

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 № 5

**УТВЕРЖДЕНО**

Ректор

АНО ВО «Институт современной стоматологии»

к.м.н.

А.В. Стоматов

01 2024 г. протокол № 5



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ  
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

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

**Блок 3**

**Обязательная часть  
(БЗ. О.1 ; БЗ. О.2 )**

Уровень образовательной программы: высшее образование.

Подготовка кадров высшей квалификации

Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения  
очная

Пенза  
2024

Программа итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики разработана преподавателями Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии»

#### Авторы рабочей программы

<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 АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»

Фонд оценочных средств к программе итоговой аттестации утвержден на ученом совете Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии» 23 января 2024г. протокол № 3.

## ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

ФОСа программы итоговой аттестации основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

**Ректор АНО ВО «Институт  
современной стоматологии»**

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

**Проректор АНО ВО «Институт  
современной стоматологии»**

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)



## **1. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**1.1** Итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-стоматолога детского в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики.

Обучающимся, успешно прошедшим итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики.

Обучающиеся, не прошедшие итоговую аттестацию в связи с неявкой на итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно» отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие итоговую аттестацию в связи с неявкой на итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения итоговой аттестации.

**1.2** Итоговая аттестация проводится в форме экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарного тестирования;

2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-стоматолог.

**2. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики».**

Перечень компетенций	Характеристика компетенции	Учебные дисциплины (модули)	Этапы освоения
<b>Универсальные компетенции</b>			
<b>УК-1</b>	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	
		Б1.О.1.10 Здоровый образ жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения	
		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	
		Б1.Б.2.3 Онкология	
		Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	
		Б1.О.1.8 Педагогика и основы профессиональной коммуникации	
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б1.Б.3.3 Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	2 курс, 4 семестр
		Б1.В.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	
Б1.В.Э.3 Экспертиза временной нетрудоспособности и контроль качества медицинской помощи			
Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры;		

		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	2 курс - 3 и 4 семестры
		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
		Б2.В.1 Производственная (клиническая) практика по теме “Эндодонтия”	2 курс – 3 и 4 семестры
<b>УК-2</b>	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>УК-3</b>	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц,	Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	1 курс, 1 семестр

	имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Б1.О.1.7 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.9 Медицина чрезвычайных ситуаций	2 курс, 4 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>УК-4</b>	способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры



		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.8 Педагогика и основы профессиональной коммуникации	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.3 Онкология	1 курс, 1 семестр
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б1.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	2 курс, 4 семестр
		Б1.Э.3 Экспертиза временной нетрудоспособности и контроль качества медицинской помощи	2 курс, 4 семестр
		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>УК-5</b>	способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.8 Педагогика и основы профессиональной коммуникации	2 курс, 3 семестр
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры;
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры

		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр

### Общепрофессиональные компетенции

<b>ОПК-1</b>	способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.5 Информационно-коммуникационные технологии и информационная безопасность в профессиональной деятельности	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-2</b>	способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры

		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.9 Медицина чрезвычайных ситуаций	2 курс, 4 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-3</b>	способен осуществлять педагогическую деятельность	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.8 Педагогика и основы профессиональной коммуникации	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-4</b>	способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б2.В.1 Производственная (клиническая) практика по теме “Эндодонтия”	2 курс – 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.3 Онкология	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр

		Б1.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	2 курс, 4 семестр
		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-5</b>	способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов со стоматологическими заболеваниями	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б2.В.1 Производственная (клиническая) практика по теме “Эндодонтия”	2 курс – 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.2.3 Онкология	1 курс, 1 семестр
		Б1.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	2 курс, 4 семестр
		Б1.Э.3 Экспертиза временной нетрудоспособности и контроль качества медицинской помощи	2 курс, 4 семестр
		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры

		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-6</b>	способен проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-7</b>	способен проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б1.Б.3.1 Общественное здоровье и здравоохранение	2 курс, 3 семестр
		Б1.О.1.10 Здоровый образ жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения	1 курс, 1 семестр
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр

<b>ОПК-8</b>	способен вести медицинскую документацию, проводить анализ медико-статистической информации. Организационно-управленческая деятельность	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ОПК-10</b>	способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.9 Медицина чрезвычайных ситуаций	2 курс, 4 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр

#### Профессиональные компетенции

<b>ПК-1</b>	проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б2.В.1 Производственная (клиническая) практика по теме “Эндодонтия”	2 курс – 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	1 курс, 1 семестр

		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.3 Онкология	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		Б1.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	2 курс, 4 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ПК-2</b>	назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б2.В.1 Производственная (клиническая) практика по теме “Эндодонтия”	2 курс – 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	1 курс, 1 семестр
		Б1.О.1.4 Острые и неотложные состояния	1 курс, 1 семестр
		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры

		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.2.3 Онкология	1 курс, 1 семестр
		Б1.Э.3 Экспертиза временной нетрудоспособности и контроль качества медицинской помощи	2 курс, 4 семестр
		Б1.Э.2 Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	2 курс, 4 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ПК-3</b>	разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Э.3 Экспертиза временной нетрудоспособности и контроль качества медицинской помощи	2 курс, 4 семестр
		Б1.Б.2.1 Изготовление вкладок прямым и непрямым методом. Винирование	2 курс, 3 семестр
		Б1.Б.2.2 Эстетическая реставрация передних и боковых зубов	1 курс, 1 семестр
		В.Ф.1 Ортодонтия детского возраста и реабилитация	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		В.Ф.2 Ортопедическое лечение заболеваний парадонта	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры



		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Б.1.1 Стоматология общей практики	1 курс - 1 семестр, 2 курс – 3 семестр
<b>ПК-4</b>	проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.О.1.9 Медицина чрезвычайных ситуаций	2 курс, 4 семестр
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
<b>ПК-5</b>	ведение санитарно гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б1.Э.1 Профилактика стоматологических заболеваний	1 курс, 2 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
<b>ПК-6</b>	организационно-управленческая деятельность	Б2.Б.1 Производственная (клиническая) практика	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
		Б2.П.2 Производственная практика (научно-исследовательская работа)	2 курс, 3 семестр
		Б3.О.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры

		Б3.О.2 Сдача государственного экзамена	1 курс - 1 и 2 семестры; 2 курс - 3 и 4 семестры
--	--	--	---

### **3. I этап Итоговой аттестации. Междисциплинарное тестирование.**

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств, разработанных в соответствии с паспортом компетенций, обучающихся по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» и размещенным в информационной системе института.

#### **3.1 Тестовые задания:**

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	<b>Инструкция: выберите один правильный ответ</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-3 ПК-4; ПК-5; ПК-6.
	<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-3 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, УК-4, ОПК-7, ПК-5
	Ответ: А	
2	Первичная профилактика- это: А) санация полости рта;	ПК-1, ПК-2

	<p>Б) обучение гигиене полости рта;</p> <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>	
	Ответ: Г	
3	<p>Для лечения недоразвития и аплазии эмали выполняют:</p> <p>А) отбеливание;</p> <p>Б) микроабразию;</p> <p>В) пломбирование;</p> <p>Г) протезирование;</p> <p>Д) реставрацию.</p>	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Д	
4	<p>Витальную экстирпацию пульпы проводят с использованием:</p> <p>А) наркотических анальгетиков;</p> <p>Б) параформальдегидной пасты;</p> <p>В) местных анестетиков;</p> <p>Г) мышьяковистой пасты;</p> <p>Д) резорцин – формалина.</p>	ПК-2
	Ответ: В	
5	<p>Интенсивность кариеса зубов выражается:</p> <p>А) суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума;</p> <p>Б) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов у индивидуума;</p> <p>В) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к возрасту индивидуума;</p> <p>Г) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума;</p> <p>Д) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов в группе индивидуумов.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
6	<p>Абсолютная изоляция зуба от слюны достигается при использовании:</p> <p>А) ватных валиков;</p> <p>Б) ватных валиков и слюноотсоса;</p> <p>В) мини-дама, валиков, слюноотсоса;</p> <p>Г) кофердама (робердама);</p> <p>Д) матриц и клиньев.</p>	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
7	<p>Вскрытие полости зуба означает:</p> <p>А) удаление свода полости зуба</p> <p>Б) удаление нависающих краев эмали</p> <p>В) создание сообщения с полостью зуба</p> <p>Г) удаление пульпы</p> <p>Д) создание скосов эмали зуба.</p>	ПК-2
	Ответ: В	

8	<p>При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:</p> <p>А) резорцин – формалиновая паста;  Б) паста на основе смол;  В) серебряные штифты;  Г) анкетные штифты;  Д) титановые штифты.</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
9	<p>Целью санитарно- просветительной работы является:</p> <p>А) выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе научных знаний причин заболеваний и методов их предупреждения;  Б) предотвращение развития и появления рецидивов и осложнений заболеваний;  В) предотвращение потери функций органов и систем организма путём восстановления утрат и потерь здоровья в результате заболеваний;  Г) обнаружение факторов риска заболеваний и предотвращение конкретной патологии;  Д) выявления пациентов для профилактических осмотров.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-7 ПК-5
	Ответ: А	
10	<p>Частью корневого канала является:</p> <p>А) свод;  Б) анатомическое отверстие;  В) дно;  Г) края;  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;  Б) государственного;  В) внутреннего;  Г) ведомственного;  Д) поликлинического.</p>	ПК-5
	Ответ: А	
12	<p>Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:</p> <p>А) шейки;  Б) контактных поверхностей;  В) бугров, режущего края;  Г) вестибулярных поверхностей;  Д) фиссур.</p>	УК-1, ПК-1
	Ответ: В	
13	<p>Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:</p> <p>А) рентгенографии;  Б) субъективных ощущений;  В) термодиагностики;  Г) ультразвуковым;  Д) пальпаторным.</p>	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
14	<p>Клинические признаки синдрома Стейнтон-Капдепона:</p> <p>А) ночные боли;</p>	ОПК-2, ПК-2

	<p>Б) кариозные полости;  В) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы;  Г) «рифленные» зубы;  Д) «гипсовые» зубы.</p>	
	<p>Ответ: В</p>	
15	<p>Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:  А) с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна;  Б) поверхностным кариесом;  В) штриховой формой гипоплазии;  Г) штриховой формой флюороза;  Д) меловидно-крапчатой формой флюороза.</p>	ОПК-5, ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
16	<p>К препаратам для индивидуальной профилактики кариеса зубов относят гели:  А) РОКС Медикал ;  Б) Хлосайт;  В) Метрогил Дента ;  Г) Холисал;  Д) солкосерил.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: Г</p>	
17	<p>Изменения цвета эмали при флюорозе связано:  А) с увеличением плотности наружного слоя эмали;  Б) уменьшением плотности наружного слоя эмали;  В) стабильностью плотности наружного слоя эмали;  Г) уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали;  Д) деминерализацией эмали.</p>	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Б</p>	
18	<p>Решающий фактор в выборе пломбировочного материала:  А) локализация кариозной полости;  Б) течение кариеса;  В) уровень гигиены полости рта;  Г) состояние пародонта;  Д) вид прикуса.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
19	<p>При препарировании кариозной полости скос эмали создается под:  А) стеклоиономерный цемент;  Б) силикатный цемент;  В) силикофосфатный цемент;  Г) композит;  Д) амальгаму.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
20	<p>Механизм тройного отверждения имеет стеклоиономерный цемент:  А) Vitrebond;  Б) Vitremer;  В) Argion;  Г) Цемион;  Д) Кетак моляр.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Б</p>	

21	Для старения пульпы характерно: А) уменьшение размера полости зуба; Б) повышение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток; В) увеличение коллагеновых волокон; Г) увеличение плотности кровеносных сосудов и нервом; Д) увеличение клеточных элементов.	УК-1, ОПК-7
	Ответ: А	
22	Частота обращаемости больных с пульпитом: А) 15-25%; Б) 28-30%; В) 38-40%; Г) 48-50%; Д) 50-60%.	ПК-4
	Ответ: Б	
23	Медицинская карта стоматологического больного (ФОРМА № 043/У) через 5 лет после последнего посещения пациента передается в: А) архив; Б) Министерство здравоохранения РФ; В) фонд ОМС; Г) государственный комитет по статистике Д) храниться в регистратуре	ОПК-10
	Ответ: А	
24	Лекарственные средства назначаемые при герпангине в первые 2 – 3 дня заболевания: А) ферменты; Б) антисептики; В) противовирусные; Г) антибиотики; Д) антигистаминные.	ОПК-3
	Ответ: В	
25	Диспансерные сроки наблюдения при эрозивно- язвенной форме лейкоплакии СОПР: А) каждые 3-4 месяца в течение 5 лет; Б) после выявления заболевания через 1,5-2 месяца; В) 1 раз в год в течении 3 лет; Г) 1 раз в 3 года; Д) 1 раз в полгода.	ПК-2
	Ответ: А	
26	Целью использования аппарата «Ассистина» является: А) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников; Б) стерилизация наконечников; В) дезинфекция боров; Г) дезинфекция эндодонтического инструментария; Д) стерилизация зеркал.	ПК-3
	Ответ: А	
27	Основанием для обследования больного на ВИЧ служит: А) полилимфаденит неясной этиологии; Б) одонтогенный лимфаденит; В) специфический лимфаденит; Г) тонзиллогенный лимфаденит;	ПК-3, ПК-5

