезмерное употребление углеводов; Д) все перечисленное.	УК-1, ПК-1
	Ответ: Д	
17	Для объективной оценки эффективности гигиены полости рта наиболее подходит А) индекс окрашивания по Федорову-Володкиной; Б) подбирается индивидуально; В) упрощенный индекс ВОЗ; Г) полный индекс ВОЗ; Д) периодический индекс ВОЗ.	ПК-1
	Ответ: Б	
18	В каких случаях при наличии на эмали зубов показана рем-терапия: А) флюороз; Б) мраморная эмаль; В) гипоплазия системная; Г) очаговая деминерализация; Д) гипоплазия местная (очаговая).	ПК-2
	Ответ: Г	

19	<p>Электроодонтодиагностика на молярах при возможности проводится:</p> <p>А) с фиссуры;</p> <p>Б) пришеечная область;</p> <p>В) с линии экватора зуба;</p> <p>Г) с вершины переднещечного бугра;</p> <p>Д) с вершины заднещечного бугра.</p>	ПК-1
	Ответ: Г	
20	<p>Дополнительно необходимо назначить:</p> <p>А) лечебное питание;</p> <p>Б) внутрь препараты кальция и фтора;</p> <p>В) гигиену полости рта с лечебно-профилактической пастой;</p> <p>Г) витаминотерапию;</p> <p>Д) реминерализующую терапию с препаратами кальция и фтора.</p>	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: А	
21	<p>Наиболее часто в молочных зубах встречается:</p> <p>А) глубокий кариес;</p> <p>Б) кариес в стадии пятна;</p> <p>В) средний кариес;</p> <p>Г) поверхностный кариес;</p> <p>Д) все вышеперечисленное.</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: В	
22	<p>Завершающую обработку пломбы из композиционного материала после полимеризации можно начинать</p> <p>А) непосредственно сразу;</p> <p>Б) через 1 минуту;</p> <p>В) через 2 минуты;</p> <p>Г) через 6-10 минут;</p> <p>Д) через 24 часа.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
23	<p>Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта у детей способствует:</p> <p>А) рациональная гигиена полости рта;</p> <p>Б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком;</p> <p>В) реминерализующая терапия;</p> <p>Г) герметизация фиссур;</p> <p>Д) санация полости рта</p>	УК-1, ПК-2, ПК-4
	Ответ: Г	
24	<p>Кислотное травление эмали применяется:</p> <p>А) для удаления бляшек с поверхности эмали;</p> <p>Б) для создания химической адгезии;</p> <p>В) для создания участка микроретенции;</p> <p>Г) для улучшения физико-механических свойств материала;</p> <p>Д) все вышеперечисленные.</p>	ПК-2

	Ответ: В	
25	Герметизацию фиссур моляров у детей проводят: А) в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой; эмали Б) через год после естественной минерализации; В) в любое время; Г) через 2 года после прорезывания зуба Д) не проводят.	ПК-2
	Ответ: А	
26	Для апксификации и апексогенеза в качестве корневой пломбы применяют : А) кальцийсодержащие пасты; Б) йодоформные пасты; В) цинк-эвгеноловые пасты; Г) резорцин-формалиновые пасты; Д) на основе эпоксидных смол.	ПК-2
	Ответ: А	
27	Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является: А) боль от температурных раздражителей; Б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба; В) наличие вскрытой полости зуба; Г) наличие закрытой полости зуба Д) не названы.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А	
28	Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба: А) резорбция идиопатическая; Б) резорбция в результате новообразований; В) патологическая резорбция при хроническом воспалении; Г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней); Д) не назван.	УК-1, ПК-1
	Ответ: В	
29	Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует избрать у ребенка 3 лет из 3-й диспансерной группы: А) консервативный; Б) комбинированный; В) удаление зуба; Г) резекцию верхушки корня Д) не назван.	ПК-2
	Ответ: А	

30	<p>Кратность плановых осмотров стоматологом детей дошкольного и школьного возраста:</p> <p>А) 2 раза в год;  Б) 6 раз в год;  В) 3 раза в год;  Г) по показаниям;  Д) 1 раз в год</p>	ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: А	
31	<p>Какой исход остеомиелита челюстных костей является особенностью детского возраста?</p> <p>А) адентия;  Б) образование дефекта кости;  В) задержка роста челюсти;  Г) патологический перелом челюсти;  Д) не назван.</p>	ПК-1
	Ответ: В	
32	<p>Клинические рекомендации относятся к нормативным документам характера:</p> <p>А) рекомендательного;  Б) обязательного;  В) законодательного;  Г) ознакомительного;  Д) необязательного</p>	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: Д	
33	<p>Контроль за правильностью заполнения дневника учета работы врача – стоматолога (ФОРМА №039-3/У) осуществляет:</p> <p>А) непосредственный руководитель врача;  Б) главный врач медицинской организации;  В) регистратор;  Г) статистик;  Д) медицинская сестра.</p>	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: А	
34	<p>Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является</p> <p>А) временный моляр;  Б) постоянный моляр;  В) постоянный резец;  Г) любой;  Д) никакой.</p>	ПК-1, ПК-2
	Ответ:	

35	<p>Дневник учета работы врача- стоматолога ортодонта (ФОРМА №039-3/У) предназначен для:</p> <p>А) учёта работы за один день;  Б) планирования времени работы;  В) контроля качества;  Г) отчёта перед ФОМС;  Д) планирования профилактических осмотров</p>	ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: В	
36	<p>Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае</p> <p>А) УВЧ-терапия;  Б) мазовые повязки;  В) санация полости рта;  Г) лечение основного заболевания + мазовые повязки;  Д) санация полости рта + мазовые повязки.</p>	ПК-2
	Ответ: Г	
37	<p>Активным методом стоматологического просвещения является:</p> <p>А) занятие по обучению гигиене полости рта;  Б) издание научно-популярной литературы;  В) проведение выставок средств гигиены полости рта;  Г) телевизионная реклама;  Д) лекция по средствам гигиены</p>	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-3, ПК-5
	Ответ: Б	
38	<p>За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:</p> <p>А) родители ;  Б) стоматолог;  В) гигиенист;  Г) педиатр;  Д) воспитатель детского сада.</p>	ПК-5
	Ответ: А	
39	<p>Для среднетяжелой формы ОГС характерны</p> <p>А) лимфаденит;  Б) повышенная температура тела;  В) гингивит;  Г) эрозия на слизистой оболочке полости рта;  Д) все перечисленные симптомы.</p>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Д	

40	<p>Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является</p> <p>А) применение средств, стимулирующих местный иммунитет;</p> <p>Б) длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов;</p> <p>В) применение кератопластических средств;</p> <p>Г) применение обезболивающих средств;</p> <p>Д) ни один из названных.</p>	ПК-2
	Ответ: А	
41	<p>Дети без челюстно-лицевых аномалий , нос функциональными нарушениями и вредными привычками , ПО А,Д Осадчему, относятся к диспансерной группе:</p> <p>А) 2;</p> <p>Б) 1;</p> <p>В) 3;</p> <p>Г) 4;</p> <p>Д) 5</p>	ОПК-6, ПК-4
	Ответ: А	
42	<p>Ведущим рентгенологическим симптомом при поражениях пародонта является:</p> <p>А) деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок;</p> <p>Б) смещение зубов;</p> <p>В) снижение высоты межальвеолярных перегородок;</p> <p>Г) уплощение вершин межальвеолярных перегородок;</p> <p>Д) остеопороз.</p>	ПК-1
	Ответ: А	
43	<p>В процессе лечения детей с заболеваниями краевого пародонта наиболее целесообразно применять:</p> <p>А) лечебные зубные пасты;</p> <p>Б) гигиенические зубные пасты;</p> <p>В) эликсиры;</p> <p>Г) зубные порошки;</p> <p>Д) дезодоранты для полости рта.</p>	ПК-2
	Ответ: А	
44	<p>Для подтверждения диагноза необходимо:</p> <p>А) консультация педиатра;</p> <p>Б) анамнез;</p> <p>В) анализ данных менструального календаря;</p> <p>Г) консультация детского гинеколога</p> <p>Д) все перечисленное выше.</p>	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: В	

45	В большей степени показан у детей при лечении У-образного гингивита: А) флюктуоризирующие токи; Б) ионофорез с витамином С; В) аутомассаж; Г) УВЧ; Д) физиотерапия не показана.	ПК-2
	Ответ: Б	

#### 4.2.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1Б.1.1</b>	<b>Стоматология общей практики</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1</b>	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
<b>Б1.Б.1.1.1.1</b>	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога</b>	УК-1, УК-2, УК-4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-5, ПК-6
1	Форма карты стоматологического больного?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: медицинская карта стоматологического больного (ф. № 043/у)	
2	С какой целью в стоматологии применяется аппарат «Ассистина»?	ПК-2
	Ответ: предстерилизационная очистка и смазывание наконечников	
3	При какой температуре проводится стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу?	ПК-2
	Ответ: при температуре 180 ° в течении 60 минут	

4	Сколько составляет доля временной нетрудоспособности по стоматологическим заболеваниям ?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: доля временной нетрудоспособности по стоматологическим заболеваниям в целом в структуре временной нетрудоспособности невелика и колеблется от 1,1 – 2,0% в случаях и 0,5 – 1,1% - днях.	
5	Основным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: листок нетрудоспособности (закрытый).	
6	Какие разделы выделяют в медицинской этике?	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: общие вопросы поведения врача; нравственные правила, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе в целях эффективного восстановления здоровья больных; -взаимоотношения врача, медицинского персонала и больного в условиях конкретной специальности.	
7	На основании какого приказа осуществляется экспертиза временной нетрудоспособности лечащими врачами медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем?	ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации “О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности” от 01.08.2007 № 514.	
8	Проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением?	УК-1, УК-2, УК-4, ПК-5
	Ответ: санитарно-просветительная работа проводится с помощью: устного, печатного, наглядного материала в виде: лекции, беседы, доклады, громкого чтения, вечера вопросов и ответов, курсовых занятий, выступления по радио.	
9	Оформить амбулаторную карту больного?	ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: заполнить титульный лист, отразить жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, зафиксировать факторы риска, зафиксировать дату, запись должна быть подписана (с расшифровкой Ф.И.О.);	
10	Какие основные источники информации о заболеваемости населения вы знаете?	УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: основные источники информации о заболеваемости - это данные обращаемости в ЛПУ, по данным результатов медицинских осмотров	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>ОПК-7, ПК-1</b>



1	Как проводится проба Шиллера-Писарева?	ПК-1
	<p>Ответ: проба Шиллера — Писарева применяется для определения интенсивности воспаления десны. Десну смазывают раствором, который содержит 1 г кристаллического йода, 2 г калия йодида и 40 мл дистиллированной воды. Здоровая десна окрашивается в соломенно-желтый цвет. Хроническое воспаление в десне сопровождается резким увеличением количества гликогена, окрашиваемого йодом в коричневый цвет. В зависимости от степени воспалительного процесса цвет десны изменяется от светло-коричневого до темно-бурого.</p>	
2	Как проводится термометрия?	ПК-1
	<p>Ответ: в кариозную полость или на поверхность зуба наносят ватный тампон, смоченный холодной водой или горячей водой (70-80°), нагретый инструмент. По характеру боли (интенсивность, продолжительность) судят о степени поражения зуба. Здоровые зубы не реагируют на +10+20 °С и выше, при пульпите боли возникают при +20+28 °С</p>	
3	Методика проведения сиалографии?	ПК-1
	<p>Ответ: сиалография — метод рентгеноконтрастного или радиоизотопного исследования больших слюнных желез. Противопоказанием служит острое воспаление слизистой оболочки полости рта и выводного протока слюнной железы, а также повышенная чувствительность к йоду.</p> <p>В проток, пройдя затупленной инъекционной иглой 10 мм, медленно вводят йодолипид, пропитодол или водорастворимые контрастные препараты (50–60 % гипак, урографин и др.), предварительно подогретые до температуры тела. Контрастные вещества вводят до появления у больного ощущения распирания железы (обычно 0,5–1 мл контрастного вещества). После этого производят снимок в прямой и боковой проекциях.</p> <p>С помощью рентгенографии определяют наличие слюнного камня в протоке. В таких случаях дается меньшая экспозиция.</p>	
4	Показатели порогового возбуждения пульпы в норме и при патологических состояниях?	ПК-1
	<p>Ответ: здоровые зубы реагируют на токи 2–6 мкА, Снижение электровозбудимости до 20–40 мкА свидетельствует о наличии воспалительного процесса в пульпе. Реакция пульпы на ток 60 мкА указывает на некроз коронковой пульпы. Если же наступает некроз и корневой пульпы, то зуб реагирует на ток 100 мкА и выше. Нормальный периодонт чувствителен к токам 100–200 мкА. При выраженных морфологических изменениях в периодонте зуб реагирует на токи более</p>	

	200 мкА.	
5	Как и чем определяют подвижность зубов?	ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: подвижность зубов определяют пинцетом путем раскачивания. Зуб имеет физиологическую подвижность, которая в норме почти незаметна. Однако при повреждении пародонта и наличии экссудата в нем возникает выраженная подвижность зуба.</p> <p>Различают три степени подвижности: I степень — смещение в вестибулярно-оральном направлении; II степень — смещение в вестибулярно-оральном и боковом направлениях; III степень — смещение и по оси зуба (в вертикальном направлении).</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.3</b>	<b>Некариозные поражения зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Как проводится лечение клиновидных дефектов зубов?	ПК-2
	<p>Ответ: при начальных проявлениях дефекта принимают меры по стабилизации процесса. Для этого применяют препараты, повышающие резистентность твердых тканей зуба (аппликации 10 % раствора глюконата кальция, 2 % раствора фторида натрия, 75 % фтористой пасты). Кроме того, принимаются меры предосторожности по уменьшению механического воздействия на зубы. Для чистки зубов применяются мягкие щетки, используют пасты, содержащие фтор или обладающие реминерализующим действием. Движения зубной щетки должны производиться вертикально и быть круговыми.</p> <p>При наличии выраженных дефектов твердых тканей рекомендуется пломбирование. В качестве пломбировочного материала наиболее удобными являются композитные пломбировочные материалы, которыми можно пломбировать клиновидные дефекты без препарирования. При глубоких дефектах необходимо изготовление искусственных коронок.</p>	
2	Лечение ушиба зуба?	ПК-2
	<p>Ответ: лечение ушиба заключается в создании зубу покоя. Это достигается исключением из пищевого рациона твердой пищи. У маленьких детей можно исключить зуб из контакта путем сошлифовывания режущего края коронки антагониста. Сошлифовывать края коронки постоянного зуба нежелательно. При необратимых нарушениях в пульпе пострадавшего зуба показаны трепанация коронки, удаление погибшей пульпы и пломбирование канала. Если имеет место потемнение коронки, то перед пломбированием проводят эндоотбеливание.</p>	
3	Какое лечение применяется при гиперстезии зуба?	ПК-2
	Ответ: реминерализующая терапия раствором ремодента	

	- внутрь глюконат кальция - фторсодержащие препараты (лаки, гели, пасты), десенситайзеры.	
4	В чем заключается лечение при системной гипоплазии?	ПК-2
	Ответ: своевременная лечебная помощь при гипоплазии имеет большое не только эстетическое, но и психологическое значение, так как способствует устранению нежелательных эмоциональных наслоений. Характер вмешательства зависит от клинического проявления. Так, при одиночных белых пятнах лечение можно и не проводить. Но если пятна локализируются на вестибулярной поверхности резцов и видны при разговоре и улыбке, то необходимо этот дефект устранить. Хорошие результаты достигаются пломбированием композитными материалами. При изменении структуры эмали (точечные углубления) также производится устранение дефекта современными пломбировочными материалами. При выраженных изменениях, наблюдаемых при гипоплазии эмали и дентина, возникают показания к ортопедическому лечению.	
5	С какими заболеваниями можно дифференцировать клиновидный дефект?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: эрозия эмали, поверхностный кариес, средний кариес, пришеечный некроз эмали.	
6	С какими заболеваниями можно дифференцировать эрозию эмали?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: пришеечный некроз эмали, системная гипоплазия эрозивная форма, флюороз, эрозивная форма, эрозия твердых тканей зуба, клиновидный дефект, вертикальная стираемость.	
7	Перечислите степени эрозии эмали по глубине поражения?	ПК-1
	Ответ: I степень начальная, - поражение только поверхностных слоев; II степень, средняя – поражен весь эмалевый покров до эмалево- дентинного соединения, III степень, глубокая, - поражен весь эмалевый покров до эмалево- дентинного соединения.	
<b>Б1.Б.1.1.1.4</b>	<b>Кариес. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика кариеса.</b>	<b>ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Опишите метод реминерализующей терапии Леуса и Боровского?	ПК-2
	Ответ: Е.В.Боровский и П.А.Леус предложили метод профилактики и лечения начальных проявлений кариеса зубов путем использования глюконата кальция и фторида натрия. Перед сеансом профилактики пациенты чистят зубы 2 - 3 минуты гигиенической пастой. Далее зубы обкладываются ватными тампонами, смоченными 10% раствором глюконата кальция. Аппликация длится	

	3 - 5 минут. По завершению аппликации глюконата проводится второй этап процедуры: зубы на 1 - 2 минуты обкладываются валиками, смоченными 2% раствором фтористого натрия. На курс рекомендуется три процедуры через день. Через 5 - 6 месяцев повторная серия.	
2	Перечислите этапы препарирования кариозных полостей?	ПК-2
	<p>Ответ: обезболивание</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) раскрытие кариозной полости</li> <li>2) расширение кариозной полости</li> <li>3) некрэктомия</li> <li>4) формирование кариозной полости</li> <li>5) финирирование краев эмали.</li> </ol>	
3	Перечислите основные этапы реставрации зубов?	ПК-2
	<p>Ответ: 1) обезболивание</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) изоляция рабочего поля</li> <li>3) очищение поверхности зуба</li> <li>4) подбор цвета материала</li> <li>5) препарирование кариозной полости</li> <li>6) внесение адгезивной системы</li> <li>7) внесение пломбирочного материала</li> <li>8) шлифовка и полировка реставрации.</li> </ol>	
4	Что подразумевается под общим лечением кариеса?	ПК-2
	<p>Ответ: под общим лечением кариеса зубов подразумеваются меры, направленные на повышение выносливости и стойкости организма к воздействию общих неблагоприятных факторов. Оно предусматривает лечение соматических заболеваний, а также общеукрепляющее медикаментозное лечение (витамиотерапия и др.), сбалансированный рацион питания.</p>	
5	Назовите заболевания с которыми нужно дифференцировать глубокий кариес?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: - средний кариес</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хронический фиброзный пульпит</li> <li>- острого очагового пульпита.</li> </ul>	
6	Какими антисептиками проводится медикаментозная обработка кариозной полости зуба?	ПК-2
	<p>Ответ: - 3% раствор гипохлорита натрия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3% раствор перекиси водорода</li> <li>- 0,06—0,1% раствор хлоргексидина</li> <li>- 0,02% раствор фурацилина.</li> </ul>	
7	Перечислите меры устранения кариесогенной профилактики?	ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: ограничение приема углеводов, режим питания, прием жесткой пищи, гигиена полости рта, улучшение слюноотделения, устранение зубочелюстных аномалий, закрытие фиссур и слепых ямок.</p>	

8	Что представляет собой гибридный слой?	ПК-2
	Ответ: гибридный слой представляет собой слой импрегнированных полимеризованным адгезивом свободных коллагеновых волокон.	
9	При какой форме кариеса проводится диспансерное наблюдение?	ПК-4
	Ответ: при множественном кариесе	
10	Как в клинике рассчитать интенсивность кариеса у пациента?	ПК-1
	Ответ: интенсивность кариеса определяется с помощью индекса КПУ: сумма всех зубов, пораженных кариесом (К), запломбированных (П) и удаленных (У) по поводу осложненного кариеса	
<b>Б1.Б.1.1.1.5</b>	<b>Пульпит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ПК-1. ПК-2</b>
1	Жалобы характерные для острого очагового пульпита?	ПК-1
	Ответ: Острая самопроизвольная боль. Приступообразный характер боли (приступ короткий 10-20 минут, интермиссии длительные – несколько часов). Боль усиливается в ночное время. Боль усиливается от температурных раздражителей (чаще от холодного), долго не проходит после устранения раздражителя. Больной правильно указывает беспокоящий его зуб (т. е. иррадиации боли нет).	
2	С чем дифференцируют острый диффузный пульпит?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: острый диффузный пульпит необходимо дифференцировать от острого очагового и обострившегося хронического пульпита, острого верхушечного и обострившегося хронического периодонтита, невралгии тройничного нерва, гайморита, луночковых болей.	
3	Клиническая картина хронического гипертрофического пульпита?	ПК-1
	Ответ: клинический осмотр в типичных случаях позволяет установить, что коронка зуба сильно разрушена, из кариозной полости выбухает кровоточащая грануляционная ткань иногда в виде полипа. Если полип пульпы сформирован, он имеет вид опухолевидного плотного образования бледно-розового цвета. Зондирование его слабоблезненное. Реакция на температурные раздражители выражена слабо.	
4	С чем дифференцируют хронический гангренозный пульпит?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: хронический гангренозный пульпит дифференцируют от хронического фиброзного пульпита, хронического верхушечного периодонтита.	
5	Перечислите показания к внутривульпарной анестезии?	ПК-2
	Ответ: удаление (ампутация, экстирпация) пульпы зуба как дополнительное обезболивание при витальном или	

	девитальном лечении пульпита, когда основной вид обезболивания (наложение девитализирующей пасты, инфильтрационная, проводниковая анестезия) недостаточно эффективный.	
6	Какие хирургические методы лечения пульпитов вы знаете?	ПК-2
	Ответ: полное (экстирпация витальная и девитальная) и частичное (девитальное) удаление пульпы.	
7	Дайте определение понятию «рабочая длина корневого канала» и перечислите основные способы определения ее длины?	УК-1, ПК-1
	Ответ: рабочая длина корневого канала представляет собой расстояние между наружным и внутренним ориентирами. Способы определения рабочей длины: рентгенологический, апекслокация, метрический, статистический, «по ощущениям пациента», «по ощущением врача», метод красной точки.	
<b>Б1.Б.1.1.1.6</b>	<b>Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Клиническая картина острого периодонтита?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Для острого периодонтита характерно наличие резкой локализованной боли постоянного характера. Вначале при остром периодонтите отмечается нерезко выраженная ноющая боль, которая, как правило, локализована и соответствует области пораженного зуба. Позднее боль становится более интенсивной, рвущей и пульсирующей, иногда иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, что свидетельствует о переходе в гнойное воспаление.	
2	Дифференциальная диагностика хронического фиброзного периодонтита проводится с?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Гранулирующим и гранулематозным периодонтитом, а также со средним кариесом и хроническим пульпитом.	
3	Неотложная помощь при остром периодонтите?	ПК-2
	Ответ: Неотложная помощь будет заключаться прежде всего во вскрытии зуба, цель которого – в создании оттока гноя от верхушек корней зуба через корневые каналы. Но часто этого бывает недостаточно, например, в ситуациях, когда на десне уже есть выраженная припухлость или есть отек мягких тканей лица – в этом случае нужно делать разрез десны при периодонтите.	
4	Хирургические методы лечения периодонтита?	ПК-2
	Ответ: 1.Сохраняющие коронку зуба и целость его периодонта: резекция верхушки корня зуба, цистэктомия, компактостеотомия с последующим кюретажем в области периапикального очага и др. 2.Частично сохраняющие коронковую часть зуба и его периодонт: гемисекция и ампутация корня зуба,	

	коронко-радикулярная сепарация зуба. 3. Сохраняющие коронковую часть зуба при нарушении целостности периодонта: реплантация зуба (первичная, отсроченная). 4. Не сохраняющие зуб: операция удаления зуба, цистэктомия с удалением зуба и др.	
5	Методика проведения короно-радикулярной сепарации?	ПК-2
	Ответ: Под адекватной анестезией выполняют разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут для обеспечения хорошего обзора бифуркации; распиливают коронку зуба без повреждения межкорневой перегородки, шлифуют края коронки; проводят кюретаж в области бифуркации с возможным оставлением остеорегенирующих препаратов; осуществляют медикаментозную обработку и гемостаз; слизисто-надкостничный лоскут укладывают в правильное положение и фиксируют швами	
6	Целью механической обработки корневых каналов является?	УК-1, ПК-2
	Ответ: придать наиболее оптимальную форму корневому каналу для проведения медикаментозной обработки, с последующей герметичной obturацией корневого канала.	
<b>Б1.Б.1.1.1.7</b>	<b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Назовите свойства искусственного дентина?	УК-1, ПК-2
	Ответ: простота использования, хорошая герметизация полости, индифферентность по отношению к пульпе зуба и организму, недостаточная прочность к механическому воздействию (не более 2—3 сут).	
2	Назовите лекарственные формы препаратов для лечебных прокладок на основе гидроксида кальция?	ПК-2
	Ответ: А. Водная суспензия гидроксида кальция. Б. Лаки на основе гидроксида кальция. В. Кальций-салицилатные цементы химического отверждения. Г. Светоотверждаемые полимерные материалы, содержащие гидроксид кальция.	
3	Различия лайнерной и базовой изолирующих прокладок?	ПК-2
	Ответ: базовая прокладка — это слой более 1 мм подкладочного материала, который защищает пульпу от термических и химических раздражителей, создает или сохраняет оптимальной геометрию кариозной полости, а также значительно снижает расход постоянного пломбировочного материала. Тонкослойная прокладка (лайнер) изолирует пульпу от химических раздражителей и обеспечивает связь между стенками полости и постоянным реставрационным материалом.	
4	Показания к применению стеклоиономерных цемента?	ПК-2

	<p>Ответ: 1) Пломбирование полостей III и V классов, клиновидных дефектов и эрозий постоянных зубов; 2) Пломбирование кариеса корня; 3) Пломбирование полостей всех классов молочных зубов и профилактическое запечатывание фиссур постоянных зубов; 4) Наложение базовой прокладки при пломбировании зубов методом «сэндвич»; 5) Создание основы реставрации (создание культи под искусственную коронку); 6) Фиксация штифтов и ортопедических конструкций (коронки, мостовидные протезы).</p>	
5	<p>Перечислите группы препаратов для временного пломбирования корневых каналов?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1. Пасты на основе антибиотиков и кортикостероидов; 2. Пасты на основе метронидазола; 3. Пасты на основе антисептиков длительного действия; 4. Пасты на основе гидроксида кальция; 5. Пасты на основе комбинации гидроксида кальция и йодоформа.</p>	
6	<p>Опишите технику тотального протравливания тканей зуба?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Техника тотального протравливания предусматривает одномоментное нанесение кислотного геля на эмаль и дентин. Кислоту в виде геля наносят шприцем на ткань зуба, начиная с эмали. Отсчет времени ведут после окончания наложения кислоты на эмаль. Основное требование: эмаль протравливают не менее 15 с, Дентин — не более 15 с. Удаляют кислоту струей воды в течение 20 — 30 с, а затем 10 с высушивают полость пылесосом или ватным тампончиком. При таком режиме эмаль бывает полностью высушена, а дентин не пересушен.</p>	
7	<p>Назовите основные группы лекарственных веществ используемых при приготовлении комбинированных лечебных паст?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. Одонтотропные средства: гидроксид кальция, фториды, глицерофосфат кальция, дентинные или костные опилки, гидроксиапатиты, коллаген и др.; 2. Противовоспалительные средства: глюкокортикоиды (преднизолон, гидрокортизон), реже - нестероидные противовоспалительные средства (салицилаты, индометацин и др.); 3. Антимикробные вещества: хлоргексидин, метронидазол, лизоцим, гипохлорит натрия, паста этония; 4. Протеолитические ферменты; 5. Прочие средства: гиалуронидаза, ЭДТА, димексид (ДМСО), каолин, оксид цинка, новокаин, различные масла (гвоздичное, облепиховое, персиковое, эвкалиптовое, масляные растворы витаминов и др.).</p>	
8	<p>Что входит в состав адгезивных систем?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Кондиционер, праймер, бонд.</p>	



<b>Б1.Б.1.1.8</b>	<b>Заболевания тканей пародонта. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1. ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Степени подвижности зубов по Энтину?	ПК-1
	Ответ: в первой степени подвижность зуба в щечно-язычном или орально-вестибулярном направлении, относительно к коронке соседнего зуба, составляет не больше чем 1 мм; во второй степени возникает подвижность в небно-дистальном направлении, при этом она превышает 1 мм; в третьей степени зуб может двигаться во всех выше перечисленных направлениях, а также вертикально; в последней, четвертой степени, зуб имеет способность вращаться вокруг своей оси.	
2	Дифференциальная диагностика гипертрофического гингивита проводится с?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, хроническим катаральным гингивитом и эпюлисом.	
3	Клиническая картина хронического пародонтита легкой степени тяжести?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: При хроническом пародонтите легкой степени возникают неприятные ощущения и чувство дискомфорта в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов и откусывании твердой пищи; межзубные сосочки и краевая десна цианотичны. Определяются зубодесневые карманы глубиной не более 4 мм, над- и поддесневые зубные отложения. Патологической подвижности зубов не наблюдается. Для диагностики пародонтита легкой степени важны данные рентгенологического обследования: отсутствие компактной пластинки; снижение вершин межальвеолярных перегородок до 1/3 их высоты; наличие очагов остеопороза; расширение периодонтальной щели. Общее состояние не нарушено.	
4	Классическая методика проведения лоскутной операции?	ПК-2
	Ответ: 1) формирование слизистонадкостничного лоскута при помощи двух горизонтальных разрезов на уровне основания десневых сосочков с вестибулярной и оральной сторон и двух вертикальных — от края десны до переходной складки. Формируют лоскуты различных видов; 2) частичная гингивэктомия; 3) удаление зубных отложений, грануляций и вросших на внутренней поверхности лоскута тяжей эпителия; 4) обработка края альвеолярного отростка; 5) фиксация лоскута швами в каждом межзубном промежутке и в области вертикальных разрезов.	
5	Показания к закрытому кюретажу пародонтальных карманов?	ПК-2

	<p>Ответ: К показаниям для проведения закрытого кюретажа является пародонтит средней и легкой степени тяжести, при условии, что глубина пародонтальных карманов составляет 3,5 — 4,0 миллиметра, отсутствуют костные карманы, а десна имеет плотную структуру.</p>	
6	<p>Общие противопоказания к физиотерапевтическим методам лечения при заболеваниях пародонта?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: злокачественные новообразования или подозрение на них; системные заболевания крови; резкое общее истощение больного; гипертоническая болезнь III стадии; резко выраженный атеросклероз сосудов головного мозга; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; кровотечения или склонность к ним; общее тяжелое состояние больного; лихорадочное состояние (температура тела выше 38 °С); активный туберкулез легких; эпилепсия с частыми припадками; истерия с тяжелыми судорожными припадками; психозы с явлениями психомоторного возбуждения; острая почечная недостаточность; эндокринные заболевания тяжелой степени.</p>	
7	<p>Вторичная профилактика заболеваний пародонта заключается?</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: 1. Устранение местных травмирующих факторов. 2. Нормализация индивидуальной гигиены полости рта и проведение профессиональной гигиены полости рта. 3. Устранение начальных форм заболеваний пародонта, с целью предотвращения их прогрессирования.</p>	
8	<p>Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с тяжелой степенью хронического генерализованного пародонтита?</p>	ПК-4
	<p>Ответ: 1 раз в три месяца</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.9</b>	<p><b>Травматические повреждения СОПР. Лейкоплакия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b></p>	<b>ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	<p>Перечислите антидоты при химической травме слизистой оболочки полости рта кислотами?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: мыльная вода, 1% раствор карбоната кальция, 0,1% р-р нашатырного спирта (15 капель 10% р-ра на стакан воды), 1 — 2% р-р пищевой соды.</p>	
2	<p>Перечислите жалобы при хронической механической травме СОПР?</p>	ПК-1
	<p>Ответ: Жалобы могут отсутствовать или быть жалобы на незначительную болезненность, жжение при приеме пищи, особенно при кислой, горячей пищи, чувство неловкости, дискомфорта, припухлость.</p>	
3	<p>Дифференциальная диагностика хронической</p>	ОПК-4, ПК-1

	механической травмы.	
	Ответ: Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: 1) красным плоским лишаем; 2) красной волчанкой; 3) кандидозом; 4) сифилисом; 5) туберкулезом; 6) язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана; 7) трофической язвой; 8) болезнями крови; 9) аллергическими заболеваниями.	
4	Лейкоплакию дифференцируют от?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: красного плоского лишая, красной волчанки; вторичного сифилиса, хронического гиперпластического кандидоза, помутнения эпителия в процессе его регенерации, болезни Боуэна, мягкой лейкоплакии; ороговевающего плоскоклеточного рака.	
5	Клиническая картина лейкоплакии курильщиков?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: поражается в основном слизистая оболочка твердого неба и примыкающего к нему отдела мягкого неба. Иногда вовлекается край десны. Слизистая оболочка в области поражения серовато-белого цвета, часто складчатая. На этом фоне, преимущественно в задней половине твердого неба, выделяются красные точки — зияющие устья выводных протоков кистообразно расширенных слюнных желез, имеющих вид мелких узелков. Они образуются за счет закупорки выводных протоков гиперкератотическими массами. Поражение неба при лейкоплакии курильщика может сочетаться с расположением элементов на слизистой оболочке щек, углов рта, нижней губе и др.	
6	Лечение веррукозной и эрозивной формы лейкоплакии?	ПК-2
	Ответ: Лечение при веррукозной и эрозивной формах лейкоплакии вначале проводят медикаментозно. В случае, если оно не приводит к положительной динамике (переход веррукозной формы в плоскую) в течение 1 мес, необходимо хирургическое лечение: иссечение очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. Удаление участков лейкоплакии может быть проведено с использованием электрокоагуляции или криодеструкции.	
7	Перечислите антитоды при химической травме слизистой оболочки полости рта щелочами?	ПК-2
	Ответ: 0,5% раствор уксусной или лимонной кислоты, 0,1% раствор соляной кислоты, 2% раствор серной кислоты	
8	Профилактика лейкоплакии?	ПК-4, ПК-5
	Ответ: устранение раздражающих факторов (санация полости рта, исключение курения приема алкоголя), устранение профессиональных вредностей (химические,	

	физические факторы), лечение сопутствующих заболеваний.	
<b>Б1.Б.1.1.1.10</b>	<b>Инфекционные поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Опишите клиническую картину легкой формы острого герпетического стоматита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: данная форма протекает с повышением температуры до 37,4-37,7°C, но общее состояние вполне удовлетворительное, а интоксикационные признаки практически не ощущаются. Во рту отмечается небольшая отечность, покраснение и разовая, немногочисленная пузырьковая сыпь.	
2	Хронический рецидивирующий герпес необходимо дифференцировать от?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. Рецидивирующего афтозного стоматита; 2. Аллергического стоматита; 3. Стрептококкового импетиго.	
3	Диагностика язвенно-некротического стоматита Венсана?	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: диагноз язвенно-некротического стоматита Венсана ставят на основании характерной клинической картины и обнаружения в соскобе с поверхности язв обилия веретенообразных фузобактерии и спирохет.	
4	Общее лечение язвенно-некротического стоматита Венсана?	ПК-2
	Ответ: в качестве антибактериальной терапии внутрь назначают метронидазол (трихопол, флагил, клион) по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней. Применяют также антибиотики широкого спектра действия: левомецетин по 0,5 г 3—4 раза в сутки, курс лечения 7—10 дней; сумамед по схеме в течение 5 дней; рулид по 150 мг 2 раза в сутки в течение 7—10 дней. Назначают антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, фенкарол, диазолин), а также поливитамины. Рекомендуют обильное питье, высококалорийную нездражающую пищу.	
5	Опишите клинические проявления острого атрофического кандидоза.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: характеризуется значительной болезненностью, жжением и сухостью в полости рта. Слизистая оболочка огненно-красная, сухая. При поражении языка его спинка становится малиново-красного цвета, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофированы. Налет отсутствует или сохраняется в глубоких складках, снимается с трудом и представляет собой конгломерат спущенного эпителия и большого количества грибов рода <i>Candida</i> в стадии активного почкования.	

6	С чем дифференцируют хронический атрофический кандидоз?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференциальную диагностику проводят с красным плоским лишаем; аллергическим стоматитом, вызванным действием акриловых пластмасс; различными формами медикаментозного стоматита; сифилитическими папулами.	
7	Цель терапии вирусных поражений СОПР заключается?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Нейтрализация вируса и предупреждение дальнейшего появления новых высыпаний элементов поражения; 2. Снятие общей интоксикации. 3. Усиление иммунологической сопротивляемости организма и СОПР; 4. Устранение боли, ускорение периода очищения эрозий, обратное развитие воспалительной реакции и эпителизация элементов поражения СОПР.	
8	Профилактика язвенно-некротического стоматита Венсана?	ОПК-7, ПК-4, ПК-5
	Ответ: профилактические осмотры у стоматолога (не реже 3-4 раз в год); соблюдение гигиены полости рта; здоровый образ жизни; полноценное питание.	
<b>Б1.Б.1.1.1.11</b>	<b>Аллергические поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-10, ПК-2, ПК-4</b>
1	С чем проводится дифференциальная диагностика анафилактического шока?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. Острая сердечная недостаточность, 2. Инфаркт миокарда, 3. Эпилепсия (при наличии судорог).	
2	Опишите клиническую картину отёка Квинке?	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: заболевание начинается внезапно. В течение нескольких минут, иногда медленнее, на различных участках лица, слизистой оболочки рта или других частях тела развивается выраженный ограниченный отек. При этом цвет кожи или слизистой оболочки рта не меняется. В области отека отмечается напряжение ткани, при давлении на нее ямки не остается, пальпация безболезненна. Наиболее часто отек Квинке располагается на нижней губе, веках, языке, щеках, гортани. В случае отека языка он значительно увеличивается и с трудом помещается во рту. Развившийся отек языка и гортани наиболее опасен, так как может привести к быстрому развитию асфиксии. Процесс в этих областях развивается очень быстро. Больной ощущает затруднение дыхания, развиваются афония, синюшность языка.	
3	Чем характеризуется клиническая картина катарально-геморагического аллергического стоматита?	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: При осмотре полости рта отмечаются разлитая или ограниченная гиперемия, отек слизистой оболочки (отпечатки зубов на боковых поверхностях языка и	

	щек), нарушений целостности эпителия нет. Иногда при более выраженных изменениях наряду с гиперемией отмечаются точечные или большего размера геморрагии. Характерную картину представляет собой лекарственный глоссит: спинка языка становится ярко-красной, иногда выражены явления десквамации эпителия и атрофия нитевидных сосочков (лакированный язык).	
4	Как проводится лечение контактного аллергического стоматита?	УК-1, ПК-2
	Ответ: этиотропное лечение больных контактным аллергическим стоматитом связано с устранением аллергена. Лечение при контактном стоматите от протезов заключается в изготовлении нового протеза из другого материала. При непереносимости акриловых пластмасс для исключения контакта слизистой оболочки рта и ложа протеза применяют различные изоляционные прокладки. Недоброкачественные протезы, вызывающие травму, снижение высоты прикуса, микротоки подлежат замене. При выраженной воспалительной реакции слизистой оболочки рта проводят ее обработку противовоспалительными и антисептическими препаратами. В тяжелых случаях назначают десенсибилизирующие средства.	
5	Перечислите физиотерапевтические методы лечения при многоформной экссудативной эритеме?	ПК-2
	Ответ: лучи гелий- неоновый лазер, гипербарическая оксигенация	
6	Перечислите группы препаратов, применяемых при местном лечении контактного аллергического стоматита?	ПК-2
	Ответ: обезболивающие, антисептические препараты для обработки поражений, антигистаминные препараты. При тяжелом поражении СОПР – кортикостероидные препараты в виде аппликаций, аэрозолей. Кератопластические средства.	
7	Профилактика многоформной экссудативной эритемы?	ПК-2, ПК-4
	Ответ: санация полости рта, устранение очагов хронической инфекции	
8	Оптимальный ритм ударов при закрытом массаже сердца в минуту должен составлять?	ОПК-10
	Ответ: 100-120	
<b>Б1.Б.1.1.1.12</b>	<b>Изменения СОПР при системных заболеваниях. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика</b>	<b>УК-1, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Какое лечение патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, УК-3, ПК-2
	Ответ: лечение выявленного и диагностированного общезабоевания у гастроэнтеролога, терапевта; лечение поражений слизистой оболочки полости рта у	

	<p>стоматолога.</p> <p>Стоматолог обязан провести строго индивидуальную, тщательную санацию полости рта, снизить инфицированность полости рта, восстановить нормальную жевательную функцию с использованием, в частности, протезирования.</p> <p>Тщательная санация полости рта предусматривает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• коррекцию индивидуальной гигиены и контроль за качеством чистки зубов;</li> <li>• проведение профессиональной гигиены с использованием ультразвуковых приборов; выбор средств гигиены (зубные щетки, пасты, ершики, ирригаторы и т.д.);</li> <li>• лечение кариеса, его осложнений; реставрацию зубов;</li> <li>• удаление разрушенных зубов, корней</li> <li>• изготовление протезов;</li> <li>• устранение травмирующих факторов;</li> <li>• использование местной симптоматической терапии включает в себя: <ul style="list-style-type: none"> <li>- обезболивание (раствор лидокаина, взвесь анестезина в персиковом масле и др.);</li> <li>- антисептическую обработку слизистой оболочки полости рта (хлоргексидин, стоматофит и др.);</li> <li>— стимуляцию эпителизации эрозий и язв (гель, мазь солкосерила, мундизал гель, мазь радевит, облепиховое масло и т.д.). Назначают имудон в качестве иммуностимулятора внутрь витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, В<sub>12</sub>, В<sub>5</sub>) и микроэлементы.</li> </ul> </li> </ul> <p>Препараты, нормализующие кишечную флору, ферменты (бифидумбактерин, мексаза, абиомин и др.) должен назначать гастроэнтеролог после обследования больного.</p> <p>Больные с патологией желудочно-кишечного тракта должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога и стоматолога</p>	
2	Какие основные принципы лечения поражений СОПР и языка при сердечно-сосудистых заболеваниях?	УК-1, УК-3, ПК-2
	<p>Ответ: консультация и лечение у кардиолога (терапевта); местные воздействия, зависящие от клинико-морфологических проявлений (отек, эрозия, язва и т.д.) после консультации с кардиологом, санация полости рта: профессиональная гигиена и коррекции индивидуальной гигиены рта; лечение кариеса и его осложнений; изготовление протезов; пародонтологическое лечение.</p>	
3	Проявление гиповитаминоза В2 в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: сухость, шелушение, покраснение красной каймы губ; вертикальные и комиссуральные трещины. Шелушение кожи, себорейные корки на крыльях носа, в</p>	

	носогубных складках. Атрофия сосочков языка; гиперимия, афты.	
4	Какими препаратами можно стимулировать слюноотделение?	УК-1, ПК-2
	Ответ: 3% раствор йодида калия- по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды, курс 3-4 нед; 1% раствор пилокарпина - по 5-6 капель 3 раза в день перед едой, курс 3-4 недели; масляный раствор витамина А - по 5-6 капель 3 раза в день, курс 3-4 недели	
5	Укажите дополнительные методы исследования при подозрении на гиповитиминозе В 12?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: клинический и биохимический анализ крови	
<b>Б1.Б.1.1.1.13</b>	<b>Изменения СОПР при дерматозах. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
1	Перечислите с чем можно провести дифференциальную диагностику эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, язвенно-некротическим стоматитом, эрозивно-язвенной формой лейкоплакии, декубитальной язвой, трофической язвой, доброкачественной и злокачественной пузырчаткой, аллергическим и токсико-аллергическим поражением, герпетическим стоматитом.	
2	С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику акантолитической (истинной) пузырчатки от других буллезных поражений слизистой оболочки рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ:- многоформной экссудативной эритемы; - пемфигоида; - лекарственной аллергии; - буллезной формы красного плоского лишая; - герпетиформного дерматита Дюринга.	
3	Перечислите этапы местного лечения эрозивно-язвенной и буллезной формы красного плоского лишая?	ПК-2
	Ответ: 1) санация полости 2) обезболивание СОПР 3) антисептическая обработка 4) ферментативные препараты 5) кортикостероидная терапия 6) эпителизирующая терапия	
4	Перечислите этапы общего лечения эрозивно-язвенной и буллезной формы красного плоского лишая?	ПК-2
	Ответ: 1) седативная терапия 2) витаминотерапия 3) противовоспалительная терапия 4) антигистаминная терапия 5) гипосенсибилизирующая терапия	