	Д) лихорадка неясного генеза.	
	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-2, ПК-5
	Ответ: Б	
29	Клинический анализ крови следует провести при: А) кандидозе; Б)ХРАС; В) ОГС; Г) язвенно – некротическом стоматите неясной этиологии; Д) МЭЭ.	ПК-2
	Ответ: Г	
30	Основной недостаток микрогибридных 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.	УК-4,ПК-1, ПК-2 ОПК-4
	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, ПК-2
	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; Г) одиночные афты;	ПК-2, ПК-4 ОПК-6

	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	ПК-2
	Ответ: А	
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.	ОПК-7
	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.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
38	Для выявления скрытой кариозной полости применяют: А) ЭОД; Б) зондирование; В) температурную пробу; Г) рентгенографию; Д) реодентографию.	ПК-5
	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-1, ОПК-10
	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-1
	Ответ: Б, Г, Д.	
41	Диспансеризации у стоматолога подлежат больные со следующей патологией пародонта:	ПК-2, ПК-5



	<p>А) Гингивит;  Б) Пародонтит;  В) Пародонтома;  Г) Пародонтоз ;  Д) Синдром Папийона-Лефевра</p>	
	<p>Ответ: А, Б, Г</p>	
42	<p>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.</p>	ПК-5
	<p>Ответ: В, Г</p>	
43	<p>В гласперленовых стерилизаторах стерилизуют:  А) боры различного вида;  Б) шприцы;  В) наконечники;  Г) мелкий инструментарий;  Д) марлевые салфетки.</p>	ПК-3
	<p>Ответ: А, Г</p>	
	<p><b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b></p>	
44	<p>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.</p>	ПК-1, ОПК-10
	<p>Ответ: Г</p>	
45	<p>Распространенность кариеса зубов выражается;  А) абсолютных единицах;  Б) процентах;  В) относительных единицах;  Г) коэффициентах;  Д) константах.</p>	ПК-4
	<p>Ответ: Б</p>	
46	<p>Аллергические реакции в истории болезни указываются в графе:  1) перенесённые и сопутствующие заболевания;  2) жалобы больного;  3) развитие настоящего заболевания;  4) внешний осмотр;  5) анамнез жизни.</p>	ПК-5
	<p>Ответ: 1</p>	
47	<p>Локализацию асимметрии лица в истории болезни указывают в графе:  1) анамнез жизни;  2) жалобы больного;  3) перенесённые и сопутствующие заболевания;  4) развитие настоящего заболевания;</p>	ПК-1

	5) внешний осмотр.	
	Ответ: 5	
48	Основным документом врачебного поликлинического приёма для медицинских организаций является: 1) заказ-наряд; 2) бланк направления; 3) история болезни; 4) талон назначения больного к врачу; 5) паспорт.	ПК-1
	Ответ: 3	
49	Острое нарушение дыхания в результате механического препятствия в верхних дыхательных путях называется: 1) асфиксия; 2) асистолия; 3) арефлексия; 4) афазия; 5) коллапс.	ОПК-10, ПК-5
	Ответ: 1	
50	Пациенту с декомпенсированной формой сахарного диабета следует выбрать препарат для местной анестезии: 1) 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000; 2) 3% Мепивакаин, 4% Артикаин; 3) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000; 4) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000; 5) 3% Мепивакаин, 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: 2	
51	Для проведения закрытого массажа сердца взрослого человека располагать ладони на грудной клетке следует: 1) на средней части грудины; 2) на границе нижней и средней части грудины; 3) на мечевидном отростке грудины; 4) на верхней части грудины; 5) на нижней части грудины.	ОПК-8, ОПК-10
	Ответ: 1	
52	Оптимальный ритм ударов при закрытом массаже сердца в минуту должен составлять: 1) 80-100; 2) 100-120; 3) 50-70; 4) 110-130; 5) 50-80.	ОПК-10, ПК-5
	Ответ: 2	
53	При выборе дозы местного анестетика детям следует учитывать: 1) фармакокинетику препарата; 2) возраст ребёнка; 3) массу тела ребёнка; 4) фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребёнка; 5) состояние ребёнка.	ПК-4
	Ответ: 1	
54	При проведении реанимации вдвоём взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и искусственной	ОПК-10

	<p>вентиляции лёгких (ивл) составляет:</p> <p>А) 1:5;  Б) 1:4;  В) 30:2;  Г) 5:2;  Д) 1: 6.</p>	
	<p>Ответ: 3</p>	
55	<p>Препаратами первой помощи при анафилактическом шоке являются:</p> <p>1) глюкокортикоиды, Эпинефрин, антигистамины, Эуфиллин;  2) анаболические гормоны, антибиотики;  3) антиаритмики, сердечные гликозиды;  4) диуретики, седативные;  5) антибиотики.</p>	ОПК-10
	<p>Ответ: 1</p>	
56	<p>Для коллапса характерным является:</p> <p>1) артериальная гипертония;  2) бледность и влажность кожных покровов;  3) суженный зрачок;  4) двигательное беспокойство;  5) гипертермия кожи.</p>	ОПК-10
	<p>Ответ: 2</p>	
57	<p>Потеря сознания, бледные кожные покровы, низкое артериальное давление характерны для:</p> <p>1) коллапса;  2) обморока;  3) гипертонического криза;  4) анафилактического шока;  5) бронхиальной астма.</p>	ОПК-10
	<p>Ответ: 2</p>	
58	<p>Журнал учёта профилактических осмотров полости рта (форма №049/у) заполняется:</p> <p>1) главным врачом;  2) регистратором;  3) врачом-стоматологом;  4) статистиком;  5) медсестрой.</p>	ПК-5
	<p>Ответ: 5</p>	
59	<p>На медико-социальную экспертизу пациента направляет:</p> <p>1) лечащий врач;  2) консилиум специалистов;  3) врачебная комиссия;  4) главный врач;  5) комиссия по трудовым спорам.</p>	ПК-5
	<p>Ответ: 3</p>	
100	<p>Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является:</p> <p>1) листок нетрудоспособности;  2) медицинская карта стоматологического больного;  3) страховой медицинский полис;  4) листок ежедневного учёта врача-стоматолога;  5) история болезни.</p>	ПК-5

	Ответ: 1	
101	В случае бытовой травмы листок нетрудоспособности выдается с _____ дня нетрудоспособности: 1) пятого; 2) первого; 3) десятого; 4) пятнадцатого; 5) второго.	ПК-5
	Ответ: 2	
102	В диспансер соответствующего профиля извещение о важнейшем неэпидемическом заболевании направляется в течение: 1) 3 дней; 2) 3 недель; 3) 1 недели; 4) 2 дней; 5) 1 месяца	ПК-2
	Ответ: 5	
103	С помощью амидопириновой пробы определяют: А) остатки крови на инструментах; Б) остатки моющих средств; В) стерильность инструментов; Г) наличие жира; Д) гигиеническое состояние полости рта.	ПК-3
	Ответ: А	
104	Сухожаровая стерилизация предназначена для: А) перевязочного материала; Б) цельнометаллических инструментов; В) белья; Г) ватных валиков; Д) марлевых салфеток.	ПК-3
	Ответ: Б	
105	Стандарты медицинской помощи утверждаются: А) Министерством здравоохранения РФ; Б) Правительством РФ; В) руководством медицинской организации; Г) Российской академией наук; Д) главным врачом медицинского учреждения.	ПК-5
	Ответ: А	
106	К профессиональным средствам контроля качества медицинской помощи относится все ниже перечисленные кроме: А) социальные представления пациентов; Б) медицинские стандарты; В) экспертные оценки; Г) показатели здоровья и здравоохранения.	ПК-6
	Ответ: А	
107	Лист нетрудоспособности имеет право выдать: А) лечащий врач; Б) врач станции переливания крови; В) врачи судмедэксперты;	ПК-5

	Г) врач, фельдшер или медицинская сестра; Д) врач приемного отделения.	
	Ответ: А	
108	При каком заболевании возможна выдача листа временной нетрудоспособности? А) множественный кариес; Б) острый пульпит; В) острый периостит; Г) хронический сиалоденит; Д) хронический пародонтит.	ПК-5
	Ответ: В	
109	Экспертиза нетрудоспособности представляет собой вид медицинской деятельности, целью которой является: А) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента; Б) оценка состояния здоровья пациента; В) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз); Г) перевод на облегчённые условия труда; Д) оценка качества жизни.	ПК-5
	Ответ: А	
110	Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников? А) обязательная стерилизация; Б) достаточно дезинфекции; В) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией; Г) обязательная дезинфекция и стерилизация; Д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.	ПК-3
	Ответ: Д	
111	Методом химической холодной стерилизации стерилизуют: А) зеркала, изделия из стекла; Б) наконечники; В) боры; Г) одноразовые шприцы; Д) марлевые салфетки.	ПК-3
	Ответ: А	
112	Росздравнадзор проводит контроль: А) государственный; Б) внутренний; В) ведомственный; Г) общественный; Д) социальный.	ПК-5
	Ответ: А	
113	Стоматологическое просвещение для беременных женщин включает: А) беседы по гигиене жилища; Б) лекции о функции слюнных желёз; В) обучение навыкам снятия зубного камня; Г) беседы о гигиене полости рта; Д) лекции о заболеваниях лимфатической системы.	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4.

	Ответ: Г.	
114	В сухожаровом шкафу стерилизуют: А) ватные валики; Б) зеркало; В) аппликаторы; Г) шприц; Д) пинцет.	ОПК-1,ПК-3
	Ответ: Д	
115	Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года, составляет(градусы): А) 18-23; Б) 15-16; В) 17-18; Г) 23-28; Д) 8-10.	ПК-3
	Ответ: А	
116	Средством, используемым для холодной стерилизации стоматологических зеркал, является: А) 1% раствор перекиси водорода; Б) 6% раствор перекиси водорода; В) 0,5% раствор хлорамина; Г) 75% метиловый спирт; Д) 3% раствор гипохлорида натрия.	ПК-3
	Ответ: Б	
117	После использования боры помещают в: А) гласперленовый стерилизатор; Б) сухожаровой шкаф; В) дезинфицирующий раствор; Г) «терминатор»; Д) автоклав.	ПК-3
	Ответ: В	
118	Стоматологические зеркала стерилизуются методом химической стерилизации по времени(час): А) 2-3 часа; Б) 1-2 часа; В) 3 часа; Г) 4-5 часов; Д) 5-8 часов.	ПК-3
	Ответ: Б	
119	В гласперленовом стерилизаторе стерилизуют А) боры, эндодонтический инструментарий; Б) стоматологические зеркала; В) вату, бельё; Г) оттиски; Д) слюноотсосы.	ПК-3
	Ответ: А	
120	В гласперленовом стерилизаторе стерилизация инструментов проводится: А) раствором глутаральдегида; Б) горячим паром; В) облучением; Г) нагретыми стерильными шариками;	ПК-3

	Д) сухим воздухом.	
	Ответ: Г	
121	Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором: А) после приёма каждого пациента; Б) 1 раз в день; В) 2 раза в день; Г) 3 раза в день; Д) 5 раз в день.	ПК-3
	Ответ: А	
122	За организацию дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в медицинской организации отвечает: А) врач-эпидемиолог; Б) главная медсестра; В) главный врач; Г) заместитель главного врача по лечебной работе; Д) врач-инфекционист.	ПК-5
	Ответ: В	
123	Санитарное просвещение представляет собой специальную область науки и здравоохранения: А) имеющую цель в предотвращении развития и проявления рецидивов, и осложнений заболеваний; 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) имеющую целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива индивидуума и общества в целом.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-5, ОПК-10
	Ответ: Д	
124	Ответственность за вред, причинённый здоровью пациента при оказании медицинской помощи, несётся: А) медицинским работником; Б) медицинской организацией; В) органами управления здравоохранения; Г) местной администрацией; Д) главным врачом.	ПК-1, ПК-5
	Ответ: Б	
125	Интенсивность кариеса зубов выражается: А) суммой кариозных и удаленных зубов у одного индивидуума; Б) суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума; В) суммой запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума; Г) отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента; Д) суммой кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума.	ПК-4
	Ответ: Д	
126	Заболеваемостью кариесом называют:	ПК-4

	<p>А) число впервые выявленных случаев заболевания за определённый промежуток времени;</p> <p>Б) число людей, имеющих заболевание на момент обследования;</p> <p>В) число кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного обследуемого;</p> <p>Г) среднее количество кариозных, удалённых и запломбированных зубов в группе населения;</p> <p>Д) число кариозных, запломбированных и удалённых зубов у всех обследуемых.</p>	
	Ответ: А	
127	<p>Для диагностики очаговой деминерализации эмали используют раствор:</p> <p>А) Шиллера-Писарева</p> <p>Б) эритрозина</p> <p>В) фуксина</p> <p>Г) метиленового синего</p> <p>Д) раствор йода</p>	ПК-5
	Ответ: Г	
128	<p>Причины возникновения декубитальной язвы:</p> <p>А) острая механическая травма</p> <p>Б) хроническая механическая травма</p> <p>В) физическая травма</p> <p>Г) химическая травма</p> <p>Д) вирусная инфекция</p>	ПК-5
	Ответ: Б	
129	<p>При обнаружении дентикля необходимо:</p> <p>А) обработать дентикль спиртом</p> <p>Б) назначить антибиотики с кортикостероидами</p> <p>В) удалить дентикль, работая с увеличением: бинокулярными линзами или с микроскопом</p> <p>Г) наложить на дентикль мышьяковистую или мумифицирующую пасту</p> <p>Д) применить диатермокоагуляцию</p>	ПК-2
	Ответ: В	
130	<p>Тактика лечения некроза (гангрены) пульпы:</p> <p>А) удалить гангренозную пульпу под прикрытием антисептиков, в случае реакции периапикальных тканей, можно лечить в два этапа, т.е. временно запломбировать корневой канал гидроокисью кальция, восстановить временной пломбой коронковую часть зуба</p> <p>Б) удалить зуб</p> <p>В) под инфильтрационной анестезией удалить гангренозный распад из корневого канала и оставить зуб открытым на сутки</p> <p>Г) удалить распад пульпы, промыть раствором хлоргексидина 0,2 %, провести механическую обработку корневого канала, запломбировать корневой канал, восстановить коронковую часть зуба</p> <p>Д) оставить тампон с перекисью водорода 3%, восстановить временной пломбой коронковую часть зуба</p>	ПК-2
	Ответ: А	
131	Тактика лечения при наличии у пациента клинических	ПК-2