	6) стимуляция тканевого обмена 7)иммунокорректирующая терапия 8)физиолечени 9)криодеструкция	
5	На основании чего ставится диагноз пузырчатка?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ:на сновании клинических проявлений, положительного симптома Никольского, результатов цитологического исследования (клетки Тцанка) и прямой реакции иммунофлюоресценции.	
6	Составьте схему общего лечение красного плоского лишая типичной формы ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: транквилизаторы: фенезепам 0,0005г, сибазон 2 мг, реланиум 2 мг, седуксен 2мг, назначение внутрь по 1/2 таблетки на ночь. Седативные средства: настойка пустырника, валерианы, ново-пассит - по 5 -10 мл, 3 раза в день, курс лечения 1 месяц, всего 2-3 курса. Витаминотерапия: витрум по 1 табл 2-3 месяца Иммунокорректирующая терапия: имудон 6-8 табл в день сублингвально курс 20 дней Консультация с другими специалистами - гастроэнтеролог, кардиолог, невропатолог	
<b>Б1.Б.1.1.1.14</b>	<b>Аномалии развития языка, глосситы, хейлиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5</b>
1	Схема лечения черного "волосатого" языка?	УК-1, ПК-2
	Ответ: проводится санация полости рта (гигиена полости рта, удаление местных травмирующих факторов). Для местного лечения рекомендуется использование кератолитических средств — смазывание спинки языка 3–5 % раствором резорцина, 5—10 % раствором салицилового спирта (2–3 раза в день). Используются с этой же целью инъекции под очаг поражения 0,25 % раствора кальция хлорида. Вводят 0,5–1 мл 0,25 % кальция хлорида с 0,5 мл 1–2 % новокаина под очаг поражения два раза в неделю (на курс 3–5 инъекций). Запрещается курение, злоупотребление раздражающей пищей. При выраженной гиперплазии нитевидные сосочки можно удалить с применением криодеструкции.	
2	Какое лечение требуется при складчатом языке?	УК-1, ПК-2
	Ответ: местное лечение складчатого языка не требуется. Необходимы соблюдение гигиены полости рта и своевременная санация.	
3	Перечислите с какими заболеваниями можно дифференцировать сухую форму эксфолиативного хейлита?	УК-1, ПК-1
	Ответ:- метеорологического хейлита; - атопического хейлита;	

	- контактного аллергического хейлита.	
4	Какое лечение требуется для первичного и вторичного glandularного хейлита?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: для лечения первичного glandularного хейлита используют противовоспалительные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая, нафталиновая и др.). Применяют электрокоагуляцию или иссечение гипертрофированных слюнных желез.</p> <p>Лечение вторичного glandularного хейлита предусматривает в первую очередь лечение основного заболевания, его вызвавшего, местно проводится противовоспалительная терапия.</p>	
5	Схема лечения контактного аллергического хейлита?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при лечении аллергического контактного хейлита прежде всего необходимо выявить и устранить факторы, вызвавшие заболевание. Для местного лечения используют мази, содержащие кортикостероиды (0,5 % преднизолоновая, «Флуцинар», «Лоринден»), которые необходимо наносить на поверхность красной каймы губ 5–6 раз в день. Внутрь назначают десенсибилизирующие препараты (супрастин, тавегил, фенкарол и др.).</p>	
6	Как проводится лечение Макрохейлита или Синдрома Мелькерсона-Розенталя?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при лечении больных с синдромом Мелькерсона — Розенталя назначают кортикостероидные препараты (20–30 мг преднизолона, или 2–3 мг дексазона в сутки) вместе с антибиотиками широкого спектра действия (олететрин 750 000—1 000 000 ЕД в день) и синтетическими противомаларийными препаратами (делагил по 0,25 г 2 раза в день, на курс 20–25 г). Применяют также антигистаминные средства, витамины С и В. Указанный курс лечения проводят в течение 30–40 дней.</p> <p>При выявлении у больного микробной аллергии проводится специфическая гипосенсибилизирующая терапия.</p> <p>Лечение стойких, упорно текущих форм заболевания в период ремиссии проводят пирогенными препаратами (пирогенал, продигозан и др.).</p> <p>Для лечения макрохейлита используют электрофорез гепарина и димексида.</p> <p>В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения используют хирургические методы. Указанные курсы лечения целесообразно повторять через 2–3 мес.</p>	
7	План местного лечения при десквамативном глоссите?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: антисептические препараты: хлоргексидин 0,06% раствор, перекись водорода 1% раствор, раствор перманганата калия 1:5000, отвары ромашки, шалфея,</p>	

	календулы, леденцы "стрепсилс" Кератолитические средства: Ретинол, 3,44% масляный р-р, местно на пораженные участки 5—6 р/сут, до клинического улучшения + Витамин Е, 5—10% масляный р-р, местно на пораженные участки 5—6 р/сут, до клинического улучшения + Кальция пантотенат, 5% р-р, местно в виде аппликаций 2—4 р/сут, 20—40 сут.	
8	Периодичность диспансерного наблюдения пациентов с хронической трещиной губы? Ответ: не менее 1 раза в год	УК-1, ПК-3, ПК-4
9	Профилактика десквамативного глоссита? Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии.	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5
<b>Б1.Б.1.1.1.15</b>	<b>Профессиональная гигиена полости рта. Отбеливание зубов.</b>	<b>УК-1, ОПК-6, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	Чем удаляются мягкие зубные налеты? Ответ: мягкие налеты удаляют путем прополаскивания рта антисептическими растворами и с помощью ватных тампонов, обильно смоченных перекисью водорода, раствором перманганата калия. Если этого недостаточно, то налеты удаляют экскаватором. Зубной налет и налет курильщиков снимают экскаватором с последующей очисткой зубов специальной щеткой с пемзой или резиновыми чашечками, полирами.	ПК-2
2	Методика удаления зубных отложений? Ответ: начинают удаление отложений с дистальной поверхности нижнего правого восьмого зуба и далее перемещаются в мезиальном направлении, последовательно продвигаются к передним зубам, удаляя отложения со всех поверхностей зубов. Затем переходят к удалению отложений слева и завершают процедуру на нижней челюсти чисткой передних зубов. Зубы верхней челюсти также начинают чистить с дистальной поверхности последнего зуба левой стороны, затем переходят на правую сторону и завершают процедуру чисткой передних зубов.	ПК-2
3	При механическом удалении зубного камня, какие инструменты используют? Ответ: для этого применяют различной формы экскаваторы, крючки, эмалевые ножи, кюретажные ложки, приспособлявая тот или иной инструмент к различным плоскостям зуба. Имеются наборы для удаления зубного камня — набор Закса, Макколла. Основным инструментом для удаления зубного камня является острый экскаватор.	ПК-2
4	Какие правила при использовании ультразвуковых	ПК-2

	аппаратов для удаления зубного камня?	
	Ответ: не устанавливать острие инструмента перпендикулярно оси зуба, не оказывать какого-либо давления на поверхность зуба, не использовать аппарат без вводного орошения.	
5	Способ применения химических средств для удаления зубного камня?	УК-1, ПК-5
	Ответ: для этой цели можно использовать жидкий детергент (Detartrol ultra) фирмы «Септодонт», состоящий из концентрированной соляной кислоты, йода и хлороформа. Препарат на ватном тампоне наносят на обрабатываемый участок зуба на 30 с, затем тампон убирают, а зуб прополаскивается водой. Данный детергент размягчает зубной камень, который можно затем легко соскоблить с поверхности зуба. Следует избегать попадания препарата на десну.	
6	Опишите методику домашнего отбеливания зубов?	УК-1, ПК-5
	Ответ: 1. Оптимальным является изготовление индивидуальных кап. 2. Отбеливающий гель (может быть 9%, 10%, 12%, 24%) вводится на самое дно каппы – то есть 1/5-1/4 высоты каппы. 3. Ночной вариант отбеливания: каждую ночь в течение недели (более 7 дней не рекомендуется) 4. Дневной вариант: 2-4 часа в день в течение 2 недель 5. Прийти на проверку к врачу-стоматологу.	
7	Профилактика заболеваний пародонта у беременных женщин включает?	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5
	Ответ: профессиональную гигиену полости рта.	
8	Как заполняются карты на больных, которые находятся на диспансерном наблюдении по разным заболеваниям?	УК-1, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: заполняются отдельные контрольные карты.	
<b>Б1.Б.1.1.1.16</b>	<b>Диспансеризация стоматологических больных</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-4, ПК-6</b>
1	Какая документация необходима для учета и контроля проводимых диспансерных мероприятий?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: основными медицинскими документами для учёта и контроля проводимых диспансерных мероприятий являются: Медицинская карта амбулаторного больного Карта учёта диспансеризации Контрольная карта диспансерного наблюдения.	
2	Диспансерное наблюдение пациентов с множественным кариесом необходимо проводить?	УК-1, УК-2, ОПК-8, ПК-4, ПК-6
	Ответ: два раза в год при множественном кариесе.	
3	Перечислите организации в которых осуществляется диспансерное наблюдение стоматологических больных?	УК-1, ОПК-8, ПК-6

	<p>Ответ: диспансерное наблюдение необходимо организовывать не только в специализированных стоматологических организациях, но и во всех медицинских организациях имеющих в штате врача-стоматолога.</p>	
4	<p>Что лежит в основе стоматологической диспансеризации?</p>	<p>УК-1, ОПК-8, ПК-1, ПК-4, ПК-6</p>
	<p>Стоматологическая диспансеризация строится на основе санации полости рта, устранения сопутствующих заболеваний, профилактической работы в организованных детских коллективах — яслях, детских садах, школах, гимназиях и др., разработки рекомендаций по рациональному питанию, индивидуальной профилактики и динамического наблюдения за пациентами.</p>	
5	<p>Назовите группы диспансерного наблюдения?</p>	<p>УК-1, ОПК-8, ПК-6</p>
	<p>Ответ: ДI — здоровые, в том числе лица с так называемыми пограничными состояниями, у которых выявлены незначительные отклонения от установленных норм; ДII — практически здоровые лица, имеющие в анамнезе заболевание в стадии стойкой компенсации, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность; ДIII — больные с легким течением заболеваний в стадии компенсации с редкими обострениями, нуждающиеся в лечении; ДIV — больные с субкомпенсированным течением болезни, частыми обострениями (3—4 раза в год), нуждающиеся в лечении и реабилитации; ДV — больные с декомпенсированным течением болезни, нарушением функций других органов.</p>	
6	<p>Виды стоматологической диспансеризации?</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-8, ПК-6</p>
	<p>Ответ: диспансеризация стоматологических больных может быть кратковременной, длительной и постоянной. Некоторые контингенты стоматологических больных нуждаются в диспансерном наблюдении в течение всей жизни.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.17</b>	<p><b>Физиотерапия стоматологических заболеваний</b></p>	<p><b>УК-1, ПК-2</b></p>
1	<p>Показания для проведения УВЧ – терапии?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: острые, гнойные воспалительные процессы; травма мягких тканей и челюстей; эрозивно-язвенные поражения кожи, слизистой оболочки полости рта; заболевания нервов лица.</p>	
2	<p>Показания для проведения магнитотерапии?</p>	<p>УК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: магнитотерапия применяется при пародонтите; катаральном гингивите; язвенных и травматических</p>	

	повреждениях слизистой оболочки полости рта; послеоперационной травме и ранах; остром артрите височно-нижнечелюстного сустава.	
3	Какие аппараты используются проведения для магнитотерапии?	УК-1, ПК-2
	Ответ: для магнитотерапии используют аппараты: «По-люс-1» в комплект которого входят 5 индукторов-соленоидов различной формы, «Полус-101», «УМ-6», «Олимп-1» и «Звезда-3».	
4	Перечислите показания к применению инфракрасного излучения ?	УК-1, ПК-2
	Ответ: хронических воспалительных процессах челюстно-лицевой области; для ускорения заживления; посттравматическом периоде; ожоге; отморожении.	
5	Какие эффекты оказывает ультразвук?	УК-1, ПК-2
	Ответ: ультразвук оказывает противовоспалительное и обезболивающее, рассасывающее, десенсибилизирующее, тонизирующее действие.	
6	Противопоказания к использованию ультразвука?	УК-1, ПК-2
	Ответ: беременность; атеросклероз; заболевания центральной нервной системы; новообразования; болезни эндокринной системы; болезни крови; истощение; металлический остеосинтез при переломе.	
7	Показания к применению УФ-лучей?	УК-1, ПК-2
	Ответ: ультрафиолетовое излучение показано при: острых, в том числе гнойных, воспалительных процессах челюстно-лицевой области; язвенных поражениях слизистой оболочки полости рта; болях при заболеваниях пародонта; травме мягких тканей и челюстей; роже; угревой сыпи; для профилактики кариеса зубов.	
<b>Б1.Б.1.1.2</b>	<b>Стоматология ортопедическая</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.2.1</b>	<b>Особенности зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, при различных патологиях. Дополнительные методы исследования.</b>	<b>УК-1, ОПК-7, ПК-1</b>
1	Характеристика состояние слизистой оболочки протезного ложа по Суппли (I класса)?	УК-1, ПК-1
	Ответ : I класс. Идеальное протезное поле. Хорошо выраженные альвеолярные гребни покрыты слегка податливой слизистой оболочкой. Небо покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно	

	податливой в задней его трети. Места прикрепления естественных складок достаточно удалены от вершины альвеолярного гребня.	
2	Методика проведения компьютерной томографии?	УК-1, ПК-1
	Ответ: используются специальные аппараты-томографы или томографические приставки. Во время проведения томографии пациент неподвижен, рентгеновская трубка и кассета с пленкой перемещаются в противоположных направлениях. С помощью томографии можно получить рентгеновское изображение определенного слоя кости на нужной глубине.	
3	Мастикациограмма - это?	УК-1, ПК-1
	Ответ: мастикациограмма — графическое изображение движений нижней челюсти во время жевания (от откусывания до формирования пищевого комка)	
4	Для чего применяют функциографию?	УК-1, ПК-1
	Ответ: с помощью этого метода возможны изучение функции височно-нижнечелюстного сустава, диагностика патологии сустава и жевательных мышц. Форма готического угла позволяет оценить функцию сустава, жевательных мышц и определить, симметричны ли движения нижней челюсти вправо и влево, имеется ли ограничение движений в одну или обе стороны.	
5	Дайте определения понятию " Электромиография"?	УК-1, ПК-1
	Ответ: электромиография (ЭМГ) – является единственным объективным и информативным методом исследования функционального состояния периферической нервной системы, патология которой в структуре неврологических заболеваний занимает ведущее место.	
6	На что следует обратить внимание при внешнем осмотре лица пациента на ортопедическом приеме?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: на симметричность половин лица, высоту нижней части его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочной и носогубной складок, положение углов рта, обнажение зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке.	
<b>Б1.Б.1.1.2.2</b>	<b>Диагноз и его составные части</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
1	Оформить амбулаторную карту больного?	УК-1, ОПК-6, ПК-6
	Ответ: Заполнить титульный лист, отразить жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые	

	консультации, зафиксировать факторы риска, зафиксировать дату, запись должна быть подписана (с расшифровкой Ф.И.О.).	
2	Субъективные жалобы предъявляемые пациентом?	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	Ответ: эстетическая неудовлетворенность: западение губ, щек, старческий вид, заеды, нарушение функции жевания и речеобразования; невозможность пережевывания пищи, боли в области ВНЧС, нарушение слуха. У лиц, обращающихся повторно встречаются жалобы на плохую фиксацию имеющихся протезов.	
3	Что включают в план ортопедического лечения?	УК-2, ПК-2
	Ответ: в него включают план подготовки полости рта к протезированию. Указывают характер и последовательность вмешательств, направленных на создание благоприятных условий для протезирования. Больного необходимо направить на удаление корней подвижных зубов, экзостозов. По показаниям проводят рентгенографию альвеолярных отростков, височно-нижнечелюстного сустава, запись движений нижней челюсти, записи резцового и суставного путей.	
4	Какой классификацией пользуются для постановки диагноза ?	ОПК-4
	Ответ: дефекты зубных рядов определяются по классификации Кеннеди. 1)зубные дуги с двусторонними концевыми дефектами; 2)– зубные дуги с односторонними концевыми дефектами; 3) – зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе; 4)– включенные дефекты переднего отдела зубной дуги.	
5	Чем определяется тяжесть болезни?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: тяжесть болезней определяется локализацией и характером течения, длительностью, временем и эффективностью, но и числом органов, вовлеченных в патологический процесс, степенью нарушения функции органов и тяжестью морфологических изменений.	
6	В чем заключается непосредственное протезирование?	ПК-2
	Ответ: при непосредственном (первичном) протезировании протез изготавливают до операции и накладывают на протезное ложе на операционном столе или в стоматологическом кресле, но не позднее 24 часов с момента операции. Иногда этот вид протезирования называют послеоперационным, а протезы - непосредственными (иммедиат-протезы).	
<b>Б1.Б.1.1.2.3</b>	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению.</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	К чему приводит исчезновение последней пары антагонистов?	УК-1. ПК-2



	<p>Ответ: исчезновение последней пары антагонистов приводит к потере фиксированной межальвеолярной высоты и перестройке деятельности жевательных мышц. Удаление последнего зуба, даже если он был лишен антагониста, означает также исчезновение ощущения жевания на естественных зубах.</p>	
2	<p>Абсолютным показаниям удаление зубов и корней?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1) при хроническом периодонтите; 2) остром и хроническом пульпите третьего моляра, в случаях значительного разрушения коронки или аномального ее расположения; 3) затрудненном прорезывании третьего нижнего моляра; 4) ретенированных и дистопированных зубов; 5) наличии зубов, связанных с актиномикотическими или туберкулезными очагами; 6) по ортодонтическим показаниям; 7) в продольном переломе корня зуба.</p>	
3	<p>Гемисекция корня зуба- это?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: гемисекция корня зуба — это отсечение и удаление от зуба одного из корней (который нельзя вылечить) вместе с прилежащей к нему коронковой частью. Оставшуюся часть зуба с запломбированными корнями можно использовать в зубном протезировании.</p>	
4	<p>Требования к сохранению корня зуба?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: иметь достаточную длину в костной ткани, быть устойчивыми. Канал корня должен быть запломбирован до верхушки, окружающие корень ткани не должны иметь патологических изменений.</p>	
5	<p>Целесообразно ли сохранить одиночно стоящие зубы на нижней челюсти?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: целесообразности их сохранения., так как наличие хотя бы одного зуба на нижней челюсти в значительной степени улучшает фиксацию съемного протеза, облегчает привыкание к нему, повышает его функциональную ценность. На нижней челюсти желательно сохранять даже подвижные зубы, особенно в тех случаях, где подвижность обусловлена артикуляционной перегрузкой.</p>	
6	<p>Почему необходимо уделять особо внимание лечению осложненного кариеса перед протезированием?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при пломбировании каналов цемент не следует выводить за верхушку, особенно в тех зубах, которые в последующем будут опорными. Это может привести к осложнениям. Осложнения могут наблюдаться и при нагрузке протезом зубов с гранулирующим периодонтитом. Поэтому лечение опорных зубов надо проводить тщательно и под контролем рентгенограмм.</p>	
7	<p>Что из себя представляет специальная подготовка перед протезированием?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: специальная подготовка представлена большим</p>	

	числом лечебных процедур, которые могут носить терапевтический (удаление пульпы интактных зубов), хирургический (удаление экзостозов, небного торуса, углубление преддверия полости рта, пластика альвеолярного отростка, устранение рубцовых деформаций переходной складки и протезного ложа и др.) и ортопедический характер (поэтапное повышение межальвеолярной высоты, устранение деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов, устранение аномалий).	
8	Чем определяется тактика врача при удалении одиночно стоящих зубов на верхней и нижней челюстях?	ПК-2
	Ответ: вопрос о сохранении одиночно стоящих зубов определяется индивидуально и зависит от клинической картины в полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-3, ОПК-8, ПК-2, ПК-6</b>
1	Этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду?	ПК-2
	Ответ: 1) подготовка корня; 2) получение размеров окружности корня; 3) припасовка кольца и штифта; 4) получение оттиска с кольцом и штифтом и изготовление модели; 5) припасовка каппы со штифтом; 6) получение оттисков и отливка модели с каппой; 7) изготовление коронки; 8) фиксация протеза в полости рта.	
2	Этапы изготовления штифтового зуба по Копейкину В. Н.?	ПК-2
	Ответ: 1) подготовка наддесневой части корня; 2) расширение корневого канала; 3) снятие оттиска для изготовления колпачка; 4) изготовление колпачка; 5) припасовка колпачка и штифта (перфорация колпачка бором для входа штифта); 6) снятие оттиска с колпачком и штифтом для пайки и изготовление коронки; 7) изготовление штифтового зуба; 8) припасовка зуба; 9) окончательное изготовление протеза и фиксация в полости рта фосфат-цементом.	
3	Последовательность клинико-лабораторных этапов при моделировании литой культевой штифтовой вкладки прямым способом?	ПК-2
	Ответ: 1) обработка разрушенной коронки зуба; 2) расширение канала корня; 3) формирование дополнительной полости; 4) введение в канал корня воска и моделирование наддесневой (культевой) части вкладки; 5) отливка вкладки из металла; 6) припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки в канале корня цементом.	
4	Клинические этапы изготовления металлической штампованной коронки?	ПК-2
	Ответ: 1) препарирование зуба, снятие оттисков. 2) определение центрального соотношения челюстей.	