	<p>признаков воспаления пульпы и пародонтального кармана:  А) удалить зуб  Б) в первую очередь провести эндодонтическое лечение зуба, затем пародонтологическое лечение  В) провести термометрию, электроодонтодиагностику  Г) назначить антибиотики и наблюдать  Д) наблюдать</p>	
	<p>Ответ: Б</p>	
132	<p>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.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: А</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>Стоматология ортопедическая</b></p>	<p><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-3 ПК-4;  ПК-5; ПК-6</b></p>
	<p><b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b></p>	
133	<p>Со взрослыми пациентами стоматологическое просвещение проводят в виде:  А) игр;  Б) лекций и бесед;  В) занятий в группе;  Г) викторин;  Д) шарад.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ОПК-10
	<p>Ответ: Б</p>	
134	<p>Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:  А) виниром;  Б) фасеткой;  В) вкладкой;  Г) коронкой;  Д) полукоронкой .</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Д</p>	
135	<p>Целью эпидемиологических исследований является:  А) разработка мер профилактики и оценка их эффективности;  Б) изучение распространения заболеваний по группам населения;  В) реформирование системы здравоохранения;  Г) анализ демографических показателей;  Д) анализ диспансерного наблюдения.</p>	ПК-1

	Ответ: А	
136	<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-1, ПК-2
	Ответ: В	
137	<p>Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме является формой проведения стоматологического просвещения:</p> <p>А) массовой;</p> <p>Б) групповой;</p> <p>В) индивидуальной;</p> <p>Г) популяционной;</p> <p>Д) парной.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, УК-5, ПК-1, ПК-4
	Ответ: В	
138	<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-5
	Ответ: А	
139	<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>	ОПК-2
	Ответ: Б	
140	<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>	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
141	<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	
142	При изготовлении съемного протеза на модель наносятся ориентиры: А) границы базиса; Б) окклюзионной линии; В) угла Беннета; Г) зрачковой линии; Д) ушной раковины.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
143	Критерий оценки санитарного состояния стерилизационной в поликлинике является: А) бактериологический контроль; Б) данные учёта журнала стерилизации; В) данные визуального контроля стерилизационной; Г) определение концентрации дезинфицирующих растворов.	ПК-4
	Ответ: А	
144	Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется: А) моделировочный; Б) базисным; В) профильным (восколит); Г) бюгельным; Д) липким	УК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
145	К первичным факторам риска развития заболеваний относят: А) нерациональное питание; Б) артериальную гипертензию; В) сахарный диабет; Г) гиперхолестеринемию; Д) стресс.	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1
	Ответ: А	
146	Дефекты зубных рядов по классификации Кеннеди делятся на классы: А) четыре; Б) три; В) два; Г) пять; Д) шесть.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: А	
147	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.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Г	
148	Основные показания к изготовлению искусственных коронок-это зубы с: А) разрушенной коронкой зуба более 50%; Б) значительным изменениями в периодонте;	УК-1, ПК-2

	В) подвижностью III степени; Г) некачественно запломбированными каналами; Д) продольным переломом корня.	
	Ответ: А	
149	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.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: В	
150	Как проводится диспансерное наблюдение врачом – стоматологом ортопедом пациентов с хроническим пародонтитом: 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.	ПК-2
	Ответ: Г	
151	Медицинская карта стоматологического больного (ФОРМА №043/У) храниться в регистратуре после последнего посещения пациента в течении (лет): А) 5; Б) 10; В) 15; Г) 20; Д) 25.	ОПК-8
	Ответ: А	
152	Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники, войдет в статистику: А) вторичной заболеваемости; Б) первичной заболеваемости; В) патологической поражённости; Г) профессиональной заболеваемости; Д) общей заболеваемости.	ПК-4
	Ответ: Д	
153	Опорные части мостовидного протеза - это: А) коронки, полукоронки, искусственные зубы; Б) вкладки, искусственные зубы; В) коронки, вкладки, штифтовые зубы; Г) штифтовые зубы, искусственные зубы; Д) искусственные зубы; коронки.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: В	
154	Распространенность частичного отсутствия зубов в России составляет: 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.	ПК-4

	Ответ: А	
155	К дополнительным предметам гигиены относятся зубные: А) ёршики; Б) щётки; В) порошки; Г) пасты; Д) ополаскиватели.	ПК-1
	Ответ :А	
156	К недостаткам цельнолитых коронок относится: А) отсутствие эстетичности; Б) меньшая травматичность; В) высокая прочность; Г) точное воспроизведение рельефа анатомической формы; Д) плотное прилегание в пришеечной области.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
157	Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется: А) эстезиометром; Б) гнатодинамометром; В) электронно-вакуумным аппаратом; Г) реографом; Д) апекслокатором.	УК-1, ПК-5
	Ответ: А	
158	Сепарация - это этап одонтопрепарирования, включающий: А) снятие эмали, дентина с небной стороны; Б) препарирование кариозной полости; В) разобщение рядом стоящих зубов; Г) укорочение длины зубов; Д) снятие твердых тканей с вестибулярной стороны.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: В	
159	Журнал учета профилактических осмотров полости рта (ФОРМА №049/У) является основным документом для анализа: А) профилактической работы среди населения; Б) эффективности использования оборудования; В) информированности населения о ЗОЖ; Г) распределения нагрузки среди врачей; Д) эффективности диспансерного наблюдения.	ПК-4
	Ответ: А	
160	Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является: А) фиксация коронок; Б) припасовка коронок; В) снятие оттисков; Г) одонтопрепарирование; Д) изготовление модели.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
161	Санитарно- просветительную работу в отношении повышения стоматологического здоровья должны проводить: А) врач; Б) родители; В) дети;	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4

	Г) учащиеся; Д) студенты.	
	Ответ: А	
162	Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет следующую форму: А) седловидную; Б) промывную; В) касательную; Г) опорную; Д) телескопическую.	ОПК-4, ПК-2
	Ответ: В	
163	Норма нагрузки медицинского работника представляет собой: А) затраты рабочего времени на всю работу за месяц; Б) затраты рабочего времени на конкретную работу; В) установленная численность работников для выполнения конкретной работы; Г) регламентированный объём работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени; Д) рекомендуемый норматив численности персонала.	ОПК-4
	Ответ: Г	
164	Зону слизистой с наименее выраженной податливостью (по Люнду) называют: А) центральной фиброзной; Б) жировой; В) железистой; Г) переходной складкой; Д) не подвижной слизистой оболочки.	УК-1, ПК-5
	Ответ: Б	
165	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.	ПК-2, ПК-3
	Ответ: В	
166	При обследовании тканей пародонта по индексу CPITN у взрослого пациента исследуют пародонт в области зубов: А) 1.7/1.6, 1.1, 2.6/2.7, 3.6/3.7, 3.1, 4.6/4.7, Б) 1.6/1.5, 2.1, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 4.1, 4.6/4.5, В) 1.7/1.4, 1.1/2.1, 2.4/2.7, 3.4/3.7, 4.1/3.1, 4.7/4.4, Г) 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6, Д) 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3	ПК-1
	Ответ: А	
167	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.	ПК-2, ПК-3
	Ответ: Г	

168	Для расчета патологической пораженности необходимы данные о числе случаев: А)заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц,прошедших медосмотр; Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения; В) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний Г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы; Д) инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории.	ПК-4
	Ответ: А	
169	Стандарты оснащения медицинской организации, её структурных подразделений включены в: А) клинические рекомендации; Б) стандарты медицинской помощи; В) протоколы ведения пациентов; Г) порядки оказания медицинской помощи; Д) в соответствующий вид медицинской деятельности.	ОПК-8
	Ответ: Г	
170	Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется: А) стоматологической заболеваемостью населения; Б) интенсивностью стоматологического заболевания; В) распространенностью стоматологического заболевания; Г) уровнем стоматологической помощи населению; Д) локализация стоматологических заболеваний.	ПК-4
	Ответ: В	
171	Для оценки состояния полости рта у взрослых наиболее информативной является возрастная группа(лет): А) 12-14; Б) 35-44; В) 18-20; Г) 25-35; Д) 50-60.	ПК-4
	Ответ: Б	
172	Для профилактики кандидоза нистатин назначают при лечении: А) противовирусными препаратами; Б) антибиотиками; В) антигистаминными препаратами; Г) анальгетикам; Д) антацидами.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
173	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	УК-5,ПК-1, ПК-6
	Ответ: А	
174	Базальная дуга (апикальный базис) - кривая, проходящая по:	ПК-1

	<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>	
	Ответ: В	
175	<p>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</p>	ПК-1
	Ответ: Б	
176	<p>Недостаток металлокерамических коронок:  А) высокая эстетичность  Б) восстановление окклюзионной поверхности  В) прочность  Г) большой объем снимаемых тканей  Д) технология изготовления</p>	ПК-2
	Ответ: Г	
177	<p>При наличии атрофической, сухой слизистой оболочки снимают оттиск:  А) компрессионный  Б) разгружающий  В) фиксирующий  Г) стабилизирующий  Д) облегченный</p>	ПК-2
	Ответ: Б	
	<b>Хирургическая стоматология</b>	<p><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-3 ПК-4;  ПК-5; ПК-6</b></p>
178	<p>Автоклавированием стерилизуют инструменты, материалы:  А) зеркала, ножницы;  Б) марлевые тампоны, наконечники;  В) зонд, шприц;  Г) пластмассовый шпатель;  Д) боры, резиновые головки.</p>	ПК-3
	Ответ: Б	
179	<p>Как осуществляется диспансерное наблюдение при хроническом сиалодените врачом-стоматологом – хирургом:  А) 1 раз в три месяца;  Б) 1 раз в полгода;  В) 1 раз в год;  Г) не проводится;</p>	ПК-2



	Д) 1 раз в три года.	
	Ответ: В	
180	Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре: А) 125° С – 45 мин; Б) 160° С – 40 мин; В) 180° С – 45 мин; Г) 180° С- 60 мин; Д) 200° С- 90 мин.	ПК-3
	Ответ: Г	
181	Методом профилактики посттравматического остеомиелита челюстей является: А) физиотерапия; Б) временная иммобилизация отломков; В) отсроченная иммобилизация отломков; Г) ранняя и надёжная иммобилизация отломков; Д) лечебная гимнастика.	ПК-1
	Ответ: Г	
182	Целью стоматологического просвещения является: А) выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний; Б) изучение стоматологической заболеваемости населения; В) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья; Г) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний; Д) профилактика стоматологических заболеваний.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-5, ПК-1, ОПК-1, ОПК-10
	Ответ: В	
183	Для изучения инфекционной заболеваемости основным документом является: А) отчёт о заболеваниях активным туберкулёзом; Б) журнал регистрации инфекционных заболеваний медицинской организации; В) отчёт ежемесячный и годовой о числе инфекционных заболеваний; Г) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании; Д) история болезни.	ПК-4
	Ответ: Г	
184	В диспансер соответствующего профиля извещение о важнейшем неэпидемическом заболевании направляется в течение: А) 3 недель; Б) 1 месяца; В) 1 недели; Г) 2 дней; Д) 10 дней.	ПК-4

	Ответ: Б	
185	Стандарты медицинской помощи разрабатываются по: А) по врачебным специальностям; Б) моделям пациентов; В) нозологиям; Г) полу; Д) возрасту.	ОПК-5, ПК-4
	Ответ: В	
186	К формам медицинской помощи относится: А) амбулаторная; Б) первичная медико-санитарная; В) стационарная; Г) скорая; Д) плановая.	ОПК-3, ПК-4
	Ответ: Д	
187	Показатель хирургической активности в стационаре является процентным отношением: А) числа прооперированных больных к числу больных, выбывших из хирургического отделения; Б) числа проведённых хирургических операций к числу больных, выбывших из хирургического отделения ; В) числа прооперированных больных к числу больных, выписанных из хирургического отделения; Г) числа проведённых хирургических операций к числу больных, выписанных из хирургического отделения; Д) числа прооперированных больных к числу больных, выписанных из хирургического отделения.	ПК-4
	Ответ: Б	
	<b>Инструкция : укажите правильный ответ</b>	
188	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-4, ПК-2
	Ответ: Г	
189	Способом передачи инфекции при эпидемическом паротите является: А) воздушно-капельный; Б) алиментарный; В) контактный; Г) половой; Д) через кровь.	ОПК-6, ПК-3, ПК-5
	Ответ: А	

190	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-1
	Ответ: А	
191	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-5
	Ответ: Г	
192	Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через отверстие: А) круглое; Б) овальное; В) остистое; Г) ментальное; Д) подглазничное.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
193	При проведении мандибулярной анестезии контрактура развивается при ранении мышцы: А) щечной; Б) жевательной; В) височной; Г) внутренней крыловидной; Д) наружной крыловидной.	ПК-2, ПК-3
	Ответ: Г	
194	Для коллапса характерно: А) резкое снижение АД и брадикардия; Б) резкое снижение АД и тахикардия; В) редкое дыхание; Г) потеря сознания; Д) частое дыхание.	УК-1, ПК-5
	Ответ: А	
195	В зону обезболивания при инфраорбитальной анестезии входят: А) моляры; Б) резцы и клыки; В) премоляры; Г) резцы, клыки и премоляры; Д) премоляры и резцы.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
196	Показанием к проведению общего обезболивания служит: А) лечение пульпита; Б) лечение кариеса; В) лечение периодонтита; Г) лабильность психики; Д) пожилой возраст.	УК-1, ПК-4, ПК-5