	3) проверка качества изготовленной коронки, припасовка в полости рта. 4) фиксация коронки на цемент.	
5	Лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки?	ПК-2
	Ответ: 1) отливка гипсовых моделей челюстей, при необходимости изготовление восковых базисов с прикусными валиками. 2) изготовление металлической штампованной коронки. 3) шлифовка и полировка штампованной коронки.	
6	Проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением?	УК-1, УК-2, ОПК-3, ОПК-8, ПК-6
	Ответ: санитарно-просветительная работа проводится с помощью: устного, печатного, наглядного материала в виде : лекции, беседы, доклады, громкого чтения, вечера вопросов и ответов, курсовых занятий, выступления по радио.	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Перечислите клинические этапы изготовления металлокерамических протезов?	ПК-2
	Ответ: 1) препарирование зубов под опорные коронки. Снятие оттисков; 2) определение центральной окклюзии; 3) припасовка цельнолитого металлокерамического протеза. Определение цвета керамической облицовки; 4) припасовка готового металлокерамического протеза; 5) фиксация металлокерамического протеза на постоянный цемент.	
2	Какой мостовидный протез применяются при резком наклоне зубов?	ПК-2
	Ответ: адгезивный мостовидный протез.	
3	Какая бывает фиксация пластиночного протеза?	ПК-2
	Ответ: 1) точечная (один зуб), 2) линейной (на два зуба), 3) плоскостная (три и более зубов).	
4	Перечислите приемы определения центрального соотношения челюстей.	ПК-1
	Ответ: насильственный, функциональный, инструментальный	
5	С какой челюсти начинают постановку искусственных зубов?	ПК-2
	Ответ: с верхней челюсти.	
6	Какие фазы адаптации к зубному протезу Вы знаете?	ПК-2
	Ответ: фаза раздражения, частичного торможения, полного торможения.	
7	Каким образом производится уход за съёмными протезами?	УК-1, ПК-4, ПК-5
	Ответ: Чистка щёткой с пастой два раза в день, после	

	каждого приёма пищи промывать проточной водой. Не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты. Необходимо производить коррекции протезов. Следует беречь протезы от механических и химических повреждений. Ремонт протеза производится только врачом. Раз в полгода необходимы профилактические осмотры.	
8	Клинические приёмы при протезировании частичными съёмными протезами?	ОПК-7, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) обследование пациента; 2) получение оттиска; 3) определение центрального соотношения челюстей; 4) проверка каркаса дугового протеза; 5) проверка конструкции съёмного протеза; 6) наложение протеза; 7) контрольные (повторные) осмотры больного.	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов</b>	<b>УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-7, ПК-1, ПК-2</b>
1	Перечислите клинические этапы протезирование полном съёмном протезом	УК-1, УК-3, ОПК-7, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) внешний осмотр и обследования полости рта, преддверия полости рта, снятие анатомического оттиска, 2) припасовка индивидуальной ложки в полости рта, пробы Гербста, 3) определение центральной окклюзии, 4) проверка конструкции полного съёмного протеза на модели и в полости рта, 5) сдача протеза	
2	Перечислите этапы определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: 1) установление высоты верхнего окклюзионного валика и оформление овала в вестибулярном отдела, 2) формирование окклюзионной плоскости, 3) определение межальвеолярной высоты, 4) определение и фиксация центрального соотношения, 5) нанесение анатомических ориентиров для постановки искусственных зубов.	
3	Сколько насчитывают функциональных проб Гербста для нижней челюсти? Перечислите их.	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1 проба - проведение кончиком языка по красной кайме губ, 2 проба - дотрагивание кончиком языка до щеки полузакрытом рте, 3 проба - глотание и широкое открывание рта, 4 проба - вытягивание языка по направлению к кончику носа, 5 проба вытягивание губ вперед	
4	С помощью чего можно определить построение протетической плоскости?	ПК-1
	Ответ: линеек и аппарата Ларина	
5	Какие методы используются для определения высоты нижнего отдела лица?	ОПК-7, ПК-1
	Ответ: анатомический, антропометрический, анатомо-	

	физиологический	
6	Какие существуют методы регистрации центрального соотношения челюстей?	ПК-1
	Ответ: внеротовой (по Гизи), внутриротовой	
7	Клинические этапы изготовления полных съемных пластиночных протезов?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-7, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1 клинический этап. Сбор анамнеза, обследование пациента и получение анатомического оттиска. 2 клинический этап. Припасовка индивидуальной ложки и получение функционального оттиска. 3 клинический этап. Определение и фиксация центрального соотношения челюстей. 4 клинический этап. Проверка конструкции протеза. 5 клинический этап. Припасовка и наложение протеза.	
<b>Б1.Б.1.1.2.7</b>	<b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы. Особенности ортопедического лечения.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2</b>
1	Методика пальпации ВНЧС?	ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: пальпацию ВНЧС проводят через кожу впереди козелка уха или через переднюю стенку наружного слухового прохода при смыкании челюстей в положении центральной окклюзии, а также во время движения нижней челюсти. При этом устанавливают кончики указательных пальцев на переднюю стенку наружных слуховых проходов, определяют выраженность и момент возникновения суставного шума.</p> <p>Болезненная пальпация ВНЧС перед козелком уха свидетельствует об изменениях в области латерального полюса головки, дистракции ВНЧС или о травме его капсулы при боковом смещении нижней челюсти в ту же сторону. Болезненная пальпация передней стенки наружного слухового прохода обусловлена дистальным смещением суставной головки или травмой биламинарной зоны, растяжением заднего отдела капсулы сустава.</p>	
2	Назовите рентгенологические стадии деформирующего артроза?	ПК-1
	<p>Ответ: I стадия – остеоартрита (артрита), является началом заболевания. В результате воспаления погибает часть суставного хряща. Этот период остается нераспознанным, т.к. недостаточно изучен. II стадия – разрушения суставной головки и начальных явлений репарации. На рентгенограмме суставная щель просматривается в виде неравномерно суженной полоски. Суставной отросток теряет равномерный структурный рисунок, головка разрушается, видно</p>	

	<p>уплощение головки. Выявляются начальные проявления краевых разрастаний преимущественно из края нижнечелюстной вырезки в виде отдельных костных выростов. Контуры нижнечелюстной ямки сохраняют рельеф, не изменены. III стадия – выраженной репарации. На рентгенограммах определяется: суставная щель по форме все более приближается к прямой линии, местами резко суженная. Суставной отросток резко уплощен и деформирован, поперечные размеры становятся больше размеров суставной ямки. Выявляется склероз костных структур. На этой стадии появляется деформация височной кости в виде уменьшения глубины нижнечелюстной ямки и сглаживания суставного бугорка, инконгруэнтность суставных поверхностей. IV стадия – полная потеря конгруэнтности сочленяющихся поверхностей. Суставная щель полностью теряет изгибы и приближается к прямой линии, прослеживается на всем протяжении. Суставной отросток широкий и короткий, границы головки не определяются. Границы нижнечелюстной ямки и суставного отростка сглаживаются, приближаясь к прямой линии. Определяются зоны плотной кости, краевые костные разрастания.</p>	
3	<p>Дифференциальная диагностика артрозов ВНЧС проводится с?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: дифференциальную диагностику артроза необходимо проводить с болевой дисфункцией ВНЧС, с юношеской дисфункцией ВНЧС с фиброзным и костным анкилозом, контрактурами нижней челюсти, некоторыми врожденными заболеваниями. Среди последних необходимо знать о синдромах, сопровождающихся нарушением роста нижнечелюстной кости: синдром Робена, синдром I и II жаберных дуг, синдром Гольденхара (окулоаурикулярно-вертебральная дисплазия)</p>	
4	<p>Клиническая картина острого травматического двустороннего переднего вывиха нижней челюсти?</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: острый травматический двусторонний передний вывих. Рот больного открыт и самостоятельно закрыть его он не может. Нижняя челюсть смещена книзу, движения ее невозможны. Речь больного невнятная, имеется обильное слюнотечение. При пальпации впереди козелка ушной раковины с двух сторон определяется западение, а головки мышечковых отростков нижней челюсти пальпируются под скуловыми дугами. Выражен болевой синдром. Рентгенологически головки мышечковых отростков нижней челюсти с двух сторон расположены впереди от</p>	

	суставных бугорков височной кости. Переломы костной ткани, как правило, не выявляются.	
5	Диагностика вывихов нижней челюсти?	ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: для распознавания вывиха нижней челюсти, как правило, достаточно внешнего осмотра и пальпаторного обследования. Вместе с тем, уточняющая и дифференциальная диагностика невозможны без рентгенографии ВНЧС, а в сложных случаях – без КЛКТ или КТ височно-нижнечелюстного сустава. При переднем вывихе нижней челюсти на боковых рентгенограммах определяется свободная суставная впадина, смещение головки челюсти кпереди от суставного бугорка; при заднем вывихе – суставная головка, сместившись кзади, занимает положение под нижней стенкой костного слухового прохода, между нижнечелюстной ямкой и сосцевидным отростком.</p>	
6	Опишите методику Гиппократ для вправления вывиха нижней челюсти?	ПК-2
	<p>Ответ: эта методика при вправлении вывиха челюсти применяется чаще других. Техника заключается в том, что доктор обматывает пальцы своих рук (большие) стерильным бинтом (можно использовать полотенце или другую чистую ткань), становится перед пострадавшим, усаженным на стуле. Подготовленные большие пальцы врач помещает в рот пациента поверх его жевательных зубов, а остальные пальцы рук при этом обхватывают вывихнутую челюсть снизу. После этого доктор большими пальцами начинает надавливать на челюсть в направлении вниз, а остальными пальцами создает давление на область подбородка по направлению вверх. Вправление вывиха можно определить по характерному щелчку сустава. После вправления челюсти пациента смыкаются произвольным образом, и именно поэтому перед процедурой необходимо обмотать пальцы какой-либо тканью. Это позволит избежать получения возможной травмы от зубов пострадавшего. После вправления доктор накладывает специальную повязку для фиксации челюсти, при этом пациенту запрещается резко и широко раскрывать рот, а также питаться твердыми продуктами. Пища в течение первых 15-и дней должна быть мягкой, лучше всего, протертой в пюре и не требующей пережевывания.</p>	
7	Консервативные методы лечения вывихов нижней челюсти?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: они предполагают терапию основного заболевания, на фоне которого развились патологические изменения ВНЧС, а также укрепление его капсулы и связок. Большое значение имеет ограничение движения в суставе, что достигается</p>	

	различными ортопедическими аппаратами и шинами. Это приводит к уменьшению размеров суставной капсулы и связочного аппарата. Создает более благоприятные условия для внутрисуставного диска.	
<b>Б1.Б.1.1.2.8</b>	<b>Ортопедическое лечение при заболеваниях тканей пародонта</b>	<b>УК-1, ПК-2</b>
1	Методика проведения избирательного пришлифовывания по Дженкельсону?	ПК-2
	<p>Ответ: избирательная пришлифовка проводится в 4-5 посещениях в зависимости от суперконтактов (если контакт 2,5 мм по площади, то 5 посещений). 1 посещение. Копировальная бумага ставится на верхней челюсти, нижнюю челюсть при этом надо двигать назад - дистальная окклюзия. Пришлифовка проводится по 3 классу каплевидным или пламевидным бором, т.е. заострить бугор, но не снимать сам бугор. После этого - ремтерапия, фтор-лак, защитные пасты. 2 посещение. Через 3-5 дней до недели. Выверить суперконтакты на нижней челюсти в центральной окклюзии по 1 классу, бугры не снимать, а шлифовать до 45 градусов, увеличить величину окружности экватора. Затем - клык и резцы с вестибулярной стороны. По режущему краю можно убрать твердые ткани, по высоте только в одном случае, если один зуб явно ниже других зубов. Если зуб укоротить, то он все равно будет уходить в суперконтакт. 3 посещение. Через 10 дней проверить верхние зубы в центральной окклюзии по 2 классу. 4 посещение. Через 5-7 дней проверить контакты в центральной окклюзии по 3 классу. 5 посещение. Через 10-14 проверяют все три класса. Отполировать твердые ткани, всегда - ремтерапия.</p>	
2	Перечислите способы выявления супраконтактов?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Для того чтобы более точно выявить супраконтакты используют обзорные окклюдодиаграммы. Окклюдодиаграмма – это рельефный оттиск окклюзионных контактов зубных рядов на восковой пластине. Существует несколько способов получения окклюдодиаграмм: на бумаге, воске. Первый способ получения окклюдодиаграмм – это регистрация отпечатков зубов на пластинках бюгельного воска. Накладывают пластинку на зубной ряд, просят пациента плотно сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии. После чего, выводят воск из полости рта и промывают его под проточной водой, затем оценивают на просвет характер смыкания зубов. Супраконтакты выявляются как участки более тонкого или перфорированного воска. Второй способ регистрации окклюзионных отпечатков – с помощью специальной окклюзионной бумаги подковообразной формы и копией окклюдодиаграммы на</p>	



	<p>белой бумаге. Для того, чтобы получить окклюдограмму, берут подковообразную копировальную бумагу, дублируют слоем обычной белой тонкой бумаги невысокой гигроскопичности, после чего накладывают на нижний зубной ряд так, чтобы копировальная бумага располагалась сверху. Затем пациент смыкает зубы в том или ином положении, извлекают отпечаток и оценивают его.</p>	
3	<p>Технология наложение адгезивной шины?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1. Предварительная абразивная обработка поверхности зубов для создания ретенционных пунктов. 2. Протравливание поверхности зубов. 3. Нанесение бонда на поверхность зубов. 4. Поэтапное прикладывание ленты к зубному ряду с заведением в межзубные промежутки и засвечивание поверхности. В завершение шина покрывается тонким слоем композита с последующей полировкой. При изготовлении шины, из гигиенических соображений, необходимо оставлять открытыми придесенные промежутки между зубами. При замещении одиночных дефектов возможно изготовление зуба и фотокомпозита, укрепляющегося на шине между соседними зубами. При данном виде работ необходимо изготавливать шины таким образом, чтобы несущая часть была выдвинута вперед и проходила в толщине искусственно изготовленного зуба. Рекомендуется укрепление средней части шины дополнительными слоями "Фибер-Сплинта".</p>	
4	<p>Перечислите преимущества применения адгезивных шин?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1) эстетичность и сохранение витальности шинируемых зубов; 2) отсутствие необходимости значительного препарирования твердых тканей зубов; 3) одномоментность проведения процедуры и независимость от зуботехнической лаборатории; 4) относительная технологическая простота изготовления и возможность быстрого ремонта адгезивных шин; 5) удаленность границ каркаса от десневого края, что исключает травму десны и оставляет открытым краевой периодонт, облегчая гигиенические и лечебные мероприятия; 6) возможность лечения шинированных зубов без нарушения каркаса шинирующей конструкции; 7) минимальные нарушения окклюзионных взаимоотношений при формировании адгезивных шин; 8) возможность быстрого замещения малых дефектов фронтального участка зубного ряда искусственными пластмассовыми зубами при незначительной коррекции основного каркаса адгезивных шин.</p>	
5	<p>Методика непосредственного протезирования при заболеваниях пародонта?</p>	ПК-2

	<p>Ответ: 1. до удаления зубов снимают рабочий и вспомогательный оттиски, по которым получают модели челюстей и готовят восковые шаблоны, если без них нельзя составить модели в центральном соотношении; 2. модели челюстей гипсуют в артикулятор в центральном соотношении и срезают на них зубы, подлежащие удалению. Нужно щадяще относиться к альвеолярному гребню модели в области срезаемых зубов. Не следует увлекаться их гравировкой, поскольку трудно предугадать характер и распространение атрофических процессов; 3. на рабочей модели челюсти после нанесения границ частичного съемного пластиночного протеза техник-лаборант проводит постановку искусственных зубов и заканчивает создание протеза; 4. затем следует удаление зубов у пациента, через 20—30 мин. после которого проводят наложение протеза.</p>	
6	<p>Методика избирательного шлифования зубов при заболеваниях тканей пародонта?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: шлифованию подлежат скаты бугров, за счет которых нарушается равномерность движения нижней челюсти и происходит ее смещение в сторону, проводится строго от десневого края к вершине бугра; вершины верхних небных и щечных нижних бугров, а также вершины щечных верхних и язычных нижних бугров не шлифуют. Процедура проводится в 3-4 посещения, после каждого проводится полировка зубов и реминерализующая терапия.</p>	
7	<p>Техника непосредственного (первичного) протезирования?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: протез изготавливают до операции и накладывают на протезное ложе на операционном столе или в стоматологическом кресле, но не позднее 24 часов с момента операции. Иногда этот вид протезирования называют послеоперационным, а протезы - непосредственными (иммедиат-протезы). Ближайшее протезирование осуществляется в первые 2 недели, в период заживления операционной раны и ее эпителизации.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<p><b>Стоматология хирургическая</b></p>	<p><b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6</b></p>
<b>Б1.Б.1.1.3.1</b>	<p><b>Местное обезболивание (анестетики, виды анестезии, техника проведения, показания, противопоказания)</b></p>	<p><b>УК-1, ОПК-10, ПК-2</b></p>
1	<p>Профилактика осложнений при проведении местной анестезии?</p>	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: необходимы соблюдение техники анестезии, постоянное впрыскивание анестетика при в ведении иглы вглубь тканей, что способствует отодвиганию кровеносных сосудов. Для предупреждения введения анестетика в кровеносное русло перед впрыскиванием раствора надо потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в шприце (аспирационная проба); при поступлении ее необходимо изменить положение иглы и только после этою вводить анестетик.</p>	
2	<p>Назовите возможные осложнения при проведении инфраорбитальной анестезии?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при ранении иглой сосудов в подглазничном канале или вне его возникает кровоизлияние в окружающую ткань. Возможно образование гематомы. Иногда появляется ишемия ограниченного участка кожи в подглазничной области. При попадании анестетика в глазницу можно блокировать нервы, иннервирующие мышцы глазного яблока. Тогда у больного появляется диплопия. При прободении нижней стенки подглазничного канала раствор анестетика может попасть в верхнечелюстную пазуху. В случае травмы иглой нервного ствола может развиваться неврит подглазничного нерва.</p>	
3	<p>Зона обезболивания при туберальной анестезии?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи</p>	
4	<p>При какой анестезии может развиваться воспалительная контрактура жевательной мускулатуры?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: мандибулярная и туберальная.</p>	
5	<p>Какова средняя продолжительность обезболивающего эффекта при проведении проводниковой анестезии?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 2- 2,5 часа.</p>	
6	<p>Причина появления участка ишемии на коже лица при проведении местной анестезии ?</p>	УК-1, ОПК-10
	<p>Ответ: ранение сосудов кончиком иглы.</p>	
7	<p>Клинические признаки при развитии коллапса?</p>	УК-1, ОПК-10
	<p>Ответ: пациент находится в прострации, бледные кожные покровы, голодный пот, цианоз, пульс частый нитевидный, дыхание поверхностное, давление понижено.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<p><b>Операция удаления зубов</b></p>	<b>УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	<p>Перечислите этапы операции удаления зуба?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: 1.проверка пациента на наличие аллергии на анестезию. Сбор анамнеза; 2.анестезия; 3.отслаивание</p>	

	<p>круговой связки зуба с помощью специальных инструментов. Такой процесс называют синдесмотомией. Позволяет избежать повреждения мягких тканей во время операции;4.наложение щипцов;5.продвижение щипцов; 6.фиксация (смыкание) щипцов;7.люксация или ротация;8.тракция - извлечение зуба из лунки. После удаления зуба врач, наложив марлевый тампон на лунку, сжимает ее края, этим достигается репозиция смещенных краев лунки, уменьшается площадь послеоперационной раны, что способствует ее лучшему заживлению и предотвращает развитие послеэкстракционных осложнений.</p>	
2	Инструменты для удаления зубов?	ПК-2
	<p>Ответ: для удаления зубов используют анатомические разнообразие щипцы и элеваторы. Строение щипцов зависит от анатомического строения зубов для удаления, которых они предназначены.</p>	
3	Опишите строение щипцов?	ПК-2
	<p>Ответ: в щипцах различают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. щечки - часть щипцов, которые служат для захвата коронок зубов или корней, т.е. обеспечивают фиксацию щипцов на зубе. Строение щечек определяет назначение щипцов. На щечках всех видов щипцов имеются продолговатые нарезки, обеспечивающие минимальное скольжение щипцов на зубе при их смыкании;</li> <li>2. ручки (бранши, рукоятки) -участки за которые врач фиксирует щипцы в руках, т.е..место приложения усилий врача. Они имеют длину до 15-20 см. имеют насечки для лучшей фиксации щипцов в руке;</li> <li>3. замок-участок, соединяющий обе половины щипцов.</li> </ol>	
4	Какие виды щипцов вы знаете?	ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.щипцы для удаления резцов и клыков;</li> <li>2.S-образные щипцы для удаления верхних премоляров;</li> <li>3.S-образные щипцы для удаления 1и 2 верхних моляров;</li> <li>4. щипцы для удаления верхних 3-х моляров;</li> <li>5.штыковидные (байонетные щипцы) для удаления корней зубов на верхней челюсти;</li> <li>6.клювовидные щипцы для удаления резцов на нижней;</li> <li>7.лювовидные щипцы для удаления клыков и премоляров;</li> <li>8.клювовидные щипцы для удаления нижних моляров.</li> </ol>	
5	Виды элеваторов и строение?	ПК-2
	<p>Ответ: различают прямой, угловой и штыковидный элеватор. Элеватор любой конструкции состоит из рабочей части (щечки), соединительной части(стержня) и ручки.</p>	
6	Опишите строение прямого элеватора?	ПК-2

	<p>Ответ: рабочая часть (щечка) является продолжением соединительного стержня и вместе с ручкой расположена на одной прямой линии. Щечка с одной стороны выпуклая, полукруглая, с другой — вогнутая и имеет вид желобка, конец ее истончен и закруглен. Ручка грушевидной формы с продольными гранями суживается по направлению к соединительному стержню. Прямой элеватор предназначен для удаления корней зубов верхней челюсти, имеющих один корень, а также разъединенных корней многокорневых зубов верхней челюсти. Кроме того, его применяют для удаления зубов верхней челюсти, расположенных вне зубной дуги, изредка — нижнего третьего большого коренного зуба. Иногда его используют для удаления разъединенных корней больших коренных зубов нижней челюсти.</p>	
7	Как устроен угловой элеватор?	ПК-2
	<p>Ответ: рабочая часть (щечка) изогнута по ребру и расположена к продольной оси элеватора под углом около 120°. Щечка небольшая, одна поверхность ее выпуклая, другая — слегка вогнутая с продольными насечками. Конец ее истончен и закруглен. Вогнутая поверхность щечки у одних элеваторов обращена влево (к себе), у других — вправо (от себя). Угловые элеваторы бывают с щечками в виде треугольника, вершина которого заканчивается острым концом. Во время работы элеватором вогнутая поверхность щечки направлена к удаляемому корню, выпуклая — к стенке лунки. Ручка и соединительный стержень такие же, как у прямого элеватора. Угловой элеватор используют для удаления корней зубов нижней челюсти.</p>	
8	Для расчёта первичной заболеваемости необходимы данные о среднегодовой численности населения и числе: выявленных впервые в жизни?	УК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4
	Ответ: выявленных впервые в жизни	
9	Перечислите этапы удаления зуба?	ПК-2
	<p>Ответ: операцию удаления зуба начинают с отделения круговой связки от шейки зуба, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация (смыкание) щипцов, люксация или ротация, извлечение зуба из лунки, репозиция смещенных краев лунки</p>	
10	Сухожаровая стерилизация предназначена для?	ПК-2, ПК-6
	Ответ: цельнометаллических инструментов	
11	Медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у) оформляется в медицинской организации на пациента?	ОПК-8, ПК-6
	Ответ: при первичном обращении.	
<b>Б1.Б.1.1.3.3</b>	<b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-4, ПК-1,</b>

		ПК-2, ПК-3, ПК-4
1	Одонтогенный периостит. Клиника?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: одонтогенный периостит – воспаление надкостницы челюстных костей. По клиническому течению различают острые (серозные и гнойные) и хронические (простые и гиперпластические) одонтогенные периоститы.</p> <p>Конфигурация лица изменена за счет отека околочелюстных мягких тканей.</p> <p>Отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов и болезненность их при пальпации, может быть затрудненное и болезненное открывание рта.</p> <p>В полости рта появляются гиперемия и отечность слизистой оболочки, сглаженность переходной складки в области «причинных» зубов, определяется флюктуация. «Причинный» зуб, может быть под пломбой или разрушенный, изменен в цвете. Перкуссия «причинного» зуба положительна, а рядом стоящих зубов – безболезненна. На рентгенограмме изменений в костной ткани челюсти нет, кроме изменений в области верхушки «причинного» зуба.</p>	
2	Рентгенологические признаки хронического периостита челюсти?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: на рентгенограмме видна тень периостального утолщения челюсти	
3	Принципы лечение острых периоститов?	ПК-2
	<p>Ответ: лечение острых периоститов комплексное и заключается в проведении неотложного хирургического вмешательства и медикаментозной терапии. Одновременно производят вскрытие воспалительного очага с целью создания свободного оттока образовавшегося экссудата (периостотомию) и решение судьбы «причинного» зуба. Для предупреждения слипания краев рану дренируют на 1-2 суток. Удаляют «причинные» молочные зубы и постоянные разрушенные, утратившие функциональную ценность, не поддающиеся консервативному лечению. Сохраняют однокорневые постоянные «причинные» зубы.</p> <p>После хирургического вмешательства назначают щадящую диету, постельный режим, обильное питье, полоскание полости рта отварами трав (ромашка, шалфей, зверобой). Лекарственную терапию проводят в зависимости от возраста ребенка, его общего состояния и наличия сопутствующей патологии. Антибиотики показаны маленьким детям (до 5 лет) при тяжелом течении и наличии сопутствующей патологии. Проводят дезинтоксикационную, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую и симптоматическую терапию. Если</p>	

	<p>зуб сохраняют, его следует трепанировать в день обращения и запломбировать до заживления раны под прикрытием лекарственной терапии.</p> <p>При лечении больных с острыми периоститами с целью устранения отека, воспаления, боли, улучшения трофики тканей применяют физиотерапевтическое лечение: УВЧ-терапию курсом 3-5 процедур, флюктуирующие токи (ежедневно, курсом до 5 процедур), ультразвук (через день, курсом до 8 процедур).</p>	
4	Клиническая картина остеомиелита?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: остеомиелит – инфекционный гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости, надкостнице и окружающих их мягких тканях под влиянием агрессивных факторов физической, химической или биологической природы на фоне предварительной сенсibilизации организма. Общее состояние ребенка резко нарушено, ярко выражены симптомы интоксикации организма. Отмечается бледность кожных покровов, вялость, адинамия, повышение температуры тела выше 38°C, озноб, плохой сон, отсутствие аппетита, диспептические явления. Местная клиническая картина характеризуется асимметрией лица на стороне поражения, увеличением регионарных лимфатических узлов и болезненностью их при пальпации. В полости рта: гиперемия и отечность слизистой оболочки альвеолярного отростка, «муфтообразное» утолщение челюсти, подвижность и болезненность при перкуссии «причинного» и рядом расположенных зубов.</p>	
5	Лечение остеомиелита?	ПК-2
	<p>Ответ: лечение основывается на устранении одонтогенной причины воспаления (решение судьбы «причинного» зуба), проведения необходимого хирургического вмешательства (периостотомия), назначении и проведении антибактериальной, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, иммуностимулирующей терапии, физиолечения.</p>	
6	Лимфаденит. Этиология, клиника?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: лимфаденит – воспаление регионарных лимфоузлов в результате их инфицирования. Входными воротами для инфекции являются повреждения кожи лица и головы, слизистой оболочки полости рта и носа, зубодесневые карманы. При остром серозном лимфадените общее состояние ребенка зависит от причины развития лимфаденита. Местно: пальпируется увеличенный, болезненный, не спаянный с окружающими тканями лимфоузел. Кожа над ним в</p>	

	цвете не изменена. При остром гнойном лимфадените - лимфоузел неподвижный, резко болезненным при пальпации, кожа над ним напряжена, отечна, определяется флюктуация. Общее состояние ребенка ухудшается, отмечается вялость, раздражительность, плохой сон и аппетит. У маленьких детей резко выражены симптомы интоксикации. В периферической крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.	
7	Особенности лечения разных форм лимфаденитов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: лечение острого серозного лимфаденита заключается в выявлении и устранении причины заболевания и комплексного лечения у педиатра, ЛОР-врача, стоматолога и др. Лечение острого гнойного лимфаденита проводится в условиях стоматологического стационара, при этом показано срочное хирургическое вмешательство (вскрытие гнойного очага с последующим дренированием), проведение комплексного противовоспалительного лечения совместно с педиатром, ЛОР-врачом и т.д., а также устранение причины заболевания.	
8	Какие виды физиотерапевтического лечения применяются при абсцессах и флегмонах?	ПК-2
	Ответ: в начальных стадиях развития воспалительного процесса УФО, УВЧ, гелий неоновый лазер; после прекращения гноетечения из раны используется УФО, УВЧ, ультразвук, флюктуоризация, электрофорез с различными препаратами	
9	Как проводится лечение гнойного периостита?	УК-1, УК-2, ПК-2
	Ответ: лечение острого гнойного периостита челюсти должно быть комплексным и включать оперативное вскрытие гнойника, консервативную. Лекарственную терапию и др. В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) в одних случаях следует вскрыть полость зуба, удалить распад из канала и создать условия для оттока, а в других - удалить зуб, являющийся источником инфекции.	
10	Профилактика развития лимфаденита?	УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-3, ПК-4
	Ответ: профилактика заключается в санации полости рта и ЛОР-органов, а также в повышении противоинфекционной резистентности организма	
<b>Б1.Б.1.1.3.4</b>	<b>Травма челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Виды остеосинтеза.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2</b>
1	Назовите причину острой травмы зубов?	УК-1, ОПК-7
	Ответ: падение на твердые предметы и удар в область лица.	
2	Охарактеризуйте 2 тип переломов верхней челюсти по	ОПК-4, ПК-1



	Лефор?	
	<p>Ответ: обе верхнечелюстные кости как бы выламываются из окружающих костей. Линия перелома проходит через корень носа (место соединения лобных отростков верхней челюсти и носового отростка лобной кости), далее идет по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, проходит через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Сзади линия перелома идет через крыловидные отростки клиновидной кости.</p>	
3	Перечислите этапы лечения полного вывиха?	ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экстирпация пульпы и пломбирование канала;</li> <li>2) реплантация;</li> <li>3) фиксация на 4 недели каппой или гладкой шиной-скобой;</li> <li>4) механически щадящая диета.</li> </ol>	
4	Клиническая картина при переломе альвеолярных отростков?	ПК-1
	<p>Ответ: определяется нарушение формы зубной дуги в переднем отделе или нарушение прикуса. В полости рта имеются кровоточащие раны слизистой верхней губы и десны, а также раны или кровоизлияния в области переходной складке. Пальпаторно определяется патологическая подвижность альвеолярного отростка вместе с зубами, пальпация болезненна.</p>	
5	Назовите характерные признаки перелома нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) травма мягких тканей челюстно-лицевой области (ссадины, ушибы, гематомы, раны);</li> <li>2) боль, симптом «ступеньки» и симптом «крепитации», выявляемые при пальпации по краю нижней челюсти, симптом не прямой нагрузки;</li> <li>3) нарушение прикуса, разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка, подвижность зубов и кровотечение изо рта, выявляемые при осмотре полости рта;</li> <li>4) патологическая подвижность отломков нижней челюсти;</li> <li>5) неврологические нарушения в результате травмы нижнеальвеолярного нерва;</li> <li>6) нарушение целостности костной ткани нижней челюсти, определяемое рентгенологически.</li> </ol>	
6	Оказание экстренной помощи при переломах верхней и нижней челюсти?	УК-1, ОПК-10, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) произвести обезболивание места перелома;</li> <li>2) обколоть рану антибиотиками, ввести антибиотики</li> </ol>	

	<p>внутри;</p> <p>3)осуществить простейшую транспортную иммобилизацию, например, наложить стандартную транспортную повязку;</p> <p>4) убедиться в отсутствии кровотечения из раны, асфиксии или ее угрозы при транспортировке;</p> <p>5)провести противостолбнячные мероприятия согласно инструкции;</p> <p>6)обеспечить правильную транспортировку в специализированное лечебное учреждение в сопровождении медицинского персонала (определить вид транспорта, положение больного);</p> <p>7)четко указать в сопровождающих документах все, что сделано больному.</p>	
7	Какую операцию проводят при полном вывихе зуба?	УК-1, ПК-2
	Ответ: операцию ремплантации.	
<b>Б1.Б.1.1.3.5</b>	<b>Заболевания слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</b>
1	Назовите важнейшие клинические синдромы при поражении слюнных желез?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: ксеростомия (сухость во рту, «сухой синдром») обусловлена понижением или прекращением секреции слюнных желез. Результат - склонность к развитию кариеса, пародонтита, стоматита, глоссита, атрофии слизистой оболочки рта.</p> <p>Сиалоррея (птиализм, гиперсаливация) характеризуется увеличенным выделением слюны, развивается при острых воспалительных процессах в слизистой оболочке рта, прорезывании зубов, при плохо пригнанных зубных протезах, беременности, а также при олигофрении, тяжелых формах шизофрении, эпилепсии.</p>	
2	Назовите мероприятия, направленные на стимуляцию слюноотделения?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1 % раствор пилокарпина гидрохлорида по 6-8 капель внутрь перед едой, 0.5 % раствор галантамина ежедневно подкожно по 1,0 мл на курс лечения 30 инъекций, его можно также вводить путем электрофореза. Можно также назначать электрофорез с йодистым калием, новокаиновые блокады по Вишневному, применяя 0,5 % раствор, который вводится в клетчатку окружающую железу.</p>	
3	Какие стадии в развитии слюнно-каменной болезни выделяют?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: начальную, клинически выраженного воспаления и позднюю стадию.</p>	
4	Общие принципы лечения дисфункции ВНЧС?	ПК-2, ПК-3

	<p>Ответ: для устранения болевого синдрома, сопровождающего дисфункцию ВНЧС, показана фармакотерапия (НПВС, антидепрессанты, седативные средства, ботулинотерапия, блокады, внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов), дозированная миогимнастика, массаж, физиотерапия (лазеротерапия, индуктотермия, электрофорез, ультразвук). Стоматологическое лечение дисфункции ВНЧС по показаниям может включать в себя меры, направленные на воссоздание правильного смыкания зубов (избирательное шлифование зубов, устранение завышающих пломб, грамотное протезирование или перепротезирование). Для коррекции неправильного прикуса проводится лечение с помощью брекет-систем.</p>	
5	Меры профилактики развития заболеваний ВНЧС?	ПК-2, ПК-3, ПК-4
	<p>Ответ: предупреждение дисфункции ВНЧС требует снижения уровня стресса и избыточных нагрузок на сустав, своевременного и качественного протезирования зубов, исправления прикуса, коррекции нарушений осанки, лечения бруксизма.</p>	
6	Укажите рентгенологические признаки анкилоза ВНЧС?	ПК-1
	<p>Ответ: частичное либо полное отсутствие суставной щели, разрушение головки сустава, деформация и укорочение ветви нижней челюсти.</p>	
7	Хирургическое лечение анкилоза ВНЧС?	ПК-2
	<p>Ответ: основными целями оперативной коррекции анкилоза ВНЧС служат устранение деформаций лица и восстановление функции нижней челюсти. Проводится остеотомия ветви нижней челюсти со скелетным вытяжением, либо остеотомия с артропластикой ВНЧС и костной пластикой ветви нижней челюсти костным ауто- или аллотрансплантатом, выбор которых определяется характером и выраженностью деформации.</p>	
8	Назовите основной вид лечения застарелых рубцовых контрактур?	ПК-2
	<p>Ответ: хирургический.</p>	
9	Профилактические мероприятия при хроническом сиалодените?	ПК-3, ПК-4
	<p>Ответ: с профилактической целью необходимо проводить контрольный осмотр больных с начальной стадией заболевания 1 раз в год, с клинически выраженной и поздней стадиями два раза в год</p>	
10	Схема лечение острого артрита ВНЧС?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Лечение артритов ВНЧС начинается с иммобилизации челюсти и обеспечения покоя пораженному суставу в течение 2-3-х дней, путем наложения працевидной повязки на нижнюю челюсть</p>	

	или шины и межзубной пластинки для разобщения прикуса, назначения полужидкой диеты. Терапия острых артритов ВНЧС осуществляется с помощью назначения НПВС, антибиотиков, внутрисуставных инъекций кортикостероидов, физиотерапии. При гнойном артрите ВНЧС производится экстренное вскрытие и дренирование полости сустава через наружный разрез.	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта.</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-3, ПК-4</b>
1	Перечислите оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию пародонтального кармана?	ПК-2
	Ответ: кюретаж, «открытый» кюретаж, лоскутные операции, в том числе с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в пародонте, и операция удаления зуба.	
2	Методика проведения закрытого кюретажа ?	ПК-2
	Ответ: после антисептической обработки операционного поля и местного обезболивания корень зуба очищают от наддесневых и поддесневых зубных отложений и полируют его, а затем удаляют грануляции и тяжи эпителия со стенок и дна пародонтального кармана. Для этого на наружную поверхность десневой стенки кармана устанавливают палец и с помощью инструментов (кюреток) осуществляют удаление патологических грануляций «по пальцу». При необходимости освежают край десны и альвеолярного отростка. Завершают выполнение кюретажа антисептической обработкой операционной раны, гемостазом, плотным прижатием десны к зубу и наложением десневой повязки.	
3	Как проводится лоскутная операция в модификации В. Ф. Черныша и А. М. Ковалевского?	ПК-2
	Ответ: особенность ее заключается в том, что авторы предлагают отслаивать слизисто-надкостничные лоскуты не на глубину пародонтальных карманов, а глубже - за переходную складку, что обеспечивает перемещение лоскута к анатомическим шейкам зубов без дополнительных послабляющих разрезов.	
4	Назовите требования, которыми должен обладать материал, имплантируемый в кость?	ПК-2
	Ответ: 1) хорошая переносимость тканями и отсутствие нежелательных реакций; 2) пористость - обеспечивает прорастание кости; 3) биодegradация - во избежание ослабления или инфицирования материала после образования кости; 4) возможность стерилизации без изменения качества; 5) доступность и низкая цена.	

5	Назовите классификацию материалов для восстановления тканей пародонта?	ПК-2
	Ответ: 1) аутогенные (донором является сам пациент); 2) аллогенные (донором является другой человек); 3) ксеногенные (донором является животное); 4) аллопластические (синтетические, в том числе полученные из природных минералов).	
6	Перечислите противопоказания к хирургическому лечению заболеваний пародонта?	ПК-2
	Ответ: 1) общие противопоказания: заболевания крови (гемофилия), активная форма туберкулеза, онкологическая патология в терминальной стадии; 2) относительные противопоказания: острые инфекционные заболевания (грипп, ангина), местные факторы: несоблюдение правил индивидуальной гигиены; патология прикуса, неподлежащая коррекции; наличие неустраненной травматической окклюзии; деструкция костной ткани более чем на 2/3 - 3/4 длины корня при подвижности зубов III-IV степени.	
7	Проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением?	УК-1, УК-2, ОПК-3, ПК-4
	Ответ: санитарно-просветительская работа проводится с помощью: устного, печатного, наглядного материала в виде: лекции, беседы, доклады, громкого чтения, вечера вопросов и ответов, курсовых занятий, выступления по радио.	
8	Чем определяется успех хирургического лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-2
	Ответ: успех будет определяться комплексом мероприятий включающих консервативную терапию, протезирование и профилактические мероприятия	
<b>Б1.Б.1.1.3.7</b>	<b>Неврогенные заболевания лица и челюстей.</b>	<b>УК-1, ПК-1, ПК-2</b>
1	Назовите цели лечения невралгии тройничного нерва?	УК-1, ПК-2
	Ответ: устранение или уменьшение боли путем микроваскулярной декомпрессии или чрескожной радиочастотной термокоагуляции тройничного нерва. Выбор хирургического метода лечения зависит от возраста и сопутствующей патологии пациента, причины тригеминальной невралгии, характера болей, а также желания пациента.	
2	Назовите перечень основных и дополнительных лекарств для лечения невралгии тройничного нерва?	УК-1, ПК-2
	Ответ: карбамазепин 200 мг, доза и кратность зависят от частоты и интенсивности лицевой боли, перорально и прегабалин 50-300 мг, доза и кратность зависят от частоты и интенсивности лицевой боли, перорально.	

3	Методы хирургического лечения невралгии тройничного нерва?	ПК-2
	Ответ: микроваскулярная декомпрессия и чрескожная селективная радиочастотная термокоагуляция.	
4	Целью микроваскулярной декомпрессии при невралгии тройничного нерва является?	УК-1, ПК-2
	Ответ: целью микроваскулярной декомпрессии является устранение конфликта между сосудом и тройничным нервом.	
5	Целью радиочастотной термокоагуляции является при невралгии тройничного нерва является?	УК-1, ПК-2
	Ответ: при радиочастотной термокоагуляции выполняется селективное термическое поражение нерва, тем самым достигается прерывание проводимости болевых импульсов.	
6	Назовите ведущий клинический симптом при неврите тройничного нерва?	ПК-1
	Ответ: этим симптомом является боль самопроизвольная, ноющая, постоянная, усиливающаяся при надавливании на пораженный нерв.	
7	Консервативное лечение невралгии тройничного нерва?	УК-1, ПК-2
	Ответ: консервативное лечение проводят препаратами карбамазепина (тегретол, финлеп-син, мазепин и т.д.), назначаемого по схеме от 100 мг по возрастающей до 600—800 мг в течение недели с последующим снижением до суточной дозы. При длительном применении противоэпилептических препаратов проявляется интолерантность, что значительно снижает эффект лечения. Применяют витаминотерапию (В <sub>6</sub> , В <sub>12</sub> , никотиновая кислота), седативные средства (седуксен, три-оксазин, реланиум), внутривенное введение раствора бромида натрия (ежедневно по 10 мл — 20—25 инъекций), раствора новокаина, тримекаина (0,5 % - 10-15 инъекций); физиотерапевтические методы лечения	
<b>Б1.Б.1.1.4</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
<b>Б1.Б.1.1.4.1</b>	<b>Анатомо-физиологические особенности строения зубочелюстной системы детей. Эндо- и экзогенная профилактика заболеваний зубов в детском возрасте.</b>	<b>УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	Перечислить основные методы профилактики зубочелюстных аномалий у плода в период внутриутробного развития?	ПК-2, ПК-4, ПК-5
	Ответ: профилактические мероприятия подразделяются на пре- и постнатальные. Мероприятия по пренатальной профилактике проводятся в женской консультации	

	<p>путем оздоровления организма беременной женщины. Задачами профилактики ЗЧА в этот период являются устранение профессиональных вредностей, установление рационального режима дня и питания женщины, лечение инфекционных заболеваний, борьба с токсикозом, санация полости рта, стоматологическое просвещение. В этот период возможно выявление ряда наследственных факторов, однако методы влияния на процессы наследственности находятся на стадии исследований.</p>	
2	Эндогенная профилактика кариеса зубов?	ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: эндогенная профилактика кариеса зубов заключается во введении препаратов Са, F и P, микроэлементов и витаминов внутрь организма ребенка. Она подразделяется на лекарственную и безлекарственную. Основой безлекарственной профилактики кариеса зубов у детей является правильное, сбалансированное питание как источник качественно полноценного обмена веществ. Эндогенная лекарственная профилактика - это назначение солей Са, F, P микроэлементов в сочетании с витаминами внутрь организма ребенка в возрастных дозировках.</p>	
3	Принципы назначения препаратов фтора?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: при энтеральном и парентеральном введении фтор влияет на минеральный и белковый обмен в организме в целом и в тканях зубов. Для общей профилактики фтор назначают внутрь в виде таблеток натрия фторида, фторированного молока, поваренной соли или питьевой воды. Средняя концентрация фтора в искусственно фторированной воде в условиях умеренного климата должна составлять 0,8—1,2 мг/л. Как источник фтора используют и естественные минеральные воды с высоким его содержанием. Выделяют следующие препараты фтора: «Fluorid», «Натриум флюоратум», «Fluoretten law&amp; forte» 0,25 мг фтора (0,55 мг натрия фторида). Таблетки принимать один раз в сутки, утром, после еды, разжевывая их. Препараты фтора назначают при недостаточном количестве фтора в питьевой воде.</p>	
4	Принципы назначения препаратов кальция?	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: кальций обеспечивает твердость и прочность костной ткани и эмали зубов, его метаболизм тесно связан с метаболизмом фосфора. Препараты Са нормализуют функции клеточных мембран, проницаемость сосудов, повышают сопротивляемость организма. Суточная потребность человека в Са составляет 10—20 мг/кг, фосфоре — 1,5 г. Для профилактики кариеса применяют следующие препараты кальция:</p>	