	Ответ: Г	
197	Фоном для анафилактического шока является: А) стресс Б) бронхиальная астма; В) интоксикация; Г) мигрень; Д) гипертоническая болезнь.	УК-1, ОПК-4, ПК-5
	Ответ: Б	
198	Абсолютное показание к удалению зуба: А) продольный перелом корня; Б) отсутствие 2/3 коронковой части зуба; В) пульпит; Г) глубокий кариес; Д) периодонтит.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А)	
199	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-4, ОПК-5
	Ответ: Д	
200	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-1, ПК-2
	Ответ: Г	
201	Репозиция костей носа при западении отломков проводится: А) элеватором Волкова; Б) крючком Лимберга; В) прямым элеватором; Г) носовым зеркалом; Д) элеватором Леклюза	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
202	Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя: А) 48 часов; Б) 24 часа; В) 8-12 часов; Г) 8 суток; Д) 10 суток.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
203	Инструмент для отслаивания круговой связки зуба – это: А) кюретажная ложка; Б) серповидная гладилка; В) гладилка комбинированная со штопфером; Г) шпатель; Д) штопфер.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	

204	Перечислите основные количественные и качественные показатели на хирургическом приеме: 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.	УК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Д	
205	Первое вывихивающее движение при удалении 3.6 (4.6) зубов делают: А) в язычную сторону; Б) в щечную сторону; В) ротационное движение; Г) кпереди; Д) кзади.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: А	
206	Должность врачей стоматологов- хирургов устанавливают: 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.	ОПК-8
	Ответ: В	
207	К основным симптомам перелома скуловой кости относят: А) «симптом ступени», диплопию; Б) деформацию носа, гематому; В) нарушение прикуса; Г) симптом Венсана; Д) симптом Никольского.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
208	К лечебным мероприятиям при стенотической асфиксии относятся: А) трахеотоми; Б) введение воздуховода; В) удаление инородного тела; Г) восстановление анатомического положения органа; Д) проведение коникотомии.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
209	Перечислите методы стоматологического просвещения: А) беседа; Б) лекции; В) семинар; Г) уроки здоровья; Д) все выше перечисленное.	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-7
	Ответ: Б	

210	При вправлении вывиха нижней челюсти применяется: А) обезболивание по Дубову; Б) общее обезболивание (наркоз); В) нейролептаналгезия; Г) сочетанное обезболивание; Д) туберальная анестезия.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: А	
211	К методам стоматологического просвещения относятся: А) семинары ; Б) памятки; В) плакаты; Г) видеофильмы.	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-7
	Ответ: А	
212	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-6
	Ответ: Д	
213	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.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Г	
214	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	
215	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-10
	Ответ: Г	
216	К инъекционным методам обезболивания относится анестезия: А) палатинальная; Б) инфраорбитальная; В) туберальная; Г) резцовая; Д) аппликационная.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Д	

217	При выборе метода обезболивания особенно важно выяснить: А) жалобы; Б) анамнез заболевания; В) соблюдение гигиены; Г) историю жизни; Д) аллергоанамнез.	УК-1, ПК-2
	Ответ: Д	
218	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 Д) не производится.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: А	
219	Лечение острого артрита височно- нижнечелюстного сустава включает: А) физиотерапию; Б) редрессацию; В) артропластику Г) создание ложного сустава; Д) проведение блокад.	ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
220	Блокада задних верхних луночковых нервов называется анестезией: А) палатинальной; Б) инфраорбитальной; В) туберальной; Г) резцовой; Д) наднадкостничной.	УК-1, ПК-2
	Ответ: В	
221	Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют: А) элеватор Карапетяна Б) распатор В) зажим Кохера Г) крючок Фарабефа Д) элеватор Леклюза	ПК-2
	Ответ: А	
222	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	
223	Методом профилактики посттравматического остеомиелита челюстей является: А) ранняя и надёжная иммобилизация отломков	ПК-1, ПК-2

	<p>Б) временная иммобилизация отломков  В) отсроченная иммобилизация отломков  Г) физиотерапия  Д) антибиотикотерапия</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
224	<p>Диспансерному наблюдению у хирурга-стоматолога подлежат больные с:  А) слюннокаменной болезнью  Б) хроническим воспалением слюнных желез  В) невралгией тройничного нерва  Г) хроническим артритом височно-нижнечелюстного сустава  Д) все выше перечисленное</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Г</p>	
225	<p>К основным симптомам перелома скуловой кости относят:  А) «симптом ступени», диплопию  Б) деформацию носа, гематому  В) нарушение прикуса  Г) симптом Венсана  Д) симптом Никольского</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
	<p><b>Стоматология детская</b></p>	<p><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-3 ПК-4;  ПК-5; ПК-6</b></p>
226	<p>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.</p>	<p>УК-1; УК-2;  УК-3; УК-4;  УК-5; ОПК-1;  ОПК-2; ОПК-3;  ОПК-7;  ОПК-8; 3 ПК-4;  ПК-5; ПК-6</p>
	<p>Ответ: Д</p>	
227	<p>Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:  А) игры;  Б) урока;  В) беседы;  Г) лекции.  Д) семинара</p>	<p>УК- 1,УК-2,  УК-3, ОПК-7,  ОПК-8</p>
	<p>Ответ: А</p>	
228	<p>Для оценки эффективности работы врача, работающего в школе 5 лет, главным является:  А) количество пломб, поставленных в новые кариозные полости;</p>	ПК-4



	<p>Б) нуждаемость в лечении;  В) общее количество пломб в день;  Г) охват плановой санации;  Д) комплекс перечисленных показателей.</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
229	<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:  А) взрослым и детям;  Б) женщинам и мужчинам;  В) пациентам по программам ОМС и ДМС;  Г) работающим и пенсионерам.</p>	ОПК-8
	<p>Ответ: А</p>	
230	<p>Для детей школьного возраста рекомендуется формировать диспансерные группы:  А) 5;  Б) 3;  В) 4;  Г) 6;  Д) 7.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	
231	<p>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.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: Б</p>	
232	<p>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.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Д</p>	
233	<p>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.</p>	ПК-2
	<p>Ответ: А</p>	

234	<p>В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти:</p> <p>А) для определения длины нижней челюсти;</p> <p>Б) для определения состояния зачатков;</p> <p>В) для измерения размеров зубов нижней челюсти;</p> <p>Г) для измерения ширины зубного ряда;</p> <p>Д) для определения длины корней.</p>	ПК-5
	Ответ: Б	
235	<p>Острый инфекционный периодонтит является исходом:</p> <p>А) острого диффузного пульпита;</p> <p>Б) травмы зуба;</p> <p>В) хронического фиброзного пульпита;</p> <p>Г) передозировки мышьяковистой пасты;</p> <p>Д) глубокого кариеса.</p>	ПК-3, ПК-5
	Ответ: А	
236	<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>	ПК-1, ОПК-4
	Ответ: В	
237	<p>Первичное 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>	ПК-2
	Ответ: А	
238	<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-1, ОПК-4
	Ответ: А	
239	<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-1, ОПК-4
	Ответ: А	
240	<p>Наиболее часто при системной гипоплазии поражаются зубы:</p> <p>А) постоянные резцы, клыки и первые моляры;</p>	ПК-1, ОПК-4

	<p>Б) временные резцы и клыки;  В) временные моляры и резцы;  Г) премоляры и постоянные моляры;  Д) все постоянные зубы.</p>	
	<p>Ответ: А</p>	
241	<p>К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?  А) низкой;  Б) средней;  В) определить нельзя;  Г) очень высокой;  Д) высокой.</p>	ПК-4
	<p>Ответ: Г</p>	
242	<p>Для пломбирования корневых каналов временных зубов используются материалы:  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
	<p>Ответ: А</p>	
243	<p>В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?  А) степень активности кариеса;  Б) II степень активности кариеса;  В) III степень активности кариеса;  Г) дети, имеющие КПУ=0;  Д) здоровые дети.</p>	ПК-1
	<p>Ответ: Г</p>	
244	<p>Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации:  А) визуальный метод;  Б) метод витальной окраски;  В) метод рентгенологического исследования;  Г) метод волоконной оптики;  Д) все перечисленные.</p>	ПК-5
	<p>Ответ: Б</p>	
245	<p>При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают:  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-5
	<p>Ответ: А</p>	

246	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-1, ОПК-4
	Ответ: А	
247	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	
248	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-1, ПК-2
	Ответ: А	
249	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-1
	Ответ: А	
250	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	
251	Практическим этапом стоматологического просвещения является: А) навык; Б) знание; В) понимание; Г) убеждение; Д) опыт деятельности.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5
	Ответ: А	

252	<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	
253	<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-4
	Ответ: А	
254	<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	
255	<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>	ОПК-4, ПК-1
	Ответ А	
256	<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;  Б) вскрытие флегмоны с одновременным удалением причинного зуба;  В) вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба после стихания острого воспаления;  Г) произвести только удаление зуба;  Д) порядок действия не имеет значения.</p>	ОПК-8
	Ответ: В	

257	<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>	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Д	
258	<p>Конструкция ортопедических 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-1
	Ответ: А	
259	<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>	ПК-2
	Ответ: А	
260	<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>	ПК-2
	Ответ: А	
261	<p>Ретенционный период у детей составляет:</p> <p>А) в 2 раза дольше периода активного ортодонтического лечения;</p> <p>Б) длительность периода активного ортодонтического лечения;</p> <p>В) до 18 лет</p> <p>Г) в 3 раза дольше периода ортодонтического лечения;</p> <p>Д) на длительный срок.</p>	ПК-2
	Ответ: А	
262	<p>Вестибулярные пластинки используют для:</p> <p>А) устранения вредных привычек;</p> <p>Б) предотвращения сообщения носовой и ротовой полости;</p> <p>В) нормализации положения верхних резцов;</p> <p>Г) устранения протрузии нижних резцов;</p> <p>Д) для восстановления целостности зубного ряда.</p>	ПК-2, ПК-3
	Ответ: А	

263	Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются заболеваниями краевого пародонта? А) открытый прикус; Б) тесное положение зубов; В) глубокий прикус; Г) дистопия 3└3; Д) любая из названных.	ПК-2
	Ответ: Д	
264	По рекомендациям ВОЗ суточное употребление сахара детьми дошкольного возраста не должно превышать (грамм): 1) 20; 2) 10; 3) 40; 4) 100; 5) 15.	ПК-5
	Ответ: 1	
265	Диспансерная группа детей раннего возраста включает детей(лет): 1) до 3; 2) до 5; 3) с 3 до 5; 4) с 6 до 8; 5) до 2.	ПК-2
	Ответ: 1	
266	Вторая диспансерная группа детей включает детей: 1) практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов; 2) с хроническими заболеваниями; 3) здоровых; 4) не нуждающиеся в стоматологической помощи; 5) инвалидов.	ПК-2
	Ответ: 1	
267	Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в 1 диспансерной группе состоит в: 1) наблюдение; 2) устранении факторов риска; 3) повышении уровня здоровья; 4) назначении корригирующих (лечебных) мероприятий; 5) предупреждении возникновения факторов риска.	ПК-2
	Ответ: 5	
268	Гигиеническое обучение ребёнка необходимо начинать: 1) с 1 года; 2) в период прорезывания первых временных зубов; 3) в период прорезывания первых постоянных зубов; 4) у первоклассников; 5) с 2 лет.	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1	
269	Скорая специализированная помощь является частью помощи: А) скорой; Б) специализированной; В) паллиативной; Г) первичной медико-санитарной;	ПК-2

	Д) стоматологической поликлиники.	
	Ответ: А	
270	Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в: А) назначении корректирующих (лечебных) мероприятий; Б) устранении факторов риска; В) повышении уровня здоровья; Г) предупреждении возникновения факторов риска; Д) фторпрофилактика.	ПК-2
	Ответ: Г	
271	Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить в: А) первое полугодие первого года жизни; Б) антенатальный период; В) второе полугодие первого года жизни; Г) третий год жизни; Д) перинатальный период.	ПК-1
	Ответ: Б	
272	При укороченной уздечке языка у детей 9 - 12 месяцев активно нарушается функция: А) глотания Б) дыхания В) сосания Г) смыкания губ Д) речи	ПК-2
	Ответ: А	
273	Какой вариант немедикаментозного лечения применяется при преждевременном удалении временного зуба вследствие осложнений кариеса: А) рациональное протезирование (пластинка с замещающими зубами) Б) проведение профессиональной гигиены полости рта В) склерозирующая терапия Г) ГБО - терапия Д) щадящая диета	ПК-2
	Ответ: А	
274	Сосательный рефлекс при физиологическом развитии ребенка угасает в возрасте: А) 3-6 мес Б) 7-8 мес В) 9-12 мес Г) 13-18 мес Д) к 3 годам	ПК-1
	Ответ: В	
275	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	ПК-2



	анестетика Д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика	
	Ответ: А	
276	Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в: А) назначении корректирующих (лечебных) мероприятий Б) устранении факторов риска В) повышении уровня здоровья Г) предупреждении возникновения факторов риска Д) фторпрофилактика	ПК-2
	Ответ: Г	