	<p>1. Кальция глюконат (выпускается в таблетках по 0,25 и 0,5 г) на- значают детям в возрасте до 1 года — по 0,5 г; от 2 до 4 лет — по 1 г, от 5 до 6 лет — по 1—1,5 г, от 7 до 9 лет — по 1,5—2 г, от 10 до 14 лет — по 2—3 г 2—3 раза в сутки перед едой. Через три месяца курс повторяют.</p> <p>Кальция лактат более эффективен при пероральном применении, так как содержит больший процент Са. Выпускается в порошках и таблетках по 0,5 г. Противопоказания к его применению, одновременное приме нение сердечных гликозидов из группы наперстянки или строфантина, являющихся синергистами кальция, а также почечнокаменная болезнь и повышенное содержание Са в крови.</p>	
5	Экзогенная профилактика кариеса зубов у детей?	ПК-2
	<p>Ответ: экзогенная профилактика кариеса зубов заключается в обработке поверхности зубов соединениями реминерализующих веществ: пре- паратами фтора, кальция, фосфора и микроэлементов. За счет этого происходит насыщение эмали элементами фтора,/кальция и процессы деминерализации эмали несколько приостанавливаются.</p> <p>А так же, в нормализации питания ребенка, устранения вредных привычек, снижении потребления углеводов и повышении уровня гигиены полости рта.</p>	
6	Первичная профилактика заболеваний пародонта?	УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-6
	<p>Ответ: 1) организацию санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения. При этом оправдано привлечение средств массовой информации, показ видеофильмов, выпуск санитарных листов, использование возможностей комнат гигиены. При беседах с пациентами в комнатах гигиены, врач-гигиенист должен напоминать о правилах ухода за полостью рта, демонстрировать технику чистки зубов, проводить контрольную чистку с использованием индикаторных средств; 2) назначение рационального питания. Врач-стоматолог должен рекомендовать больному сбалансированное питание, которое предусматривает достаточное поступление питательных веществ, в частности, аминокислот, увеличение доли растительных нерафинированных масел, продуктов с активными металными группами, оказывающими линотропный эффект (овощи, молочные и морские продукты), витаминов, микроэлементов.</p>	
7	Вторичная профилактика заболеваний пародонта?	УК-1, ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: целью вторичной профилактики является лечение ранних признаков патологических изменений в тканях пародонта с целью предупреждения их</p>	



	<p>прогрессирования. Составными компонентами вторичной профилактики являются следующие: полноценный гигиенический уход за полостью рта пациента; исключение травматических факторов, в том числе устранение травматической окклюзии; использование реминерализующих средств для предупреждения кариеса; рентгенологический контроль, повторяемый через год, позволяющий выявить характер и интенсивность деструктивных процессов в костной ткани альвеолярной части; улучшение микроциркуляции, используя немедикаментозные методы, физиотерапевтические процедуры.</p>	
8	<p>Какие средства используют для герметизации фиссур?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: средства для герметизации делятся на четыре группы: 1) Цементы — витакрил, поликарбоксилатные, иономерные цементы, алюмосиликатные цементы.  2) Пластмассы — карбодент, акрилоксид, эподент.  3) Композиционные материалы—эвикрол, консайз, адаптик, бриллиант.  4) Герметики. По химическому составу: 1) На основе Bis GMA — Oralin (SS White Dental Products). 2) На основе UDMA и других полимеров — Prisma-Shield (Dentsplay). По механизму твердения: 1) Самоотверждающие — Contact-Seal (Vivadent). 2) Фотополимерные — Fissurit, Fissurit F (VOCO). По наличию наполнителя: 1) Ненаполненные (содержание наполнителя не превышает 26—28%) — Helio Seal (Vivadent). 2)Наполненные (содержание наполнителя составляет 50 %) — Prisma-Shield (Dentsplay) — 50%</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.2</b>	<p><b>Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбирочные материалы. Некариозные поражения зубов.</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6</b>
1	<p>Перечислите основные методы диагностики кариеса?</p>	ОПК-7, ПК-1
	<p>Ответ: зондирование; кариес-маркеры; температурные тесты; электроодонтометрия (ЭОД); рентгендиагностика; транслюминисцентный метод.</p>	
2	<p>Лечение начального кариеса временных зубов: препараты и методики их применения?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: наиболее распространенным и эффективным методом лечения начального кариеса у детей является рем-терапия. В качестве реминерализующих средств на основе кальция и фосфатов могут быть рекомендованы к применению: 10% раствор кальция глюконата и кальция хлорида, 2,5% раствор кальция глицерофосфата, раствор ремодента, кальций-фосфатные гели «Слюна» и «Эмаль».  Методика. Поверхность зубов тщательно отчищают от</p>	

	зубного налета. Высушивают ватным тампоном или слабой струей воздуха. Затем, на поверхность зубов наносят аппликацию при помощи ватного тампона, смоченного в 10% р-ре глюконата кальция, меняя его через каждый 5 минут. Продолжительность процедуры 20 минут. Курс составляет 10- 15 сеансов каждый день, либо через день.	
3	Перечислите неинвазивные методы лечения кариеса?	ПК-2
	Ответ: депофорез, серебрение, озонотерапия, реминерализирующая терапия.	
4	Материалы, используемые при пломбировании временных зубов?	ПК-2
	Ответ:- амальгама - I, II, III и V классы по Блэку; - композиты (свето- и химиотверждаемые) - кариозные полости всех классов; - стеклоиономерные цементы (СИЦ) - I, II, III, V классы по Блэку; - гибриды: – СИЦ, модифицированные пластмассой - I, II, III, V классы по Блэку; - композиты, модифицированные полиакриловой кислотой - компомеры - кариозные полости всех классов; - другие цементы (силикофосфатные, силикатные- III, V классы по Блэку).	
5	Часто встречающиеся ошибки и осложнения при лечении кариеса у детей?	ПК-2
	Ответ: неполный сбор анамнеза и обследования ребенка ведут к возникновению диагностических ошибок, способствующих неправильному лечению. При правильно поставленном диагнозе может быть выбран неадекватный метод лечения, что ведет к развитию осложнений. Ошибки при выполнении метода лечения.	
6	В чем заключается лечение кариеса методом ART ?	ПК-2
	Ответ: данный метод предусматривает очищение зубов от налета (1% раствором перекиси водорода) и ручное препарирование кариозных поражений с помощью острых экскаваторов и эмалевого ножа, пломбирование с помощью СИЦ.	
7	Окрашивается ли эмаль зубов при флюорозе при проведении витального окрашивания 2 % р-ром метиленового синего?	ПК-1
	Ответ: при витальном окрашивании эмаль зубов при флюорозе не окрашивается.	
8	Как выглядят дефекты твердых тканей зуба при эрозии эмали зубов?	ПК-1
	Ответ: поражения зубов имеют симметричный характер. Процесс начинается с появления незначительного углубления на эмали вестибулярной поверхности, которое со временем увеличивается и достигает	

	дентина. Дно очага эрозии желтого цвета, гладкое, блестящее, плотное при зондировании, возможно отложение пигмента. Форма — сначала округлая или овальная — при длительном существовании принимает менее правильные очертания: края эрозии постепенно переходят на интактную поверхность коронки зуба.	
9	Меры профилактики при эндемическом флюорозе?	ПК-4
	Ответ: основное направление профилактических мероприятий в регионах с увеличенным количеством фтора в воде состоит в уменьшении количества фтора, попадающего в организм. Для этого необходимо употреблять очищенную питьевую воду или воду с нормальным содержанием фтора, привезенную из других районов; избегать применения зубных паст и гелей с фтором; ограничить употребление фтор-содержащих продуктов (рыба, сливочное масло). В профилактике флюороза у детей большое значение имеет рациональное питание, богатое молочными продуктами и витаминами. При необходимости дополнительно применяют препараты кальция, витамины С и Д, поливитаминные комплексы	
10	Перечислите виды лечения гипоплазии зубов?	ПК-2
	Ответ: немедикаментозное лечение: при нарушении структуры твердых тканей зуба и наличии дефектов формы коронок зубов проводят их восстановление современными фотополимерными композиционными материалами. Медикаментозное лечение: при изменении цвета и перед реставрацией дефектов коронок зубов применяют комплексную (общую и местную) реминерализующую терапию. Основные лекарственные средства для реминерализующей терапии: 10% р-р глюконата кальция, 10% р-р лактата кальция, 2% р-р фторида натрия.	
11	Проведите дифференциальную диагностику эрозии эмали зубов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференциальную диагностику эрозии эмали проводят со средним, глубоким кариесом, а также с клиновидным дефектом.	
12	Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы?	ПК-1
	Ответ: периодонтальная щель расширена у верхушки корня зуба.	
13	Лечебная тактика при переломе коронки на уровне дентина в постоянных зубах со сформированными корнями?	ПК-2
	Ответ: реставрация коронки зуба композиционными материалами.	
14	Оформить амбулаторную карту больного	УК-1, ОПК-8, ПК-6

	<p>Ответ: Заполнить титульный лист, отразить жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, зафиксировать факторы риска, зафиксировать дату, запись должна быть подписана (с расшифровкой Ф.И.О.).</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.3</b>	<p><b>Особенности клиники, диагностики и лечения осложненного кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы для корневых каналов.</b></p>	<b>УК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	<p>Для какого метода лечения применяются препараты Пульподент и Пульпотек?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: препараты Пульподент и Пульпотек применяются после витальной ампутации (удаляют только коронковую пульпу).</p>	
2	<p>Применяется ли немедикаментозное лечение при пульпите во временных зубах?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: физиотерапевтические методы лечения при пульпите во временных зубах не применяют.</p>	
3	<p>Перечислите критерии для проведения биологического метода лечения в постоянных зубах у детей?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: критериями являются низкая интенсивность кариеса, хорошее общее состояние здоровья (I и II группы), отсутствие приема антибиотиков и гормотерапии в анамнезе.</p>	
4	<p>Что может оказывать влияние на длительность ретенции гидроокиси кальция в корневом канале?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: уровень рН и наличие экссудата в области верхушки корня; фагоцитарная активность лейкоцитов; изменения гидростатического давления в тканях пародонта под влиянием функциональной нагрузки, возникающей в процессе жевания.</p>	
5	<p>Что следует учитывать при сборе анамнеза при лечении периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: возраст ребенка; сопутствующую патологию; жалобы; давность и динамику заболевания; оказанную ранее медицинскую помощь; травматические повреждения; вредные привычки.</p>	
6	<p>Какие варианты лечения хронического периодонтита постоянного зуба с незавершенным апексогенезом вы знаете?</p>	УК-1, ПК-2
	<p>Ответ: многоэтапный метод основанный на продолжительной многомесячной экспозиции препаратов содержащих гидрооксид или оксид кальция в корневом канале, с последующей постоянной герметичной obturation корневого канала и метод основанный на одноэтапном создании апексального барьера с помощью препаратов МТА и постоянной</p>	

	обтурацией широкого просвета корневого канала.	
7	Назовите препараты содержащие МТА?	ПК-2
	Ответ: Прорут, Триоксидент, МТА- Ангелос, Радоцем.	
8	Метод проведения пульпотомии в постоянных зубах у детей?	ПК-2
	Ответ: проводят анестезию; широко раскрывают полость зуба; удаляют устьевую пульпу; останавливают кровотечение; покрывают устьевую пульпу лечебным препаратом, содержащим гидроокись кальция, либо МТА накладывают изолирующую прокладку или временную пломбу при отсроченном пломбировании (СИЦ ); восстанавливают анатомическую форму коронки зуба.	
9	Как проводится диспансерное наблюдении у детей с активным течением кариеса?	ПК-4
	Ответ: в зависимости от активности развития патологического процесса от 1 до 4 раз в день.	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-4</b>
1	Опишите клинику при средней степени тяжести ОГС?	ОПК-4, ОПК-7, ПК-2
	Ответ: в продромальном периоде-температура 37.2°C. Симптомы острого респираторного вирусного заболевания, катаральный период характеризуется повышением температуры до 38-39°C. Общее состояние средней степени тяжести. Тошнота, рвота. Высыпания на коже лица. Лимфаденит. Гингивит. В период высыпаний- температура 37-37.5°C. Сон,аппетит плохие. В полости рта в сумме до 20 афт, появляющихся в несколько этапов (2-3). Гингивит. Лимфаденит. В период угасания болезни температура нормальная, самочувствие удовлетворительное. Сон, аппетит восстановлены. Эрозии в стадии эпителизации.	
2	Какие противовирусные препараты назначаются при ОГС?	ПК-2
	Ответ: противовирусные препараты, мази— «Бонафтон», «Теброфен», «Оксолин». Действие этих средств основано на их химическом взаимодействии с гуаниновыми остатками нуклеиновых кислот вирусов. Бонафтон, теброфен, оксолин воздействуют на вирусную частицу в фазе ее внеклеточного существования. Ацикловир —противовирусный препарат. Активен в отношении вируса простого герпеса типа 1 и 2, 3% крем или мазь "Зовиракс ", мазь "Герпевир ", крем "Ацик ", 5% мазь «Виролекс».	
3	Какими действиями обладают протеолитические ферменты в лечении заболеваний СОПР?	УК-1, ПК-2

	<p>Ответ: наиболее широко применяют протеолитические ферменты животного происхождения — трипсин и химотрипсин. Помимо основного лечебного свойства — некролитического, ферменты усиливают и восстанавливают фагоцитарное действие нейтрофильных лейкоцитов и фибробластов, способствуя быстрому течению регенераторного процесса.</p>	
4	<p>Назовите средства, ускоряющие эпителизацию СОПР?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: с целью эпителизации применяют масляный раствор витамина А, масло облепихи и шиповника, каротолин, мази солкосерила, метилурацил, календулы и алоэ.</p>	
5	<p>Схема лечения при первичном glandularном хейлите?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: противовоспалительные средства: кортикостероидные мази (гидрокортизоновая, преднизолоновая, целестодерм В), иногда мази, содержащие антибиотики (эритромициновая, тетрациклиновая, полимиксиновая). Мази наносятся тонким слоем на красную кайму губ 2 – 3 раза в день до клинического улучшения.</p>	
6	<p>Какими антисептическими средствами проводят обработку при заболеваниях СОПР?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: в качестве антисептиков применяют 1% раствор перекиси водорода, 0,25—0,5% растворы хлорамина, 0,1% раствор перманганата калия, 0,1% раствор этакридина, раствор фурацилина (1:5000), 1% раствор йодиола, 2—4% растворы борной кислоты.</p>	
7	<p>Назовите возраст, в котором наиболее часто встречается острый герпетический стоматит?</p>	УК-1, ПК-1
	<p>Ответ: чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. Это связано с особенностями строения слизистой оболочки полости рта, недостаточно развитым местным иммунитетом полости рта, а также частыми естественными нарушениями целостности слизистой оболочки в результате прорезывания зубов.</p>	
8	<p>Профилактика десквамативного глоссита у детей?</p>	ПК-2, ПК-4
	<p>Ответ: санация полости рта, соблюдение личной гигиены, лечение соматической патологии.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<p><b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация.</b></p>	<b>УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6</b>
1	<p>Назовите жалобы при остром катаральном гингивите?</p>	ПК-1
	<p>Ответ: окг чаще наблюдается у детей раннего возраста. Дети предъявляют жалобы на припухлость десен, боль, кровоточивость, жжение в пораженных участках; боль усиливается при еде, разговоре, по мере развития воспаления интенсивность ее возрастает.</p>	

	Кровоточивость появляется от механических раздражителей. В результате этого дети отказываются от еды, становятся раздражительными.	
2	Что в себя включает этиотропное лечение пародонтита?	ПК-2
	Ответ: устранение микробной бляшки, зубных отложений; нормализация микрофлоры полости рта и желудочно-кишечного тракта; антибактериальная терапия; лечение соматической патологии с участием врачей других специальностей, лечение очагов соматогенной и одонтогенной инфекции (колит, гастрит, холецистит, гепатит, тонзиллит); рациональное питание; общеукрепляющая терапия, направленная на усиление неспецифической резистентности организма к неблагоприятным факторам (витаминотерапия); нормализация регуляторной функции ЦНС и периферической иннервации.	
3	Укажите основные принципы назначения антибактериальных средств в детском возрасте?	ПК-2
	Ответ: 1. Выбор препарата определяется видом, штаммом и чувствительностью к нему возбудителя (в начале лечения часто предполагаемого), локализацией и степенью тяжести инфекционного процесса, возрастом ребенка (незрелость функций организма), сопутствующими заболеваниями и преморбидным фоном. 2.Разовая и суточная дозы, а также путь введения препарата подбираются с учетом возраста и массы тела ребенка, характера и тяжести инфекционного процесса. 3.Кратность назначения препарата, сокращается до 2 раз в сутки у новорожденных (незрелость выделительной функции печени и почек) и увеличивается до 3-4раз в сутки в более позднем возрасте (с учетом группы антибиотиков по аналогии со взрослыми). 4.Продолжительность терапии и последовательность введения препаратов определяются индивидуально, в зависимости от эффективности первичного курса (оценивается по традиционным клиническим и лабораторным параметрам). 5. Обязательный мониторинг побочных эффектов и осложнений терапии.	
4	Назовите хирургические методы лечения пародонтита?	ПК-2
	Ответ: 1) кюретаж – открытый кюретаж, вакуум-кюретаж, криокюретаж; 2) гингивотомия; 3) гингивэктомия (простая, радикальная); 4) лоскутные операции; 5)операции для формирования преддверия полости рта (френулотомия, френулэктомия, пластика преддверия).	
5	Патогенетическое лечение при патологии пародонта?	ПК-2
	Ответ: противовоспалительное лечение; воздействие на местные регулирующие факторы резорбции костной	

	ткани альвеолярного гребня и на системные регулирующие факторы резорбции костной ткани; обеспечение оптимальных условий для репаративной регенерации тканей пародонта; стимулирование процессов репаративной регенерации тканей пародонта.	
6	Проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением..	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-3, ПК-5, ПК-6
	Ответ: санитарно-просветительная работа проводится с помощью: устного, печатного, наглядного материала в виде: лекции, беседы, доклады, громкого чтения, вечера вопросов и ответов, курсовых занятий, выступления по радио.	
7	К какой диспансерной группе отнести ребенка с воспалительными заболеваниями пародонта (гингивиты, локализованный пародонтит), у которого не выявлены какие-либо другие общие заболевания организма?	ПК-4
	Ответ: ко 2 диспансерной группе.	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	Принцип лечения шиповидных зубов (аномалия формы зубов)?	ПК-2
	Ответ: лечение таких дефектов заключается в протезировании; часто шиповидные зубы удаляют и в последующем замещают их различными протезами, которые могут быть как съёмными, так и несъёмными.	
2	Назовите принцип лечения скученного расположения зубов?	ПК-2
	Ответ: лечением скученного расположения зубов является правильное размещение зубов.	
3	В чем заключается лечение дистального прикуса (аномалия соотношения зубных дуг)?	ПК-2
	Ответ: при сформировавшихся зубных рядах проводится расширение верхней челюсти и зубного ряда, перемещение передних верхних зубов назад, перестройка вертикальных соотношений передних зубов, смещение верхнего зубного ряда назад. Для выполнения этих мероприятий применяются как внеротовые, так и внутриротовые ортодонтические аппараты. Для расширения зубных рядов используются дуговые аппараты Энгля, Мершона, пластиночные аппараты с пружиной или винтом. Ретракцию верхних передних зубов осуществляют с помощью назубных несъёмных аппаратов типа Бегга. Перестройка передних зубов в вертикальной плоскости осуществляется с помощью накусочных пластинок. При лечении дистальной окклюзии используют в основном аппараты комбинированного действия(съёмная расширяющая	



	пластинка с винтом или пружиной с вестибулярной дугой и накусочной площадкой, аппарат Башаровой). После формирования постоянного прикуса для ускорения сроков лечения применяют аппаратурно-хирургический метод.	
4	Назовите клинику чрезмерного резцового перекрытия?	ПК-1
	Ответ: Чрезмерное резцовое перекрытие может быть вертикальным или горизонтальным. Вертикальное чрезмерное резцовое перекрытие - такое соотношение передних зубов, когда верхние резцы и клыки перекрывают нижние более, чем наполовину при сохраняющемся режуще-бугорковом контакте. Горизонтальное чрезмерное резцовое перекрытие определяется тогда, когда сохранен режуще-бугорковый контакт, а сагиттальное межрезцовое расстояние превышает вестибуло-оральный размер коронки нижнего центрального резца.	
5	Чем характеризуется глубокий прикус?	ПК-1
	Ответ: глубокий прикус относится к вертикальным аномалиям прикуса и характеризуется чрезмерным резцовым перекрытием и отсутствием режуще-бугоркового контакта.	
6	Чем характеризуются аномалии зубных рядов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: аномалии зубных рядов характеризуются изменением их типичной формы и длины.	
7	Профилактика дистального прикуса?	ПК-4, ПК-5
	Ответ: профилактика рахита, который способен повлиять на развитие челюстной кости; своевременный переход на твердую пищу; сбалансированный рацион — в него должны входить богатые кальцием продукты; профилактика воспалительных заболеваний носоглотки; отучение ребенка от сосания пустышек, пальцев, ручек и других вредных привычек; формирование носового дыхания; выработка правильной осанки в детском возрасте.	
<b>Б1.Б.1.1.4.7</b>	<b>Исправление зубочелюстных аномалий.</b>	<b>ПК-2, ПК-4, ПК-5</b>
1	В каком направлении рукообразные пружины перемещают центральные резцы?	ПК-2
	Ответ: рукообразные пружины перемещают центральные резцы медиально и латерально.	
2	С какой целью применяется пластинка для верхней челюсти с винтом и секторальным распилом?	ПК-2
	Ответ: пластинка для верхней челюсти с винтом и секторальным распилом применяется для удлинения верхнего зубного ряда.	
3	Для чего предназначен аппарат Дерихсвайлера?	ПК-2
	Ответ: несъемный аппарат предназначен для	