#### 4. II этап итоговой аттестации.

Оценочные средства устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

##### 4.1. Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	
Б1Б.1.1	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
Б1Б.1.1.1	Стоматология терапевтическая	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
Б1.Б.1.1.1.1	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога</b>	УК-1; УК-2; УК-3; ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, 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-2
	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-2
	Ответ: есть пять основных измерений толерантности: личностное, когнитивное, эмоциональное, поведенческое и вербальное.	
4	Что вы понимаете под мотивацией?	УК-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?	ПК-1
	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.	ПК-4
6	Штатное расписание медицинского персонала стоматологических поликлиник осуществляется на основании?	ПК-1
	Ответ: штатное расписание персонала стоматологических поликлиник составляется на основании приказа МЗ СССР от 01.10.1976 №950.	
7	Назовите количественные и качественные показатели, используемые для анализа деятельности стоматологов-терапевтов?	ПК-4
	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).	
8	Как производится контроль качества предстерилизационной очистки?	ПК-4
	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.	
9	Перечислите виды стерилизации медицинских изделий применяемых в стоматологии?	ПК-4
	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 конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.	
9	Какая документация необходима для учета и контроля проводимых диспансерных мероприятий?	ПК-2
	Ответ: основными медицинскими документами для учёта и контроля проводимых диспансерных мероприятий являются: Медицинская карта амбулаторного больного Карта учёта диспансеризации Контрольная карта диспансерного наблюдения.	
10	Перечислите этапы экспертизы контроля качества в государственном учреждении стоматологического профиля?	ПК-5
	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 клинико-экспертной работе, 3 ступень- врачебная комиссия, возглавляемая главным врачом.	
11	Дайте определение понятие нетрудоспособности. Перечислите виды нетрудоспособности?	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	

	<p>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.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>ПК-1</b>
12	Какие методы обследования выделяют в стоматологии?	ПК-1
	<p>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.).</p>	
13	Как можно разделить по информативности жалобы пациента?	ПК-1
	<p>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.</p>	
14	Что является целью осмотра?	ПК-1
	<p>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.</p>	
15	Назовите прибор для определения подвижности зубов и охарактеризуйте его устройство?	ПК-1
	<p>Ответ: прибор для определения подвижности зубов «Периотест», состоит из двух частей: приборного блока компьютерного анализатора и наконечника соединенных между собой кабелем.</p>	
16	Перечислите основные рентгенологические методики обследования?	ПК-1
	<p>Ответ: наиболее распространенные следующие рентгенологические методики: внутривисочные и височные рентгенограммы, томограммы, панорамные рентгенограммы, ортопантограммы, радиовизиограммы, компьютерные томограммы.</p>	
17	Что является материалом для цитологического исследования?	ПК-1
	<p>Ответ: Материалом для цитологического исследования является мазок- отпечаток, мазок перепечаток, мазок соскоб с</p>	

	поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, пародонтальных карманов, осадок промывной жидкости, используемой для полоскания полости рта, и пунктат участка, расположенного в глуболежащих тканях.	
18	Какие функциональные пробы используются как дополнительный метод обследования?	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.	
Б1.Б.1.1.1.3	<b>Некариозные поражения зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, УК-4, УК-5, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
19	Какие поражения зубов относятся к некариозным?	УК-1, УК-4, УК-5, ПК-1
	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, гиперэстезия, лучевой некроз, травма зубов.	
20	Классификация гипоплазии?	ОПК-4
	Ответ: гипоплазия может быть системной (изменение цвета, недоразвитие, отсутствие эмали) и местной.	
21	С чем связано развитие флюороза?	ПК-1, ПК-2, ПК-5
	Ответ: механизм развития флюороза – токсическое влияние фтора на энамелобласты в период развития эпителиального органа, приводящее к нарушениям формирования эмали	
22	Классификация флюороза по Патрикееву В. К.?	ПК-1
	Ответ: штриховая форма, пятнистая форма, меловидно-крапчатая форма, эрозивная форма, деструктивная форма	
23	Что относится к наследственным нарушениям развития тканей зуба?	ПК-1
	Ответ: несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез, несовершенный остеогенез,	
24	Дайте определение понятию «эрозия зубов»?	УК-1, ПК-1
	Ответ: эрозия – овальный или округлый дефект эмали, расположенный поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки зуба	
25	Гиперэстезия – это?	УК-1, ПК-1

	<p>Ответ: гиперестезия –это повышенная чувствительность тканей зуба к действию механических, химических и температурных раздражителей.</p>	
26	<p>Назовите основные методы лечения некариозных поражений?</p>	ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ: рем - терапия, пломбирование дефектов с помощью композиционных материалов, протезирование, отбеливание</p>	
27	<p>Эндемический флюороз, определение, дифференциальная диагностика?</p>	УК-1, ОПК-1, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: флюороз - системное заболевание скелета и зубов, связанное с избыточным поступлением фтора в организм. В результате потребления питьевой воды с повышенным содержанием фтора. Флюороз начинается при содержании фтора в 1 литре выше 2,5 мг. Диф диагностика: с гипоплазией ,кариесом в стадии пятна.</p>	
28	<p>Эндемический флюороз. Классификация?</p>	ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: штриховая форма, пятнистая, меловидно-крапчатая форма, эрозивная форма, деструктивная форма.</p>	
29	<p>Гиперестезия твердых тканей зуба. Этиология (местные и общие факторы). Диагностика?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: к местным этиологическим факторам относятся: -повышенная стираемость твердых тканей зубов; -кариес; -некариозные поражения (эрозии, клиновидные дефекты, гипоплазия); -трещины эмали; -рецессия десны, обусловленная воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта; -осложнения после лечения и отбеливания зубов; -ятрогенная чувствительность. Общие факторы: -психоневрозы; -эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, половых желез); -заболевания желудочно-кишечного тракта; -нарушение обмена веществ (главным образом — минерального); -инфекционные заболевания; -ксеростомия. Диагностика: для диагностики гиперестезии применяется осмотр, зондирование, термодиагностика.</p>	
30	<p>Гиперестезия твердых тканей зуба. Клиническая картина, дифференциальная диагностика?</p>	ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: клиническая картина проявляется резковыраженной интенсивной болью, при воздействии на зуб различных раздражителей: Дифференциальная диагностика с острым пульпитом.</p>	
Б1.Б.1.1.1.4	<p><b>Кариес. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика кариеса</b></p>	УК-1, ОПК-1, ОПК-2 ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7

		<b>ОПК-8, ПК-1, ПК-2</b>
31	Дайте определение понятиям «кариес», «распространенность кариеса» «интенсивность кариеса» ?	УК-1,УК-4, УК-5, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<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>	
32	Перечислите основные уровни профилактики стоматологических заболеваний?	ОПК-1, ОПК-2 ОПК-3, ОПК-6 ОПК-8
	<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; третичная профилактика – восполнение анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы.</p>	
33	Назовите теории происхождения кариеса?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: химико- паразитарная теория, физико- химическая теория, современная теория.</p>	
34	Какие местные факторы обуславливают возникновение кариеса?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: к местным факторам можно отнести микроорганизмы зубного налета, нарушение состава и свойств ротовой жидкости, углеводные остатки пищи</p>	
35	Какие местные факторы обуславливают возникновение кариеса?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: к общим факторам относятся: диета, пищевой рацион, количество фтора в питьевой воде, изменение в работе органов и систем, экстремальные воздействия.</p>	
36	Топографическая классификация кариеса?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: в топографической классификации различаю 4 стадии развития кариозного процесса: стадию пятна, поверхностный кариес, средний кариес и глубокий кариес.</p>	
37	Перечислите общие принципы препарирования твердых тканей	УК-1,

	зуба при кариесе?	ОПК-4
	Ответ: к общим принципам препарирования относятся: обезболивание; раскрытие кариозной полости, расширение кариозной полости и формирование.	
38	Какие методы санитарно-просветительной работы вы знаете?	ОПК-7
	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.	
39	При плохой гигиене полости рта какие пломбировочные материалы нужно использовать?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: стеклоиономерные цементы.	
40	Кариес зубов. Клиническая картина среднего кариеса?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: средний кариес Зондирование дна полости малоблезненно или безболезненно, болезненно зондирование в области эмалево-дентинного соединения. Определяется слой размягченного дентина. Сообщения с полостью зуба нет. Безболезненная перкуссия. Иногда могут возникать кратковременные боли на температурные раздражителей. ЭОД в норме.	
41	Диагностика кариеса зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: базируется на осмотре, зондировании, проведении термодиагностики, ЭОД, окрашивание красителями и рентгендиагностике.	
42	Дифференциальная диагностика поверхностного кариеса?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: производится с некариозными поражениями и средним кариесом.	
43	Классификация кариеса по МКБ-10?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: K02.0 Кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес], K02.1 Кариес дентина, K02.2 Кариес цемента, K02.3 Приостановившийся кариес зубов, K02.8 Другой кариес зубов, K02.9 Кариес зубов неуточненный.	
<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>
44	Что представляет собой пульпа зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2



	<p>Ответ: пульпа зуба представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую из основного (межклеточного) вещества, клеточных и волокнистых элементов, с включенными сосудами и нервами.</p>	
45	<p>Назовите слои пульпы?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>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.</p>	
46	<p>Назовите основные функции пульпы?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: основными функциями пульпы являются: трофическая, защитная, пластическая.</p>	
47	<p>Симптомы острых пульпитов?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>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.</p>	
48	<p>Классификация пульпитов по ММСИ?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>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.</p>	
49	<p>Какие методы лечения пульпитов вы знаете?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: методы лечения пульпитов делятся на две группы: I. Сохранение жизнеспособности пульпы: полное (биологический метод); частичное (витальная ампутация). II. Удаление пульпы: полное (экстирпация витальная и девитальная); частичное (девитальное). III. Комбинированный метод.</p>	
50	<p>Классификация пульпитов по МКБ-10?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: международная классификация пульпита ВОЗ на основе МКБ-X (1997 г.) K04.0 Пульпит K04.00 Начальный (гиперемия) K04.01 Острый K04.02 Гнойный K04.03 Хронический K04.04 Хронический язвенный K04.05 Хронический гиперпластический (пульпарный) K04.08 Другой уточненный</p>	

	пульпит К04.09 Пульпит неуточненный.	
51	Дифференциальная диагностика острых форм пульпитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дифференциальная диагностика производится с глубоким кариесом, хроническим и с обострением хронического периодонтита, острым гайморитом, невралгией, альвеолитом.	
<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>
52	Дайте определение понятию «периодонт»?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: периодонт представляет собой сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба.	
53	Чем образован периодонт?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
54	Назовите этиологические факторы развития периодонтита?	УК-1
	Ответ: в развитии периодонтита выделяют инфекционный фактор; травматический фактор, также периодонтит может развиваться под действием медикаментозных препаратов.	
55	Патологическая анатомия при хроническом фиброзном периодонтите?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
56	Назовите основные группы пломбирочных материалов для корневых каналов?	УК-1, ПК-2
	Ответ: силлеры и филлеры.	
57	Классификации периодонтитов по МКБ-10, по Лукомскому?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: согласно МКБ-С-3 выделяют следующие формы периодонтита. К04.4. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения., К04.5. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)., К04.6. Периапикальный абсцесс со свищем., К04.7. Периапикальный абсцесс без	

	свища., По Лукомскому: I. Острые периодонтиты. 1. Серозный периодонтит. 2. Гнойный периодонтит., II. Хронические периодонтиты. 1. Фиброзный периодонтит., 2. Гранулематозный периодонтит. 3. Гранулирующий периодонтит., III. Обострившийся периодонтит.	
58	Дифференциальная диагностика острых форм периодонтитов?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: дифференциальная диагностика острого апикального периодонтита проводится с острым пульпитом, обострением хронического периодонтита, невралгией, гайморитом.	
59	Эндодонтические инструменты. Классификация по назначению?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: эндодонтические инструменты для диагностики, эндодонтические инструменты для расширения устья корневого канала, эндодонтические инструменты для удаления мягких тканей из корневого канала, эндодонтические инструменты для прохождения корневого канала, эндодонтические инструменты для расширения корневого канала, эндодонтические инструменты для пломбирования корневого канала.	
60	Эндодонтические инструменты . Стандартизация по ISO?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: цветовое кодирование эндодонтических инструментов по стандартам ISO: Розовый-06, серый -08, фиолетовый 10, белый-15,45,90, желтый 20,50,100, красный 25,55,110, синий-30,60,120, зеленый 35,70,130, черный 40,80,140.	
61	Принципы работы машинными эндодонтическими инструментами?	ПК-2
	Ответ: основные принципы работы машинными инструментами: -Не рекомендуется использование вращающихся инструментов при наличии сложных анатомических особенностей (изгиба в устьевой части корневого канала, образования штыковидного изгиба по ходу корневого канала и т.д.), -Необходимо обеспечить максимально удобный доступ к корневому каналу. -До начала работы машинными инструментами обязательна механическая обработка корневого канала ручными инструментами — К-файлами 10, 15 размера до апикального отверстия (создание «ковровой дорожки»). -Следует оценить конфигурацию корневого канала, возможность и степень машинной обработки. -Инструмент должен начать вращение до введения в корневой канал. -При обработке необходимо производить легкое надавливание, при сопротивлении нельзя оказывать давление на инструмент. -Не следует использовать один инструмент длительное время.	
Б1.Б.1.1.1.7	<b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
62	Назовите требования предъявляемые к реставрационным	УК-1,