	ускоренного раскрытия срединного небного шва, оказывающий воздействие в трансверзальном направлении на зубы, альвеолярный отросток и небный шов.	
4	В чем заключается метод щитовой терапии?	ПК-2
	<p>Ответ: метод щитовой терапии основан на применении съемных вестибулярных аппаратов (пластинок), которые располагаются между губами и щеками с одной стороны и альвеолярными отростками – с другой. Введение такой вестибулярной пластинки-щита в полость рта разъединяет мягкие ткани, окружающие зубные ряды с их наружной и внутренней поверхностей. Вестибулярный щит механически отодвигает мягкие ткани, располагающиеся при аномалии прикуса между зубными рядами, устраняет препятствия для сближения зубов. Он защищает зубные ряды от давления при вредной привычке сосания пальца, губы и других предметов.</p>	
5	В каких случаях противопоказана стандартная вестибулярная пластинка Шонхера?	ПК-2
	<p>Ответ: стандартная вестибулярная пластинка противопоказана при следующих нарушениях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- глубоком резцовом перекрытии;</li> <li>- истинном наследственном дистальном прикусе, развившемся под влиянием генетических факторов;</li> <li>- открытом прикусе, возникшем в результате сосания языка. При открытом прикусе привычное соприкосновение языка с губой заменяется соприкосновением языка с пластинкой, и он служит препятствием для сближения резцов.</li> </ul>	
6	Для чего применяется аппарат Нанса?	ПК-2
	<p>Ответ: аппарат Нанса предназначен для стабилизации положения моляров.</p>	
7	В чем состоит задача санпросвет работы врача-стоматолога детского среди родителей ребенка первого года жизни по предупреждению развития зубочелюстных аномалий?	ПК-4, ПК-5
	<p>Ответ: задача состоит в предупреждении формирования пролонгированного сосательного рефлекса (к концу первого года жизни должен угасать)</p>	

#### 4.2.3. Ситуационные задачи (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
---	-------------------	---------------------------------

1	<p>В стоматологическом кабинете, площадь которого 15 м<sup>2</sup>, установлены 1 стоматологическое кресло с универсальной установкой, столик и стул для врача. В кабинете находится шкаф для медикаментов, блок медицинской сестры, канцелярский стол врача, а также раковина с полками для мытья инструментов, стерильный стол с инструментами и рентгеновская установка. В стоматологическом кабинете, площадь которого 15 м<sup>2</sup>, установлены 1 стоматологическое кресло с универсальной установкой, столик и стул для врача.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос 1.</b> Назовите санитарно-гигиенические нормативы, которые были нарушены при устройстве данного кабинета</p> <p><b>Ответ:</b> блок медицинской сестры должен находиться в стерилизационной комнате, где проводятся дезинфекция и стерилизация инструментов.</p>	УК-1, УК-3, ОПК-8
	<p><b>Вопрос2.</b> Определите, возможно ли разместить рентгеновскую установку в данном помещении</p> <p><b>Ответ:</b> рентгеновская установка должна находиться в отдельном кабинете, стены которого необходимо закрыть специальными экранами.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос3.</b> Определите, возможно ли проводить рентгенологическое исследование в таких условиях</p> <p><b>Ответ:</b> проводить рентгенологическое исследование в этом кабинете невозможно</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос4.</b> Дайте оценку оснащению данного стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы</p> <p><b>Ответ:</b> современное оснащение стоматологического кабинета включает для оценки состояния периапикальных тканей.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос5.</b> Назовите место расположения устройства для стерилизации инструментов.</p> <p><b>Ответ:</b> в стерилизационной комнате рабочее место медицинской сестры должно быть оснащено: столом для сортировки инструментов, суховоздушным шкафом для стерилизации инструментов, ультразвуковой мойкой для предстерилизационной их очистки, глассперленовым стерилизатором для стерилизации мелких стоматологических инструментов, аппаратом для дезинфекции и смазки инструментов, раковиной для их мойки.</p>	УК-1, ОПК-8

2	Пациентка И., 50 лет, обратилась к хирургу-стоматологу для удаления корней 2.7, 2.8 зубов, В процессе введения анестетика врач заметил внезапное возникновение и быстрое нарастание припухлости мягких тканей в нижнем отделе височной и верхнем отделе околоушно-жевательной области слева.	УК-1, ОПК-4, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Назовите осложнение, которое возникло у пациентки. <b>Ответ:</b> гематома.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Укажите его причины <b>Ответ:</b> травма сосудов при вколе иглы, выход крови в ткани.	УК-1, ОПК-4
	<b>Вопрос 3.</b> Определите моментальную тактику хирурга. <b>Ответ:</b> тактика хирурга: холод на кожу 15 мин и давящая повязка или ручное прижатие.	УК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 4.</b> Перечислите возможные исходы этого осложнения. <b>Ответ:</b> рассасывание или нагноение гематомы	УК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 5.</b> Назовите анестезию, проведенную хирургом. <b>Ответ:</b> туберальная анестезия	ПК-2
	<b>Вопрос 6.</b> Профилактика данного осложнения. <b>Ответ:</b> продвижению иглы должно предшествовать выпуск раствора анестетика	УК-1, ПК-2
3	В ортопедическом кабинете 22 м <sup>2</sup> установлено 2 стоматологических кресла с универсальными установками вдоль светонесущей стены. В помещении 2 окна ориентированы на северную сторону. Высота потолка— 3,3 м. Стены покрашены масляной краской в серый цвет.	УК-1, ОПК-8
	<b>Вопрос 1.</b> Внесите коррективы, касающиеся потолка и пола в организации данного кабинета <b>Ответ:</b> потолок кабинета окрашивают силикатными красками в белый цвет. Пол должен быть застлан линолеумом или покрыт керамической плиткой.	УК-1, ОПК-8
	<b>Вопрос 2.</b> Объясните, примет ли санитарный врач эпидемиолог кабинет для приема пациентов. <b>Ответ:</b> санитарный врач-эпидемиолог кабинет для приема пациентов примет, потому что площадь достаточна для размещения 2 стоматологических установок.	УК-1, УК-3, ОПК-8
	<b>Вопрос 3.</b> Дайте оценку оснащению стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите	УК-1, ОПК-8

	<p>коррективы.</p> <p><b>Ответ:</b> Современное оснащение ортопедического кабинета включает базовую стоматологическую установку со слюноотсосом и пылесосом, светильником для дополнительного освещения, с лампой для полимеризации композитов, радиовизиографом для оценки состояния периапикальных тканей, со столом для отливки моделей из гипса, с зуботехническим пылесосом для работы с пластмассой.</p>	
	<p><b>Вопрос 4.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов</p> <p><b>Ответ:</b> площадь кабинета должна быть 14 м<sup>2</sup> и 7 м<sup>2</sup> на каждую дополнительную установку. Высота помещения— не менее 3 м, глубина— не более 6 м. Расстояние между креслами— 1,5 м. При этом они должны располагаться в один ряд, вблизи окон. Кабинет нужно оснастить системой кондиционирования и вентиляции.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос 5.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов</p> <p><b>Ответ:</b> площадь кабинета должна быть 14 м<sup>2</sup> и 7 м<sup>2</sup> на каждую дополнительную установку. Высота помещения— не менее 3 м, глубина— не более 6 м. Расстояние между креслами— 1,5 м. При этом они должны располагаться в один ряд, вблизи окон. Кабинет нужно оснастить системой кондиционирования и вентиляции.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос 6.</b> Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете</p> <p><b>Ответ:</b> в этом кабинете необходимо разместить 2 стоматологические установки.</p>	УК-1, ОПК-8
4	<p>Пациент Б., 65 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью протезирования зубов. С его слов зубы были потеряны в результате осложнений кариозного процесса. При осмотре полости рта врач выявил, что у пациента отсутствуют все зубы на верхней челюсти и часть зубов на нижней.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопросы 1.</b> Охарактеризуйте возможность определения прикуса.</p> <p><b>Ответ:</b> прикус не фиксирован.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 2.</b> Опишите условия измерения нижней трети лица у этого пациента.</p> <p><b>Ответ:</b> в состоянии физиологического покоя.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 3.</b> Расскажите о возможности определения базальных</p>	УК-1, ОПК-7,

	<p>дуг.</p> <p><b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — в проекции верхушек корней зубов.</p>	ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Охарактеризуйте возможности определения зубных дуг</p> <p><b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — по режущим краям фронтальных зубов и окклюзионной поверхности премоляров и моляров.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 5.</b> Расскажите о возможности определения альвеолярных дуг</p> <p><b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — по вершине гребня альвеолярного отростка</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 6.</b> Назовите профилактические мероприятия необходимые для сохранения целостности зубного ряда.</p> <p><b>Ответ:</b> своевременная санация ролости рта и профилактические осмотры</p>	ПК-1, ПК-4
5	<p>Пациентка Н. 31 года обратилась в клинику с жалобами на общее недомогание, боль в области нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей лица справа, ограничение открывания рта.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: периодически беспокоили боли в области зуба 4.7. Пять дней тому назад вновь появилась боль в этом зубе. За три недели до этого у больной был грипп. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала Нурофен, полоскала рот содовым раствором. На следующий день боль в зубе несколько стихла, появилась припухлость лица, стал плохо открываться рот. Температура повышалась до 38,5°С</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: со слов пациентки, считает себя практически здоровой. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,2°С, пульс 88 ударов в минуту, АД – 130/65 мм рт.ст.</p> <p>Конфигурация лица изменена за счёт отёка нижнего отдела щёчной, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями.</p> <p>Местный статус: в преддверии рта наблюдается гиперемия и отёк слизистой оболочки альвеолярной части, переходной складки на уровне зубов 4.6, 4.7, 4.8. Переходная складка уплощена и сглажена. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат. Открывание рта 25 мм между центральными резцами. Перкуссия зуба 4.7 слабобезболезненна. Перкуссия зубов 4.6; 4.8 безболезненна. В зубе 4.7 глубокая кариозная полость. В зубах 4.6 и 4.8 – фиссурный кариес.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1

	На рентгенограмме: у верхушек корней 4.7 зуба разрежение костной ткани с нечёткими границами.	
	<b>Вопросы1.</b> Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы. <b>Ответ:</b> острый гнойный периостит нижней челюсти справа в области 4.7 зуба	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику. <b>Ответ:</b> острый периодонтит, абсцесс, флегмона поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, острый сиааладенит, острый остеомиелит	УК-1, ПК-1
	<b>Вопрос 3.</b> Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля. <b>Ответ:</b> консультация стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности консервативного лечения зуба 4.7. С целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения зуба 4.7, удаление зуба. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина. Назначается внутрь антибактериальная и противовоспалительная терапия.	УК-1, УК-3, ПК-2
	<b>Вопрос 4.</b> Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения. <b>Ответ:</b> с целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения зуба 4.7, удаление зуба. Удаление зуба позволяет улучшить опорожнение гнойного очага и способствует более быстрой ликвидации воспалительных явлений. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.	УК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 5.</b> Возможно ли оформление листка нетрудоспособности при данном заболевании <b>Ответ:</b>	ОПК-5, ОПК-6, ПК-6
6	Женщина 67 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на опухоль в околоушно-жевательной области справа. В анамнезе выяснено, что опухоль заметила около 15 лет назад, растёт медленно. К онкологу по поводу этого образования обратилась неделю назад, проведена пункционная биопсия опухоли, после получения результата онколог направил на хирургическое лечение к челюстно-лицевому хирургу. Из общих заболеваний отмечает редкие повышения АД, назначенные участковым терапевтом лекарства принимает	УК-1, ОПК-7, ПК-1, ПК-2

	<p>ежедневно.</p> <p>При внешнем осмотре обращает на себя внимание увеличение объема околоушной области справа, кожные покровы в цвете не изменены, мимические движения одинаковы с обеих сторон. При пальпации объёмное образование представлено безболезненной опухолью округлой формы, 6×8 см, плотной консистенции, с бугристой поверхностью, относительно подвижной. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объёме, 4,5 см. СОПР розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Зубные ряды представлены частичными съёмными протезами.</p> <p>3. Предложите метод лечения выявленной патологии.</p> <p>4. Опишите примерный протокол предлагаемой Вами операции.</p> <p>5. Опишите предполагаемую морфологическую картину удалённой опухоли.</p>	
	<p><b>Вопросы 1.</b> Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> <p><b>Ответ:</b> полиморфная аденома правой околоушной железы</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p><b>Вопрос 2.</b> Какие обследования необходимо провести для госпитального хирургического лечения</p> <p><b>Ответ:</b> 1. ОПТГ. 2. УЗИ слюнных желёз. 3. Заключение участкового терапевта о состоянии соматического здоровья.</p> <p>4. Флюорография. 5. Результаты анализов крови на RW, ВИЧ и гепатиты. 6. Группа крови и резус-фактор.</p>	<p>УК-1, ОПК-7, ПК-1</p>
	<p><b>Вопрос 3.</b> Предложите метод лечения выявленной патологии.</p> <p><b>Ответ:</b> пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – резекция правой околоушной слюнной железы с высепаровкой ветвей лицевого нерва под общим обезболиванием.</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>
	<p><b>Вопрос 4.</b> Опишите примерный протокол предлагаемой Вами операции</p> <p><b>Ответ:</b> 1. Разрез кожи по Ковтуновичу (вертикальный спереди от наружного слухового прохода, под мочкой уха и огибая её кзади и кверху, далее под острым углом книзу, параллельно углу нижней челюсти). 2. Лоскут кожи отсепааровывается в слое подкожной клетчатки до размеров на 0,5 см более контурируемой опухоли. 3. Рассекается плотная околоушно-жевательная фасция в направлении предполагаемого хода Стенонова протока размерами на 0,3 см больше контурируемой опухоли. 4. Обнаруженная бугристая опухоль послойно тупо и остро выделяется с частичками железы на ней. При углублении обращают внимание на возможно имеющиеся рядом веточки лицевого нерва, при обнаружении которых они выделяются и отделяются от удаляемого материала. 5. Выделенный опухолевый бугристый узел изучается макроскопически на предмет сохранности капсулы и отправляется на ПГИ. Проводятся гемостаз и ревизия раны. Далее совмещаются края рассечённой фасции, соединяются швами. Укладывается кожный</p>	<p>УК-1, ПК-1</p>



	лоскут на место, швы на кожу. Давящая повязка.	
7	<p>Больной 62 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровотечение из лунки ранее удаленного 1.1 зуба.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: со слов пациента, обратился в стоматологическую поликлинику по месту жительства, где с целью подготовки к протезированию, было проведено удаление корня зуба 1.1. Удаление прошло без особенностей.</p> <p>По прибытии домой почувствовал головную боль, лёгкое недомогание. Примерно через час из лунки удалённого зуба развилось кровотечение.</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: со слов пациента, практически здоров. Отмечает периодическое повышение артериального давления, регулярно препараты не принимает.</p> <p>Аллергоанамнез не отягощён. Сифилис, гепатит В, С, ВИЧ отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Пациент отмечает незначительную слабость, головокружение.</p> <p>Местный статус: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное.</p> <p>В полости рта: лунка зуба 1.1 покрыта взбухающим сгустком, из-под которого сочится кровь. Видимых разрывов слизистой оболочки нет.</p> <p>При рентгенологическом исследовании лунка зуба 1.1 без патологических теней. Других изменений костных структур нет.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопросы 1.</b> Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.</p> <p><b>Ответ:</b> луночковое кровотечение в области 1.1. на фоне гипертонического криза.</p>	УК-1, ПК-1
	<p><b>Вопрос 2.</b> Составьте план дополнительного обследования пациента</p> <p><b>Ответ:</b> Консультация врача-терапевта участкового, врача-кардиолога.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.</p> <p><b>Ответ:</b> кровотечение из мягких тканей, кровотечение из твёрдых тканей.</p>	УК-1, ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Укажите особенности предоперационной подготовки, а также хирургического этапа лечения.</p> <p><b>Ответ:</b> гипотензивная терапия, консультация врача-анестезиолога, по возможности удаление зуба с анестезиологическим пособием.</p>	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2
8	<p>Ребёнку 15 лет. Жалобы на кровоточивость дёсен при чистке зубов, приёме жёсткой пищи. Десневой край в области всех зубов отёчен, гиперемирован. Отмечено скопление зубного налёта в пришеечной области зубов.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1

	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз. <b>Ответ:</b> хронический генерализованный катаральный гингивит.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента. <b>Ответ:</b> неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология.	УК-1, ОПК-4
	<b>Вопрос 3.</b> Какой дополнительный метод обследования необходимо провести и для чего? <b>Ответ:</b> рентгенографическое обследование – ортопантограмма. Для оценки состояния костной ткани и проведения дифференциальной диагностики с хроническим пародонтитом.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 4.</b> Представьте ориентировочный план лечения пациента <b>Ответ:</b> обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, ортодонтического лечения после стихания воспалительных явлений.	УК-3, ПК-2, ПК-5
	<b>Вопрос 5.</b> Перечислите препараты для лечения этой патологии. Назовите профилактические мероприятия, которые необходимо проводить для предупреждения данного заболевания <b>Ответ:</b> антисептики, противовоспалительные антибактериальные мази, готовые десневые повязки. Обучение гигиене полости рта и контролируемая чистка зубов, профессиональная гигиена полости рта не менее 2 раз в год	ПК-2, ПК-4
	<b>Вопрос 6.</b> Как будет проводиться диспансерное наблюдение? <b>Ответ:</b> диспансерное наблюдение проводится два раза в год	ПК-6
9	Девочка 14 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на разрушение передних зубов, боли при приёме пищи, болезненность и кровоточивость дёсен при чистке зубов. При осмотре выявлено: множественные кариозные полости, обильные отложения мягкого зубного налёта, отёк, гиперемия и кровоточивость десны.	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<b>Вопрос 1.</b> Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза <b>Ответ:</b> рентгенологическое обследование (ОПТГ).	ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Предполагаемый диагноз <b>Ответ:</b> декомпенсированная форма кариеса, хронический катаральный гингивит.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения <b>Ответ:</b> врач-педиатр, врач-эндокринолог, врач-хирург-стоматолог, врач-ортопед-стоматолог.	УК-1, УК-3, ПК-2

	<p><b>Вопрос 4.</b> План лечения</p> <p><b>Ответ:</b> обучение уходу за полостью рта, лечение гингивита, лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих терапевтическому лечению, после лечения - рациональное протезирование.</p>	УК-1, ПК-2, ПК-4
	<p><b>Вопрос 5.</b> Укажите сроки диспансеризации</p> <p><b>Ответ:</b> обязательная постановка на диспансерный учет у стоматолога, осмотр 1 раз в 3-4 месяца, проведение профилактических мероприятий.</p>	ПК-6
10	<p>В клинику поступил пациент 24 лет с жалобами на боль в области отсутствующего 4.6 зуба. Со слов пациента, было выяснено, что два дня назад было проведено удаление разрушенного 4.6 зуба в течение 1,5 часов с применением бормашины. На следующий день появилась ноющая боль в области удалённого 4.6 зуба, к вечеру боль усилилась, пациент принял обезболивающее средство, боль слегка утихла. Ночью боль усилилась, и пациент принял решение обратиться в стоматологическую клинику к врачу-стоматологу. Врачом-стоматологом-хирургом была проведена антисептическая обработка в области лунки удалённого зуба и назначены обезболивающие препараты. На 5 сутки после удаления 4.6 зуба пациент в третий раз обратился к врачу с жалобами на боль в области удалённого 4.6 зуба. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы без видимой патологии. При пальпации региональные лимфатические узлы безболезненные, мягко- эластической консистенции, не увеличенные, подвижные. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. 4.6 зуб отсутствует, слизистая оболочка в области лунки гиперемирована, отёчна, в лунке визуализируются масса серого цвета, с неприятным запахом, пальпация области лунки болезненна. 4.7 зуб в цвете изменён, имеет дефект пломбы на щёчной и контактной поверхностях.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту</p> <p><b>Ответ:</b> предварительный диагноз «альвеолит лунки 4.6 зуба, хронический периодонтит 4.7 зуба».</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 2.</b> Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований</p> <p><b>Ответ:</b> а) для уточнения диагноза необходимо провести: внутриконтрастную рентгенографию 4.6, 4.7 зубов, ортопантомографию; б) лечение альвеолита лунки (кюретаж лунки, в случае наличия остаточных корней удаление корней); в) консультация врача-терапевта-стоматолога о лечении 4.7 зуба; г) консультация врача-ортопеда-стоматолога о возможности проведения ортопедического лечения в области 4.7 зуба, отсутствующего 4.6 зуба.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1