	материалам?	ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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 (оттенок, насыщенность, прозрачность), обеспечивающих эстетичность реставрации. 7. Хорошая полируемость. 8. Цветостабильность. 9. Удобство в работе. 10. Рентгеноконтрастность. 11. Кариестатическое действие на ткани зуба.	
63	На какой срок накладывают временные пломбы и повязки?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: повязки накладываются на срок 1 — 14 суток. Временные пломбы накладываются на более длительный срок — от 2 недель до 6 месяцев.	
64	Перечислите материалы применяемые для изолирующих прокладок?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: в качестве материалов для изолирующих прокладок используют цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные цементы, а также изолирующие лаки.	
65	Классификация лечебных прокладок?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
66	Классификация композиционных материалов в зависимости от размера частиц неорганического наполнителя?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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).	
67	Дайте определение понятиям «филлеры» и «силеры»?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-

		2
	Ответ: филлеры – материалы, предназначенные для заполнения просвета корневого канала. Силеры (эндогерметики) – твердеющие материалы, предназначенные для заполнения пространств между штифтами и стенками корневого канала.	
68	Адгезивные системы композитных пломбировочных материалов. Определение, поколения?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: стоматологические адгезивные системы– группа стоматологических материалов, обеспечивающих микромеханическую ретенцию пломбировочного материала с твердыми тканями зуба. В настоящее время выделяю 7 поколений адгезивных систем.	
69	Этапы работы с адгезивными системами?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. внесение трех слоев адгезивной системы на эмаль и дентин кариозной полости при помощи аппликатора (экспозиция 30 секунд); 2. распределение адгезивной системы при помощи слабой струи воздуха; 3. фотополимеризация адгезивной системы.	
70	Силеры для постоянной obturation корневого канала?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: классификация: - натуральные, Цемент Endomethasone N Poudre (Septodont), - полимерные Паста AN Plus (Dentsply), - стеклоиономерные Endion, Voco, - полидиметилсилоксаны RCA RoekoSeal (Roeko), цементы с содержанием кальция гидроксида Sealapex (Kerr).	
71	Техники, obturation системы корневого канала?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: obturation системой термафил, холодной гуттаперчей (метод одного штифта, боковой конденсации), разогретой гуттаперчей.	
72	Стоматологические пломбировочные материалы, классификация?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: по назначению материалы для: 1. временных пломб, 2. лечебных прокладок, 3. изолирующих прокладок, 4. постоянных пломб, 5. пломбирования корневого канала. По составу: 1. Металлические пломбы, 2. Цементы, 3. Композиционные материалы, 4. Компомеры, 5. Герметики (силанты), 6. Поверхностные герметики.	
73	Классификация композитных стоматологических материалов?	УК-1
	Ответ: по способу твердения: - химического отверждения; - световой полимеризации; - двойного отверждения.	

	<p>По консистенции: - порошок-жидкость;- паста-паста; - паста; - жидкотекучие.</p> <p>По степени наполненности: - сильнонаполненные;- средненаполненные; - слабонаполненные.</p> <p>По размерам частиц наполнителя: - макронаполненные (макрофилы); - микронаполненные (микрофилы); - гибридные; - микрогибридные; - тотально наполненные (наноккомпозиты).</p> <p>По прозрачности: - непрозрачные; - полупрозрачные; - прозрачные.</p> <p>По назначению: - для фронтальных зубов; - для боковых зубов; - универсальные.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.1.8</b>	<b>Заболевания тканей пародонта. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
74	Дайте определение понятию «пародонт»?	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 отростка, периодонт, цемент корня</p>	
75	Классификация болезней пародонта?	УК-1, 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>	
76	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</p>	

	болезнь), гормональные нарушения (беременность, период полового созревания, сахарный диабет), болезни крови, прием лекарственных препаратов и т.д.	
77	Назовите формы гипертрофического гингивита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: отёчная и фиброзная формы.	
78	Перечислите агрессивные формы пародонтита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
79	Отличительные особенности пародонтоза от пародонтита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
80	Какие заболевания относят к пародонтомам?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: к пародонтомам относятся фибромагоз десен, эпюлис, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта.	
81	Профессиональная гигиена полости рта - это?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
82	Назовите дополнительные средства индивидуальной профилактики?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к дополнительным средствам индивидуальной профилактики относятся флоссы, межзубные ёршики, ирригаторы, скребок для языка.	
83	Вторичная профилактика заболеваний пародонта заключается ?	УК-1, ОПК-4,

		ПК-1
	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.	
84	Пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести диспансерное наблюдение проводится?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 2 раза в год.	
85	Пародонтит, этиология, клиника острых пародонтитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: этиология: микрофлора зубной бляшки образующейся на пелликуле зуба в области зубодесневой борозды. Клиника: Жалобы на острую боль и кровоточивость десны. При осмотре яркую гиперемию десны в области одного или нескольких зубов, кровоточивость при зондировании, нарушение целостности зубодесневого соединения, зубодесневой карман различной глубины.	
86	Клиническая картина начальной стадии хронических пародонтитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: начальная стадия: выявляется при профилактическом осмотре ПР. Клиника = хроническому гингивиту. Rg: остеопороз вершин межзубных перегородок с нарушением непрерывности компактной пластинки и расширением периодонтальной щели у шеек зубов.	
87	Клиническая картина средней стадии хронических пародонтитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: вторая стадия (средняя): отсутствие компактной пластинки, резорбция вершин межзубных перегородок, убыль кости на 1/3 длины корня, очаги остеопороза. Общих нарушений нет. Клинический анализ крови не изменен. При осмотре: цианоз межзубной, маргинальной и альвеолярной десны; десневые сосочки неплотно прилегают к поверхности зубов, конфигурация их изменена, они выбухают, за счет клеточной инфильтрации. При зондировании - кровоточивость десны, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм. Патологическая подвижность зубов I—II степени. Rg: деструкция межзубных перегородок до половины длины корня, атрофия чаще смешанная, степень изменений кости у разных групп зубов различна. Общее состояние организма нарушается при гноетечении и/или абсцедировании.	
88	Клиническая картина тяжелой стадии хронических пародонтитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-



		2
	<p>Ответ: третья стадия (тяжелая). Цианоз, кровоточивость, деформация десневого края, подвижность зубов II—III степени, вторичные дизокклюзии. Пародонтальные карманы определяются со всех поверхностей зуба и превышают 5 мм, реже - достигают верхушки корня. Rg: костные карманы, деструкция костной ткани превышает ½ длины корня зуба, а у отдельных зубов - достигает верхушки корня. Разрушение кости неравномерно с разных сторон одного и того же зуба, иногда костная ткань альвеолы резорбирована полностью. Гноетечение из пародонтальных карманов и абонирование.</p>	
<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-2</b>
89	Классификация травматических повреждений слизистой оболочки полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<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>	
90	Что называется лейкоплакия?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лейкоплакия— хроническое заболевание слизистой оболочки рта или красной каймы губ, сопровождающееся повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.</p>	
91	Перечислите формы лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: плоская, мягкая, веррукозная, эрозивная, лейкоплакия курильщиков.</p>	
92	Назовите этиологические факторы возникновения лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<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. II. Эндогенные факторы: 1. Патология ЖКТ. 2.Нарушения</p>	

	обмена витамина А. 3. Нейродистрофические процессы в полости рта, осложненные хроническим воспалением.	
93	Назовите формы верукозной лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: бляшечная и бородавчатая формы	
94	Перечислите меры профилактики возникновения лейкоплакии?	УК-1, ОПК-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, ПК-2</b>
95	Как классифицируются инфекционные поражения СОПР?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: вирусные, бактериальные и микотические поражения	
96	Назовите периоды развития острого герпетического стоматита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: как инфекционное заболевание острый герпетический стоматит (ОГС) имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, разгара, угасания и клинического выздоровления.	
97	Этиологический фактор развития язвенно-некротического стоматита Венсана?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: заболевание возникает под влиянием фузоспириллярной инфекции — симбиоза спирохеты Венсана и веретенообразной палочки.	
98	Дайте определение кандидоза?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: кандидоз – инфекционно-воспалительное заболевание, обусловленное грибами рода <i>Candida</i> , наиболее часто <i>Candida albicans</i> .	
99	Классификация кандидоза полости рта по клиническому течению?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. острый кандидоз: Псевдомембранозный (молочница), атрофический. 2. Хронический кандидоз: Гиперпластический, атрофический.	
100	Этиология хронического герпетического стоматита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: снижение иммунитета; обострение инфекционных заболеваний; термические, механические травмы слизистой	

	полости рта; постоянные стрессы; контакт с больным острой герпетической инфекцией; авитаминоз; обострение аллергических заболеваний; наличие хронического очага инфекции в полости рта (кариозные зубы, увеличенные миндалины); длительная инсоляция, общее перегревание организма; лечение антибиотиками; уменьшение количества выделяемой слюны; переохлаждение.	
101	Клиническая картина хронического герпетического стоматита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите выявляются единичные или групповые элементы поражения, чаще всего в виде мелких пузырьков, которые потом изъязвляются, образуя эрозии. Слизистая отечна и гиперемирована. При тяжелой степени хронического рецидивирующего герпетического стоматита добавляется ухудшение общего самочувствия пациента, головная боль, слабость, температура тела более 39 градусов.	
<b>Б1.Б.1.1.1.11</b>	<b>Аллергические поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ОПК-10</b>
102	Назовите типы аллергических реакций?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1.аллергические реакции немедленного типа; 2. Аллергические реакции замедленного типа.	
103	Профилактика развития контактного аллергического стоматита?	УК-1, ОПК-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.	
104	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.	
105	Назовите виды многоформной экссудативной эритемы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: инфекционно-аллергическая (идиопатическая), характерны рецидивы с сезонным характером (осень, весна); токсико-аллергическая (симптоматическая), характерен рецидив после приема лекарственных препаратов-аллергенов.	
106	Перечислите необходимые препараты для купирования	ОПК-10

	анафилактического шока?	
	Ответ: сосудосуживающие препараты; гормональные препараты, препараты для восстановления объема циркулирующей жидкости; десенсибилизирующие препараты, препараты для нормализации работы сердечной и дыхательной систем.	
107	При выполнении какой операции рассекают щито-перстневидную мембрану?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: рассечение щито-перстневидной мембраны выполняют при трахеотомии.	
108	Назовите препараты для местного патогенетического лечения многоформной экссудативной эритемы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: гормональные мази: преднизолоновая, гидрокортизоновая, лоринден С	
<b>Б1.Б.1.1.1.12</b>	<b>Изменения СОПР при системных заболеваниях. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
109	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.	
110	Опишите клиническую картину изменений СОПР при патологиях ССС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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. Гиперемия слизистой оболочки полости рта (щеки, языка).	
111	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.	
112	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.	
113	Опишите клиническую картину изменений СОПР при сахарном диабете?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
114	Какие жалобы предъявляют пациенты на изменения СОПР при остром лейкозе?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: жалобы на боль при глотании, профузные кровотечения из десны, лунки удаленного зуба, болезненные высыпания в полости рта, затрудняющие прием пищи.	
115	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.	
116	Профилактика патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	ПК-1
	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, ПК-2</b>
117	Дайте определение понятию «Плоский лишай» ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
118	Классификация плоского лишая ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: типичная, экссудативно - гиперемическую, эрозивно - язвенную, буллезную, гиперкератотическую, атипичную.	
119	Что представляет собой папула при плоском лишае?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: папула - белеватое или перламутровое, почти не возвышающееся над слизистой оболочкой образование при покабливании не удаляется, образуется в результате акантоза и гиперкератоза.	
120	Дайте определение понятию «Пузырчатка»?	УК-1
	Ответ: пузырьчатка- злокачественное заболевание с образованием на не воспаленных кожи и слизистых оболочках пузырей в результате акантолиза.	
121	Перечислите клинические формы пузырьчатки?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: вульгарная; вегетирующая; листовидная, себорейная.	
122	Опишите клиническую картину вульгарной формы акантолитической пузырьчатки?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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 покрывки 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, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
123	Клиническая картина десквамативного глоссита?	УК-1, ОПК-4
	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.	
124	Профилактика десквамативного глоссита?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии, диспансерное наблюдение.	

125	Перечислите формы ромбовидного глоссита?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: плоская форма, бугорковая форма, папилломатозная форма.	
126	Профилактика черного «волосатого» языка?	ОПК-4
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии, отказ от курения и алкоголя, диспансерное наблюдение.	
127	Классификация хейлитов?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: хейлиты разделяются на собственно хейлиты (экзофолиативный, glandулярный, контактный, метеорологический и актинический) и симптоматические хейлиты (атопический, экзематозный, плазмоклеточный хейлит и макрохейлит).	
128	Этиология и патогенез хронической рецидивирующей трещины губы?	УК-1, ОПК-4
	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.	
129	Назовите триаду симптомов синдрома Россалимо - Мелькерсона - Розенталя?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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>	ПК-1, ПК-2
130	Классификация зубных отложений?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: неминерализованные зубные отложения (пелликула, зубная бляшка, мягкий зубной налет) и минерализованные зубные отложения (наддесневой зубной камень, поддесневой зубной камень).	
131	Перечислите этапы профессиональной гигиены полости рта?	ПК-1, ПК-2
	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.	