	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите анализ лечения пациента врачом-стоматологом клиники.</p> <p><b>Ответ:</b> для постановки точного диагноза врачу стоматологической клиники необходимо было провести ортопантографию или визиографию, так как из описания клинической картины осталось не ясным состояние лунки удалённого зуба, наличия остаточных корней в лунке в результате травматического удаления 4.6 зуба и состояния окружающих тканей на момент последнего осмотра. И если в лунке нет остаточных корней, то необходимо было провести эвакуацию распавшегося сгустка из лунки с помощью кюретажной ложки и только потом провести антисептическую обработку лунки. В лунку вводят лекарственные вещества, прикрытые иодоформным тампоном.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии</p> <p><b>Ответ:</b> а) альвеолит лунки 4.6 зуба (учитывая сложное удаление 4.6 зуба, также ноющую боль в области лунки, которая постепенно нарастала, серые массы в лунке, которые говорят о распавшемся сгустке и неприятный запах из лунки, а также 5 дней после удаления говорят о воспалительном процессе лунки зуба, остается неясным вопрос об остаточных корнях 4.6 зуба, которые также могут являться причиной боли и воспаления); б) хронический периодонтит 4.7 зуба (об этом свидетельствует изменение цвета коронковой части зуба и наличие пломбы).</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 5.</b> Назначьте лечение и обоснуйте его</p> <p><b>Ответ:</b> план лечения и обоснование: после постановки точного диагноза, рекомендована санация лунки удалённого 4.6 зуба - проведение повторного кюретажа лунки, введение в лунку йодоформного тампона с Левомеколем, назначение противобактериальной, противовоспалительной терапии, при необходимости физиотерапии. Для 4.7 зуба необходимо провести рентгенографию после чего решить вопрос о лечении зуба терапевтическим путём – заменив пломбу на новую или ортопедическую конструкцию.</p>	ПК-2
11	<p>Пациентка Д. 22 лет обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет. Объективно: 3.3 зуб– на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется нечётко отграниченный участок серовато-белого цвета. Реакция на температурные раздражители незначительная, быстро проходящая после устранения раздражителя. Потери эпителиального прикрепления нет, в пришеечной области всех зубов определяется наличие мягкого зубного налёта.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз</p> <p><b>Ответ:</b> 3.3 зуб – кариес эмали, стадия «мелового пятна» [начальный кариес] (K.02.0).</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 2.</b> Укажите необходимые дополнительные методы</p>	ОПК-4, ПК-1

	<p>обследования</p> <p><b>Ответ:</b> витальное окрашивание, температурная проба, трансиллюминация, лазерная диагностика аппаратом «Диагност». ».</p>	
	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику</p> <p><b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с эрозией эмали (К 03.29), гипоплазией эмали (К00.40), флюорозом (К00.30)</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения</p> <p><b>Ответ:</b> коррекция индивидуальной гигиены полости рта; профессиональная гигиена полости рта; реминерализирующая терапия с использованием одного из методов (метод Е.В. Боровского и П.А. Леуса, метод Ю.М. Максимовского, метод Е.В. Боровского и Е.А. Волкова с применением двухкомпонентного препарата «БВ»).</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 5.</b> Меры профилактики, рекомендованные в указанном случае</p> <p><b>Ответ:</b> меры профилактики: оздоровление организма; ограничение приёма углеводов; режим питания; приём жёсткой пищи; улучшение слюноотделения; коррекция гигиены полости рта; устранение зубочелюстных деформаций.</p>	УК-3, ПК-4, ПК-5
12	<p>Пациент Б. 25 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного зуба 4.5.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: зуб 4.5 прорезался в 14 лет в сторону языка, мешает во время приёма пищи и при разговоре.</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°С.</p> <p>При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p>В полости рта: зуб 4.5 интактный, расположен с язычной стороны альвеолярной части нижней челюсти. Зубы 4.4 и 4.6 контактируют. Слизистая оболочка боковой поверхности языка справа в средней трети гиперемирована, отёчна, местами эрозирована. Пальпация слабоболезненна.</p> <p>При выполнении анестезии пациент стал отмечать головокружение, слабость, затруднение дыхания. При внешнем осмотре отмечалась бледность кожных покровов, холодный пот, давление 80/40 мм рт, дыхание учащенное</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз</p> <p><b>Ответ:</b> Дистопия зуба 4.5. Хроническая травма боковой поверхности языка</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 2.</b> Назовите осложнение, которое возникло во время выполнения анестезии</p> <p><b>Ответ:</b> Аллергическая реакция немедленного типа</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-2

	(анафилактический шок)	
	<p><b>Вопрос 3.</b> Обоснуйте последовательность выполнения мероприятий по оказанию неотложной помощи</p> <p><b>Ответ:</b> вызов реанимационной бригады, до ее прибытия вести в/в раствор адреналина, раствор преднизолона, 5% раствор глюкозы, раствор эуфиллина, при необходимости начать реанимационные мероприятия</p>	ОПК-7, ОПК-10, ПК-2
	<p><b>Вопрос 4.</b> Профилактика аллергических реакций</p> <p><b>Ответ:</b> тщательный сбор аллергологического анамнеза.</p>	ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
13	<p>Пациент О. 20 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие неприятные ощущения при накусывании на зуб 1.5. Зуб беспокоит в течение 3 месяцев.</p> <p>Из анамнеза: ранее зуб был лечен эндодонтически.</p> <p>Объективно: зуб 1.5 – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена пломбой. Перкуссия слабо болезненна.</p> <p>На внутриротовой контактной рентгенограмме корневой канал зуба 1.5 запломбирован плотно, равномерно на всем протяжении, пломбировочный материал и гуттаперча значительно выведены за верхушку корня. Изменений в периапикальных тканях нет.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Определите план лечения зуба 1.5.</p> <p><b>Ответ:</b> повторное эндодонтическое лечение, удаление выведенного за верхушку зуба гуттаперчи и пломбировочного материала.</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 2.</b> Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству</p> <p><b>Ответ:</b> резекция верхушки корня зуба 1.5 с удалением гуттаперчи и избытков пломбировочного материала. Корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.</p>	УК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 3.</b> Укажите возможные причины осложнения при проведенном эндодонтическом лечении зуба 1.5.</p> <p><b>Ответ:</b> ошибки при определении рабочей длины корневого канала, избыточное расширение апикального отверстия, отсутствие апикального уступа, корневой канал obturated плотно с избыточным выведением материала за верхушку.</p>	УК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 4.</b> Назовите препараты для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении.</p> <p><b>Ответ:</b> растворы гипохлорита натрия, хлоргексидина биглюконата, ЭДТА</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 5.</b> Назовите основные этапы эндодонтического лечения</p> <p><b>Ответ:</b> создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины корневого канала, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation.</p>	УК-1, ПК-2

14	<p>Больному К. 38 лет работающему на химическом заводе по производству кислот, установлен диагноз «лейкоплакия слизистой оболочки обеих щёк». Из анамнеза известно, что больной курит, водит старый автомобиль. При осмотре полости рта выявлен ряд кариозных и разрушенных зубов.</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Какие факторы могли способствовать появлению лейкоплакии  <b>Ответ:</b> профессиональные вредности, курение, несанированная полость рта</p>	УК-1, ПК-1
	<p><b>Вопрос2.</b> Какие формы лейкоплакии могут быть диагностированы у данного пациента  <b>Ответ:</b> плоская, эрозивно-язвенная, веррукозная, лейкоплакия курильщиков</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику заболевания.  <b>Ответ:</b> красный плоский лишай, красная волчанка, хронический гиперпластический кандидоз, вторичный сифилис, ороговевающий плоскоклеточный рак.</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Ваши действия по отношению к данному больному и в проведении профилактических мероприятий на заводе.  <b>Ответ:</b> санация полости рта; отказ от курения; применение кератопластических препаратов местно.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-4
	<p><b>Вопрос 5.</b> Какие осложнения могут развиваться у больного при неправильной и несвоевременно тактике лечения; регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога  <b>Ответ:</b> малигнизация очага поражения слизистой.</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-2
15	<p>При организации хирургического кабинета выбрано помещение 30 м2. В нем установлено 3 стоматологических кресла. В помещении два окна ориентированы на северную сторону. Высота потолка- 3,0 м глубина – 5,0 м. Стены и полы облицованы керамической плиткой серого цвета.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос1.</b> Назовите дополнительные помещения, необходимые для организации хирургического кабинета  <b>Ответ:</b> кроме операционной для удаления зубов и выполнения других амбулаторных манипуляций, необходимы комната для ожидания и стерилизационная не менее 10м2.</p>	ПК-3, ОПК-8
	<p><b>Вопрос2.</b> Объясните, достаточно ли площади для размещения хирургического оборудования для приема больных  <b>Ответ:</b> данная площадь не достаточна для размещения 3 стоматологических установок. Площадь хирургического кабинета должна иметь 23 м2 на основную стоматологическую установку и по 7м2 на каждые дополнительные. Для 3 кресел необходимо 37 м2.</p>	УК-1, УК-3, ОПК-8
	<p><b>Вопрос3.</b> Назовите место расположения устройства для стерилизации и предстерилизационной очистки  <b>Ответ:</b> стерилизационная комната не менее 10 м2 должна находиться рядом с хирургическим кабинетом.</p>	ОПК-8

	<p><b>Вопрос 4.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к кабинетам для оказания помощи больным</p> <p><b>Ответ:</b> высота помещения должна быть не менее 3м, глубина – не более 6 м. Расстояние между креслами – 1,5 м. Кресла нужно расположить в один ряд, вблизи окон. Кабинет необходимо оснастить системами кондиционирования и вентиляции.</p>	УК-1, ОПК-8
	<p><b>Вопрос 5.</b> Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете</p> <p><b>Ответ:</b> в этом кабинете можно разместить только 2 стоматологические установки</p>	УК-3, ОПК-8
16	<p>Пациентка Д. 28 лет впервые обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.</p>	УК-3, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос1.</b>Перечислите основные документы заполняемые на стоматологическом приеме</p> <p><b>Ответ:</b> 1-медицинская карта стоматологического больного 2 – единый талон амбулаторного пациента 3 – листок ежедневного учета врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета 4 – сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета 5 – контрольная карта диспансерного наблюдения.</p>	ОПК-6
	<p><b>Вопрос2.</b> Как будет определяться у пациентки интенсивность кариеса зубов</p> <p><b>Ответ:</b> с помощью индекса КПУ - суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов.</p>	ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос3.</b> С помощью какого индекса можно определить гигиеническое состояние полости рта</p> <p>Ответ: ОНІ-S;</p>	ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 4.</b> Назовите индекс для определения состояния тканей пародонта при эпидемиологическом исследовании</p> <p><b>Ответ:</b> СРІ;</p>	ОПК-7, ПК-1
17	<p>Девочка 8 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на разрушение передних зубов, боли при приёме пищи, болезненность и кровоточивость дёсен при чистке зубов. При осмотре выявлено: множественные кариозные полости, обильные отложения мягкого зубного налёта, отёк, гиперемия и кровоточивость десны.</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос1.</b> Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза</p> <p><b>Ответ:</b> рентгенологическое обследование (ОПТГ).</p>	ПК-1
	<p><b>Вопрос2.</b> Предполагаемый диагноз</p> <p><b>Ответ:</b> декомпенсированная форма кариеса, хронический</p>	УК-1, ПК-1



	катаральный гингивит.	
	<b>Вопрос3.</b> Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения. <b>Ответ:</b> врач-педиатр, врач-эндокринолог, врач-хирург-стоматолог, врач-ортопед-стоматолог.	УК-3, ПК-2
	<b>Вопрос4.</b> План лечения. <b>Ответ:</b> обучение уходу за полостью рта, лечение гингивита, лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, не подлежащих терапевтическому лечению, после лечения - рациональное протезирование.	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	<b>Вопрос5.</b> Укажите сроки диспансеризации <b>Ответ:</b> обязательная постановка на диспансерный учет у стоматолога, осмотр 1 раз в 3-4 месяца, проведение профилактических мероприятий.	ОПК-2, ПК-4
	<b>Вопрос6.</b> Как будет определяться интенсивность кариеса <b>Ответ:</b> с помощью индекса КПУ (з) и кп (з).	ОПК-7, ПК-1
18	Пациент С., 72 лет, обратился в хирургический кабинет с жалобой на острую боль в области 2.6 зуба, отеком щеки. Из записи в историю болезни выяснено, что зуб лечен год назад по поводу хронического периодонтита. Вследствие облитерации каналов полностью их запломбировать не удалось. Коронка разрушена, осталась одна щечная стенка. Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает, бронхиальная астма. После выполнения анестезии раствором анестетика с вазострикатором пациент начал задыхаться, использование бронхолитиков не остановила приступ удушья.	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос1.</b> Чем вызвано развитие астматического статуса у пациента <b>Ответ:</b> использованием анестетика с вазоконстриктором	УК-1, ПК-2
	<b>Вопрос2.</b> Принципы оказания неотложной помощи при развитии астматического статуса <b>Ответ:</b> вызов бригады скорой помощи, до ее прибытия в/в растворов преднизолона и эуфиллина, при необходимости проведение реанимационных мероприятий.	ОПК-10, ПК-2
	<b>Вопрос 3.</b> Профилактика развития астматического статуса <b>Ответ:</b> тщательный сбор анамнеза, использование анестетиков без вазоконстриктора.	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<b>Вопрос 4.</b> При купировании астматического статуса возможно ли проведение удаления зуба 2.6 в этот же день <b>Ответ:</b> проведение плановой операции удаления лучше будет отложить	УК-1, ОПК-10, ПК-2
19	Врач-стоматолог открыл кабинет с 3 стоматологическими установками, общей площадью 29 м <sup>2</sup> в цокольном (подвальном) помещении здания с высотой стен 3 м. Стены в кабинете облицованы голубой керамической плиткой, потолок выкрашен в белый цвет. В кабинете есть 2 окна с	УК-1, ОПК-2, ОПК-8, ПК-6

	открывающимися фрамугами.	
	<p><b>Вопрос1.</b> Определите, возможно ли размещение стоматологического кабинета в данном помещении</p> <p><b>Ответ:</b> стоматологический кабинет может находиться в цокольном (подвальном) помещении при наличии окон, обеспечивающих естественной дневной свет</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	<p><b>Вопрос2.</b> Назовите требования к стерилизационной комнате</p> <p><b>Ответ:</b> стерилизационная комната должна быть не менее 10 м<sup>2</sup> для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария.</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	<p><b>Вопрос3.</b> Определите, соответствуют ли нормативным показателям стены в помещении</p> <p><b>Ответ:</b> стены соответствуют нормативам: они покрыты керамической плиткой светлых тонов.</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	<p><b>Вопрос4.</b> Определите, соответствует ли нормативным показателям потолок в данном помещении</p> <p><b>Ответ:</b> потолок соответствует нормативам: его высота не менее 3 м, цвет – белый.</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
	<p><b>Вопрос5.</b> Назовите необходимые устройства для стерилизации инструментов</p> <p><b>Ответ:</b> в стерилизационной комнате рабочее место медицинской сестры оснащено: столом для сортировки инструментов, суховоздушным шкафом для их стерилизации, ультразвуковой мойкой для предстерилизационной очистки инструментов, глассперленовым стерилизатором для стерилизации мелких стоматологических инструментов, аппаратом для дезинфекции и смазки инструментов, раковиной для их мойки.</p>	ОПК-2, ОПК-8, ПК-6
20	<p>Пациент К. 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,8°C. Считает себя больным около 3 дней, когда после переохлаждения появились признаки заболевания.</p> <p>При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. Гнилостный запах изо рта.</p> <p>При осмотре полости рта – неудовлетворительная гигиена, обилие наддесневого зубного налёта, гиперемия, некроз</p>	УК-1, ОПК-7, ПК-1

	межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.	
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз <b>Ответ:</b> предварительный диагноз «острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана) (А69.10)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Определите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. <b>Ответ:</b> общий клинический анализ крови (исключение лейкоза), анализ крови на ВИЧ, серологический анализ крови на наличие антител к бледной трепонеме (исключение сифилиса), бактериоскопическое исследование налета (определение возбудителя веретенообразной палочки и спирохеты Венсана).	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику <b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжёлых металлов.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план общего лечения <b>Ответ:</b> план общего лечения: противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.).	ПК-2
	<b>Вопрос 5.</b> Составьте план местного лечения при данной патологии. <b>Ответ:</b> план местного лечения: обезболивающие (проводниковое, инфильтрационное), аппликации протеолитических ферментов, удаление некротических тканей, антисептическая обработка, аппликация антибактериальных препаратов (Трихопол и др.), эпителизирующие препараты после исчезновения некротического налёта, устранение травматических факторов, санация полости рта в период выздоровления.	ПК-2
21	Родители ребенка 7 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на изменение цвета эмали временных клыков. Объективно: на вестибулярных поверхностях 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 7.3, 8.3. имеются неглубокие кариозные полости, зондирование слабо болезненно.	УК-1, ОПК-7, ПК-1
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз <b>Ответ:</b> . К.02.1, К.02.2 кариес эмали, кариес дентина (средний кариес).	ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику <b>Ответ:</b> системная гипоплазия эмали, глубокий кариес.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Вопрос 3.</b> Предложите метод лечения. <b>Ответ:</b> реминерализующая терапия, пломбирование кариозных полостей с использованием СИЦ.	ПК-2

	<p><b>Вопрос 4.</b> К каким смежным специалистам порекомендуете обратиться и почему</p> <p><b>Ответ:</b> к врачу-ортодонту ввиду скученного положения зубов в переднем отделе нижней челюсти</p>	УК-1, УК-3, ПК-2, ПК-3
	<p><b>Вопрос 5.</b> Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребёнка</p> <p><b>Ответ:</b> обучение мамы проведению контролируемой чистки зубов у ребенка 2 раза в день после приема пищи, диспансерное наблюдение у стоматолога не менее 3 раз в год.</p>	УК-1, ПК-4, ПК-5
	<p><b>Вопрос 6.</b> Как будет определяться интенсивность кариеса зубов</p> <p><b>Ответ:</b> КПУ(з) и кпу(з)</p>	ОПК-7, ПК-1
22	<p>Пациент У.. 26 лет, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2—3 месяца. При осмотре установлено, что коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в его полости обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме виден канал зуба, запломбированный до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-7, ПК-1
	<p><b>Вопрос 1.</b> Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба</p> <p><b>Ответ:</b> план лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, ее отливка из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.</p>	УК-1, УК-3, ПК-2
	<p><b>Вопрос 2.</b> Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на этот зуб</p> <p><b>Ответ:</b> возможно изготовить металлокерамическую коронку на 1.2 зуб после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 3.</b> Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки</p> <p><b>Ответ:</b> уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 4.</b> Расскажите о видах уступа при ее изготовлении.</p> <p><b>Ответ:</b> виды уступов: под углом 135°, 90°, 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 5.</b> Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки</p> <p><b>Ответ:</b> этапы изготовления коронки: снятие оттиска, изготовление металлического колпачка на модели, припасовка колпачка, выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, припасовка, глазурирование, фиксация коронки.</p>	УК-1, УК-3, ПК-2

--	--	--

### **4.3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Оценочные материалы государственной итоговой аттестации по специальности представлены отдельным документом – «Программа государственной итоговой аттестации».

## Приложение

### Информационная справка ВИДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В СООТНЕСЕНИИ С ФОРМАМИ КОНТРОЛЯ

Список используемых сокращений:

- текущий контроль – Т/К
- промежуточная аттестация – П/А
- государственная итоговая аттестация - ГИА

№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контроля
<b><i>Оценочные средства, часто применяемые в медицинском образовании</i></b>					
1.	Тестирование <i>(применяется преимущественно для проверки знаний)</i>	Тестовое задание	Стандартизированное задание, позволяющее автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий	Т/К П/А ГИА
2.	Контрольная работа <i>(применяется преимущественно для проверки практических умений, навыков)</i>	Контрольные задания	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий	Т/К П/А
		Кейс-задача <i>(в медицине – ситуационная задача)</i>	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задач <i>(ситуационные задачи)</i>	Т/К П/А ГИА
		Упражнения на тренажере/симуляторе	Средство проверки умений применять полученные знания по определенной учебной теме на практике	Комплект упражнений для работы на тренажере/симуляторе	Т/К П/А
		Учебная история болезни	Средство проверки знаний требований к заполнению истории болезни, умений заполнить историю болезни	Образец истории болезни	Т/К П/А

№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контроля
3.	Собеседование <i>(применяется для проверки уровня теоретической и практической подготовки обучающихся – в ходе зачета, экзамена)</i>	Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую/практическую подготовку обучающегося	Средство контроля, используемое в ходе <i>специальной беседы</i> преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы (задания) для собеседования: - контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку обучающегося; - контрольные вопросы (задания), выявляющие <b>практическую</b>	П/А ГИА
4.	Защита курсовой работы/проекта <i>(применяется преимущественно для оценки самостоятельной учебной деятельности)</i>	Курсовая работа	Средство проверки умения представлять результаты теоретических, расчетных, аналитических, экспериментальных исследований	Перечень тем курсовых работ	П/А
	Презентация (в значении: предъявление) результатов самостоятельной работы	Доклад/ сообщение/ реферат	Продукт самостоятельной работы, представляющий собой публичное выступление по решению определенной учебно-практической, учебной или научной темы	Тематика докладов/ сообщений/ рефератов	Т/К П/А
11.	Проверка и оценивание отчетных документов <i>(применяется для оценки самостоятельной учебной деятельности, деятельности в период практики)</i>	Отчет	Средство проверки приобретенных знаний и умений за определенный период обучения в соответствии с индивидуальным учебным планом	Перечень отчетных документов	Т/К П/А

№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контроля
	Экзамен	Экзаменационный билет	Средство контроля, используемое для итоговой аттестации, по окончании периода обучения (по учебной дисциплине, по образовательной программе)	а) перечень экзаменационных вопросов (заданий) теоретического и практического характера, из которых формируются экзаменационные билеты; б) примеры экзаменационных билетов;	П/А ГИА
<b><i>Оценочные средства, которые также могут быть применены в медицинском образовании</i></b>					
1.	Коллоквиум	Контрольные вопросы	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное <i>как учебное занятие</i> в виде коллективного собеседования преподавателя с обучающимися	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Т/К П/А
2	Оценивание портфолио	Портфолио	Целевая подборка работ обучающегося, раскрывающая его индивидуальные образовательные достижения в одной или нескольких учебных дисциплинах	Структура портфолио	Т/К П/А (в качестве дополнительной оценочной)



№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контроля
2.	Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут <i>(не относятся к специальным процедурам контроля, являются формами организации преимущественно семинарских занятий, но в ходе их проведения можно контролировать и оценивать степень сформированности способности к аргументации)</i>		Позволяют включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения	Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола, дискуссии, полемики, диспута	Т/К
4.	Оценка решений задач разного уровня сложности	Разноуровневые задачи	Уровни решения задач: а) репродуктивного уровня позволяют оценивать и диагностировать: - знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) - умение правильно использовать специальные термины и понятия, - узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня позволяют оценивать и диагностировать: умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня позволяют оценивать и диагностировать умения и навыки, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения	Комплект разноуровневых задач (с указанием уровней)	Т/К П/А