132	Перечислите и дайте краткую характеристику инструментам для профессиональной гигиены полости рта?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: ручные инструменты, ультразвуковые и звуковые инструменты, очищающие и полирующие инструменты.	
133	Противопоказания к использованию ультразвуковых аппаратов?	ПК-1, ПК-2
	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.	
134	Какие существуют методики отбеливания зубов?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: домашнее (<24% перекиси карбамида), офисное/профессиональное (35-37% перекиси карбамида), смешанное (комбинированное) отбеливание.	
135	Перечислите противопоказания к отбеливанию зубов?	ПК-1, ПК-2
	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>ПК-2</b>
136	Дайте определение понятию "Диспансеризация"?	ПК-2
	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.	
137	Перечислите группы здоровья по итогам диспансеризации стоматологического больного?	ПК-2
	Ответ: I группа – практически здоровые; II группа – с компенсированной формой кариеса, имеющие факторы риска заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и зубочелюстные аномалии; III группа – с субкомпенсированной формой кариеса; IV группа – с декомпенсированной формой кариеса, а также лица с субкомпенсированной формой этого заболевания и отягощенным анамнезом, патологией краевого пародонта, острым течением кариозного процесса.	
138	Из каких пяти основных элементов складывается диспансеризация стоматологических больных?	ПК-2
	Ответ: отбор, наблюдение, оздоровление, планирование, управление диспансеризацией.	
139	Основными принципами системы диспансеризации стоматологических больных являются?	ПК-2
	Ответ: плановость, комплексность, выбор ведущего звена из	



	общего комплекса мероприятий, дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом складывающейся ситуации.	
140	К показателям эффективности диспансеризации относятся?	ПК-2
	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>ПК-3</b>
141	Перечислите физиотерапевтические методы лечения стоматологических заболеваний?	ПК-3
	Ответ: гальванизация, лекарственный электрофорез, фонофорез дарсонвализация, диатермокоагуляция, УВЧ терапия (электрическое поле Ультра Высокой Частоты) флюктуоризация, УФО.	
142	Показания для использования дарсонвализации?	ПК-3
	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.	
143	Противопоказания для проведения электрофореза?	ПК-3
	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.	
144	Фонофорез - это?	ПК-3
	Ответ: ультрафонофорез (фонофорез, сонофорез) – это комплексный метод терапевтического воздействия на организм, сочетающий эффекты ультразвуковых колебаний и активных медикаментозных или косметологических средств.	
145	Назовите принципы применения физических факторов в лечебных и профилактических целях?	ПК-3
	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; 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>
<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, ПК-5</b>
146	Как подразделяются дефекты коронок зубов?	УК-1, ПК-5
	Ответ: дефекты коронок зубов делят на частичные и полные. Частичные дефекты устраняют при помощи реставраций и ортопедических конструкций, полные при помощи штифтовых зубов .	
147	Чем характеризуется 1 тип в классификации беззубых челюстей по Оксману для верхней челюсти?	УК-1, ПК-5
	Ответ: высоким альвеолярным отростком, высокими верхнечелюстными буграми и расположением участков прикрепления щечных тяжей, уздечек и переходной складки, выраженным небным сводом.	
148	Дать определение термину “аксиография”?	ПК-5
	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.	
149	Как проводится жевательная проба по И.С. Рубинову?	УК-1, ПК-5
	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.	
150	Степени патологической подвижности зубов по Энтину?	ПК-5
	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.	
151	Что означает термин “электромиография”?	ПК-5
	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.	
152	Классификация беззубых верхних челюстей по Оксману?	УК-1, ПК-5
	Ответ: классификация беззубых челюстей верхней и нижней по Оксману. 1 - равномерно высокие альвеолярные отростки, хорошо выражены бугры, высокий свод твердого неба, высокая - верхняя челюсть и низкое - нижняя челюсть расположенных переходной складки. 2 - все средней выраженности. 3 - резкая равномерная атрофия альвеолярного отростка, уплощение небного свода, подвижная слизистая оболочка на уровне гребня. 4 - не равномерная атрофия альвеолярного отростка.	
153	Типы слизистой оболочки альвеолярных отростков беззубых челюстей, их значение для практики?	УК-1, ПК-5
	Ответ: классификация по Суппле: 1 - умеренная (нормальная податливая), 2 - слизистая оболочка тонкая, атрофичная плохо податливая, 3 - слизистая оболочка разрыхленная, чрезмерно податливая, 4 - слизистая оболочка с наличием тяжей (петушиный гребень). Классификация по Ляндю: 1 - область сагиттального шва - срединная фиброзная зона плотно сращена с надкостницей и податливость минимальна, 2 - область альвеолярного отростка - периферическая фиброзная зона - подслизистый слой незначительный и податливость незначительна, 3 - область поперечных складок - передний отдел твердого неба - жировая зона податливость средней степени, 4 - задняя треть твердого неба - железистая зона мощный слой небных желез -	

	податливость максимальная.																					
154	Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди, Гаврилову?	УК-1, ПК-5																				
	<p>Ответ: Гаврилов Е. И. различают четыре группы дефектов: 1) концевые (односторонние и двусторонние); 2) включенные (боковые – односторонние, двусторонние и передние); 3) комбинированные; 4) челюсти с одиночно сохранившимися зубами. Подготовка и методика протезирования таких дефектов имеют свои особенности.</p> <p>По Кеннеди, все зубные ряды с дефектами делятся на четыре класса. К первому классу относятся зубные дуги с двусторонними концевыми дефектами, ко второму – зубные дуги с односторонними концевыми дефектами, к третьему – зубные дуги с включенными дефектами в боковом отделе, к четвертому – включенные дефекты переднего отдела зубной дуги.</p>																					
155	Классификация дефектов зубных рядов по Бетельману?	УК-1, ПК-5																				
	<p>Ответ: классификации дефектов зубных рядов по Бетельману.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="4"><b>Дефекты зубных дуг</b></th> </tr> <tr> <th colspan="2"><b>I класс</b></th> <th colspan="2"><b>II класс</b></th> </tr> <tr> <td colspan="2">Один или несколько дефектов, среди которых, по меньшей мере, один ограничен только с мезиальной стороны</td> <td colspan="2">Один или несколько дефектов, но все дефекты ограничены с двух сторон</td> </tr> <tr> <th><b>I подкласс</b></th> <th><b>II подкласс</b></th> <th><b>I подкласс</b></th> <th><b>II подкласс</b></th> </tr> <tr> <td>Дефект расположен на одной стороне</td> <td>Дефекты расположены на обеих сторонах</td> <td>В каждом из дефектов не более трех недостающих зубов</td> <td>Есть хотя бы один дефект, в котором число недостающих зубов больше трех</td> </tr> </table>	<b>Дефекты зубных дуг</b>				<b>I класс</b>		<b>II класс</b>		Один или несколько дефектов, среди которых, по меньшей мере, один ограничен только с мезиальной стороны		Один или несколько дефектов, но все дефекты ограничены с двух сторон		<b>I подкласс</b>	<b>II подкласс</b>	<b>I подкласс</b>	<b>II подкласс</b>	Дефект расположен на одной стороне	Дефекты расположены на обеих сторонах	В каждом из дефектов не более трех недостающих зубов	Есть хотя бы один дефект, в котором число недостающих зубов больше трех	
<b>Дефекты зубных дуг</b>																						
<b>I класс</b>		<b>II класс</b>																				
Один или несколько дефектов, среди которых, по меньшей мере, один ограничен только с мезиальной стороны		Один или несколько дефектов, но все дефекты ограничены с двух сторон																				
<b>I подкласс</b>	<b>II подкласс</b>	<b>I подкласс</b>	<b>II подкласс</b>																			
Дефект расположен на одной стороне	Дефекты расположены на обеих сторонах	В каждом из дефектов не более трех недостающих зубов	Есть хотя бы один дефект, в котором число недостающих зубов больше трех																			
156	Особенности обследования больных при частичной вторичной адентии?	ПК-5																				
	<p>Ответ: обследование складывается из опроса, осмотра внеротового и внутриротового, а так же осмотра самих конструкций съемных протезов, если такие имеются, и пальпации слизистой альвеолярных отростков, а так же рентгендиагностики.</p>																					
157	Вспомогательные методы обследования ортопедического больного. Рентгенологические методы исследования?	ПК-5																				
	<p>Ответ: термометрия и электрометрия, рентгенологические методы, исследование состояния жевательного аппарата, статические методы определения жевательной эффективности, функциональные методы определения жевательной эффективности, жевательные пробы, жевательная проба по Христиансену, жевательная проба Гельмана, жевательная проба по Рубинову, графические методы регистрации движений нижней челюсти, электромиография, мионометрия,</p>																					

	миография.	
Б1.Б.1.1.2.2	<b>Диагноз и его составные части</b>	<b>УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
158	Принципы формулирования диагноза в ортопедической стоматологии?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
159	Задачи протезирования на ортопедическом приёме?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4
	Ответ: восстановление утраченной функции жевания, нормализация деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, сохранение оставшегося зубного ряда и предупреждение дальнейшего его разрушения.	
160	Для составления грамотного плана ортопедического лечения необходимо знать?	УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5
	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.	
161	С какой целью на ортопедическом приёме заводится история болезни ?	УК-2 УК-3 ОПК-4
	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.	
162	Что является нозологической формой в ортопедической стоматологии?	УК-2 УК-3 ОПК-4,

		ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
Б1.Б.1.1.2.3	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению</b>	<b>УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3</b>
163	Предварительное лечение при протезировании (общеоздоровительные и специальные мероприятия) ?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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 тяжелой слизистой оболочки, закрытие дефектов твердого неба).	
164	Метод резекции (гемисекции) многокорневых зубов?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-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.	
165	Требования к беззубому альвеолярному отростку при протезировании съёмными протезами?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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.	
166	К специальным мероприятиям перед протезированием относят?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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.	
167	Какие цели преследуют специальные мероприятия, проводимые перед протезированием?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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.	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
168	Основная задача ортопедического лечения при частичных дефектах твердых тканей коронки?	<b>ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-6</b>
	Ответ: восстановление коронки путем протезирования с целью предупреждения дальнейшего разрушения зуба или рецидива заболевания.	
169	Какие виды протезов применяют при дефектах коронковой части зуба?	УК-1, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2,

		ПК-6
	Ответ: применяют два вида протезов: вкладки и искусственные коронки.	
170	Какой протез называется вкладкой?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: вкладка — несъемный протез части коронки зуба (микрорпротез). для восстановления анатомической формы зуба. Изготавливают вкладку из специального сплава металлов. В ряде случаев протез может быть облицован эстетическим материалом (композитные материалы, фарфор).	
171	Дайте определение понятию искусственная коронка?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: искусственная коронка — 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.	
172	Показания для изготовления вкладок?	УК-1, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-6
	Ответ: вкладки применяют при кариесе, клиновидном дефекте, некоторых формах гипоплазии и флюороза, патологической стираемости.	
173	Как классифицируются коронки по конструкции?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: по конструкции коронки делят на полные, культевые, полу коронки, экваторные, телескопические, коронки со штифтом, жакетные, окончатые.	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
174	Частичная вторичная адентия -это?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, 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.	
175	Как проводится лечение частичной вторичной адентии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лечение вторичной частичной адентии проводят	



	мостовидными, съёмными пластиночными и бюгельными зубными протезами.	
176	Какой вид протеза называется мостовидным?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: мостовидным несъёмным 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 пародонтомускулярным рефлексом.	
177	Что представляет собой съёмный пластиночный протез?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: съёмным 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 гингивомускулярным рефлексом.	
178	Какой вид протеза называется бюгельным?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: бюгельным протезом называется съёмный 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 гингивомускулярные рефлексы.	
179	Что называется базисом съёмного пластиночного протеза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: базисом съёмного 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.	
180	Этиология частичной адентии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: причинами первичной частичной адентии являются нарушения эмбриогенеза зубных тканей, в результате чего отсутствуют зачатки постоянных зубов. Наиболее распространенными причинами вторичной частичной адентии являются кариес и его осложнения — пульпит и периодонтит, а также заболевания пародонта — пародонтиты.	

181	Клиническая картина частичной потери зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) нарушение непрерывности зубного ряда (появление дефектов); 2) наличие группы зубов, сохранившей антагонистов (функционирующая группа) и утратившей их (нефункционирующая группа); 3) функциональная перегрузка отдельных групп зубов; 4) вторичная деформация прикуса; 5) снижение высоты нижнего отдела лица; б) нарушение функции жевания, речи, эстетики; 7) нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава.	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
182	Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию включает в себя?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, 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.	
183	При изучении клинической картины полной адентии следует обратить внимание?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
184	Характеристика первого класса по Суппле?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
185	Как подразделяются методы определения центральной окклюзии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: все методы определения центрального соотношения челюстей можно разделить на статические и функциональные.	

186	Классификация беззубых челюстей по Шредеру?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: первый тип характеризуется высоким альвеолярным отростком, который равномерно покрыт плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженными буфами, глубоким небом, отсутствием или слабовыраженным небным валиком (торусом).; второй тип отличается средней степенью атрофии альвеолярного отростка, маловыраженными буграми, средней глубины небом, выраженным торусом.; третий тип — полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела верхней челюсти, слабо развитые альвеолярные бугры, плоское небо, широкий торус. В отношении протезирования наиболее благоприятен первый тип беззубых верхних челюстей.</p>	
187	Классификация нижних беззубых челюстей по Келлеру?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: первый тип — челюсть с резко выраженной альвеолярной частью, переходная складка расположена далеко от альвеолярного гребня.; второй тип — равномерная резкая атрофия альвеолярной части, подвижная слизистая оболочка расположена почти на уровне альвеолярного гребня.</p> <p>третий тип — альвеолярная часть хорошо выражена в области.; передних зубов и резко атрофирована в области жевательных.; четвертый тип — альвеолярная часть резко атрофирована в области передних зубов и хорошо выражена в области жевательных.</p>	
188	Ошибки при протезировании больных с полной потерей зубов.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. изготовление протезов по анатомическим оттискам. В этом случае фиксация и стабилизация протеза будут недостаточными. 2. Изготовление индивидуальных восковых ложек в полости рта больного. Необходимо применять индивидуальные жесткие ложки, изготовленные по моделям, оттиски для которых были получены с помощью только эластичных масс или гипса. 3. Ошибки при определении центрального соотношения челюстей. 4. Пропуск этапа проверки восковой конструкции протеза или случай, когда врач на этом этапе не заметил ранее сделанных ошибок.5. Фиксация в полости рта протезов, имеющих баланс, или устранение баланса методом перебазируются с помощью самотвердеющих пластмасс. Фиксация протезов, искусственные зубные ряды которых неправильно восстанавливают окклюзионные контакты.6. Несоблюдение врачом принципа законченности ортопедического лечения.</p>	
Б1.Б.1.1.2.7	<b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артروزы. Особенности ортопедического лечения</b>	<b>УК-1, ОПК-4,</b>

		ПК-1, ПК-2
189	Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений, ограничить движение нижней челюсти.	
190	Классификация заболеваний ВНЧС по МКБ-10?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
191	С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз с артроза ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: с рубцовой контрактурой нижней челюсти, остеоомой, одонтомой, адамантиномой, кондиллярной гиперплазией, хондромой, остеохондромой, болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (БСД), артритом ВНЧС.	
192	Причины вывиха височно-нижнечелюстного сустава?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
193	Симптомы, характерные для клинической картины вывиха?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
194	Назовите общие и местные причины развития артроза ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-

		2
	<p>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.</p>	
195	При артрите ВНЧС какие физиотерапевтические процедуры проводятся?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: УВЧ, диатермия, электрофорез, сухое тепло, грязелечение.</p>	
196	Определение суставного пути нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: суставной путь - путь суставной головки по скату суставного бугорка.</p>	
197	Определение сагиттального режцового пути?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: это путь, проделываемый режцами нижней челюсти по небной поверхности верхних резцов при движении нижней челюсти из центральной окклюзии в переднюю.</p>	
198	Определение сагиттального суставного пути?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: это путь, проделываемый суставной головкой нижней челюсти при ее смещении вперед и вниз по заднему скату суставного бугорка.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.8</b>	<b>Ортопедическое лечение при заболеваниях тканей пародонта</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
199	Противопоказания к проведению избирательного шлифовывания зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>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.</p>	

200	Нежелательные последствия и осложнения при несоблюдении правил и рекомендаций по проведению избирательного пришлифовывания зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
201	С какой целью применяется временное шинирование?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
202	Показания к применению армированных композитных шин?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
203	Клинические требования для несъемных шин из арматуры и композиционного материала?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
204	Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.3</b>	<b>Стоматология хирургическая</b>	<b>УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7;</b>

		ОПК-8; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3
Б1.Б.1.1.3.1	Местное обезболивание (анестетики, виды анестезий, техника проведения, показания, противопоказания)	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3
205	Перечислите требования к анестетикам?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3
	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.	
206	Механизм действия местных анестетиков?	УК-1; ОПК-4
	Ответ: прекращение проведения импульса по чувствительным нервным волокнам или блокада рецепторов.	
207	Группы местных анестетиков?	
	Ответ: сложные эфиры: новокаин, анестезин, дикаин, тетракаин, бензофуракаин; сложные амиды: лидокаин, мепивакаин, бупивакаин, наропин, этидокаин, тримекаин.	УК-1; ОПК-4
208	Общие осложнения во время введения анестетика?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: интоксикация, обморок, коллапс, анафилактический шок.	
209	Местные осложнения во время введения анестетика?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10; ПК-1
	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.	
210	Перечислите виды вазоконстрикторов?	УК-1; ОПК-4
	Ответ: катехоламины – адреналин и норадреналин, фелипрессин – синтетический аналог полипептидного гормона вазопрессина. Адреналин и норадреналин представляют собой симпатомиметические амины.	

211	При каких состояниях проводится сердечно - легочная реанимация?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5
	Ответ: при угнетении деятельности сердечной и дыхательной систем (инсульт, инфаркт, комы, анафилактический шок).	
212	При проведении реанимации вдвоём взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции лёгких (ивл) составляет?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10; ПК-1
	Ответ: 30:2	
213	Показания к проведению проводникового обезболивания на нижней челюсти?	УК-1
	Ответ: лечение осложненного кариеса; вскрытие очагов воспаления, сопровождающихся образованием экссудата; переломах челюсти; в комплексном лечении парестезий, невритов, невралгии и контрактур; ортопедическом вмешательстве; лечение заболеваний пародонта и других мягких тканей рта; при невозможности проведения общего обезболивания; при неэффективности других методов.	
214	Виды проводниковой анестезии на нижней челюсти?	УК-1; ОПК-4
	Ответ: мандибулярная, торусальная, ментальная.	
215	Осложнения при выполнении мандибулярной анестезии?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: отлом иглы, парез мимических мышц, контрактура крыловидной мышцы.	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<b>Операции удаления зуба</b>	<b>ОПК-5; ОПК-10</b>
216	Показания к плановому удалению зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	



217	Противопоказания к удалению зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: сердечно - сосудистые заболевания, острые заболевания паренхиматозных органов, геморрагические диатезы, заболевания ЦНС, психические заболевания в период обострения.	
218	Осложнения во время удаления зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	
219	Осложнения после удаления зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	
220	Подготовка к операции по удалению зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: обследование, подготовка больного, подготовка рук врача, подготовка операционного поля, обезболивание.	
221	Что такое медицинская документация?	ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.	
222	Какие основные противоэпидемические мероприятия Вы знаете?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	
223	Показания к экстренному удалению зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: обострение хронического воспаления в тканях около зуба. Неправильное прорезывание или ретенция зубов мудрости. Наличие кисты на верхушке корня зуба. Некоторые опухоли челюсти. При переломах челюсти.	
224	Этапы экстирпации зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	Ответ: 1. синдесмотомия. 2. Наложение щипцов. 3. Продвижение щипцов на область шейки зуба под десневой край. 4. Фиксация. 5. Люксация (ротация). 6. Тракция	

	(экстракция).	
Б1.Б.1.1.3.3	<b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
225	Классификация воспалительных заболеваний?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
226	По анатомо - топографической локализации как можно условно разделить одонтогенные абсцессы и флегмоны ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: околочелюстные абсцессы и флегмоны и абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей куда гнойный распространяется по протяжению.	
227	Этиология воспалительных заболеваний?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
228	Общие принципы лечения?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, 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.	
229	Клиническая картина периостита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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 гнилостным содержимым, болевая реакция на перкуссию причинного зуба.	
230	Клиническая картина одонтогенного остеомиелита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
231	Профилактика периодонтита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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	
232	Одонтогенный периостит челюстей: определение понятия, дифференциальная диагностика?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: одонтогенный периостит — форма одонтогенной инфекции, характеризующаяся клинико-рентгенологическими признаками поражения костных структур челюсти в пределах пародонта зуба, послужившего входными воротами инфекции, с распространением инфекционно-воспалительного процесса на надкостницу челюсти. Дифференциальная диагностика : одонтогенный периостит следует дифференцировать с остеомиелитом, острым периодонтитом, нагноившейся одонтогенной кистой.	
233	Одонтогенный периостит челюстей, этиология?	УК-1,

		ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: в роли возбудителя заболевания обычно выступает непатогенный стафилококк. Из инфекционного очага в пародонте микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности по прободающим и питательным каналам остеонов достигают периоста, где имеются благоприятные условия для развития такого гиперергического воспаления.	
234	Особенности удаления зубов при воспалительной контрактуре жевательных мышц?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: проводят внеротовую анестезию.	
<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</b>
235	Клиническая картина ушиба зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при осмотре может выявляться незначительная подвижность травмированного зуба в одном направлении, болезненная перкуссия (постукивание), никаких изменений окружающих тканей и зуба не отмечается.	
236	Виды переломов альвеолярного отростка?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: частичный перелом. На рентгенограмме определяют нарушение целостности только внешней компактной пластинки. Неполный перелом. Диагностируют повреждение всех слоев костной ткани. Смещения фрагментов нет. Полный перелом. При расшифровке рентгенограммы выявляют аркообразное просветление костной ткани (две вертикальные линии соединены горизонтальной). Оскольчатый перелом. Состоит из нескольких отломков, пересекающихся в разных направлениях. Перелом с дефектом кости. Наблюдается полный отрыв поврежденного участка костной ткани. Переломы альвеолярного отростка разделяют также на переломы без смещения и со смещением.	
237	Классификация травм зубов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: классификация травм воз. 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.	
238	Клиника вывихов нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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. Клиника одностороннего вывиха нижней челюсти аналогична. Рот пациента приоткрыт, подбородок смещен в здоровую сторону от средней линии, нижняя часть лица перекошена. Вывих сопровождается девиацией нижней челюсти, хрустом, щелканьем и болезненностью в суставе.	
239	Виды консервативных методов иммобилизации?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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); внутриротовые (различные методы межчелюстного лигатурного скрепления, различные по конструкции шины-ложки с «усами»). Постоянные (лечебные) методы иммобилизации подразделяют на: шины внелабораторного изготовления (индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины); шины лабораторного изготовления (надсневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич-Степанова, различные назубные капповые аппараты, надсневая шина Порта).	
240	Остеосинтез при переломах челюстей: классификация методов остеосинтеза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: остеосинтез — оперативный метод лечения переломов челюстей. 1. Прямой остеосинтез 2. Непрямой остеосинтез.	
241	Остеосинтез при переломах челюстей, показания к применению, осложнения?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: показания: 1. Недостаточное количество или полное отсутствие зубов. 2. Подвижность зубов. 3. Переломы за пределами зубного ряда (мышечковый отросток). 4. Большое смещение отломков с интерпозицией мягких, тканей.	

	<p>5. Дефекты кости челюсти. 6. Множественные переломы. 7. Комбинированные поражения</p> <p>Возможные осложнения: 1. Инфекционно-воспалительные процессы в области перелома. 2. Травматический, остеомиелит.</p>	
242	Классификация переломов верхней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: I. изолированные переломы верхней челюсти. 1. Переломы тела верхней челюсти: односторонние, сагиттальные), типичные (по классификации Лефор, Вассмунда), комбинированные, атипичные; 2. Переломы отростков верхней челюсти: альвеолярного, лобного, небного. 3. Оскольчатые переломы (тела и отростков). II сочетанные переломы верхней челюсти: с черепно - мозговыми повреждениями; с повреждениями других костей; с ранением мягких тканей. III осложнения переломов верхней челюсти: ранние осложнения (ранение и смещение глазного яблока, повреждение сосудов и нервов, подкожная эмфизема лица, менингит и др.); поздние осложнения (парез и паралич мимической мускулатуры лица, птоз, остеомиелит, гайморит, деформация лица и др.).</p>	
243	Переломы верхней челюсти по Фор 1: диагностика, клиника?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Ле Фор I (верхний, суббазальный тип) щель перелома проходит параллельно альвеолярному отростку: через основание носа, по верхней стенке орбиты, по скуловым дугам, часто через передние и средние черепные ямки. При первом типе линия перелома проходит у основания альвеолярного отростка, вследствие чего последний отделяется от тела челюсти обычно вместе с твердым небом. Перелом, как правило, не сопровождается большим смещением. Наблюдаются нарушение зубных рядов, подвижность отломков. Может быть кровотечение из носа, так как страдает слизистая оболочка дна гайморовой пазухи. Диагностика: рентгенологические методы исследования.</p>	
244	Переломы верхней челюсти по Фор 2: диагностика, клиника?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Ле Фор II (средний, суборбитальный тип) –щель перелома проходит через основание носа, по нижней стенке орбиты, по скуловерхнечелюстному шву. Перелом по второму типу характеризуется отрывом верхней челюсти вместе с носовыми костями и частью орбиты от скуловой кости и основания черепа. При этом наблюдаются кровотечение из носа, кровоподтеки нижних век («симптом очков»), обширный отек лица, нарушение прикуса вследствие смещения челюсти</p>	

	вниз. <u>Диагностика: рентгенологические методы исследования.</u>	
Б1.Б.1.1.3.5	<b>Заболевания слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
245	Назовите общие симптомы заболеваний слюнных желез?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: изменения в количестве выделяемого секрета; увеличение и уплотнение самой железы; 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.	
246	Классификация заболеваний слюнных желез?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: острые воспаления слюнных желез. а) сиаладениты вирусной этиологии: эпидемический паротит, гриппозный сиалоаденит, 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.	
247	Клиническая картина острого сиалоденита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
248	Этиология сиалоденита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: первичный сиалоаденит, представленный эпидемическим паротитом и цитомегалией, связан с вирусной инфекцией. Вторичные сиалоадениты вызывают бактерии,	

	<p>грибы.</p> <p>Пути проникновения инфекции в железу: стоматогенный, гематогенный, лимфогенный, контактный. Неинфекционной природы сиалоадениты развиваются при отравлении солями тяжелых металлов (при выведении их со слюной).</p>	
249	<p>Клиническая картина хронического паренхиматозного сиалоаденита?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: при паренхиматозной форме хронического сиалоаденита 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 сиалоаденита пораженная железа увеличивается в размерах, поверхность ее становится неровной, бугристой. Основные жалобы сводятся к ощущению сухости во рту. Периодически возникает болезненность.</p>	
250	<p>Симптомы слюнно-каменной болезни?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>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.</p>	
251	<p>Основные элементы ВНЧС?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула и связки.</p>	
252	<p>Чем представлен связочный аппарат ВНЧС?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>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.</p>	



253	Клинические проявления болевой дисфункции ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
254	Симптомы артроза ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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. 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.	
255	Профилактика острых сиагоденитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: санация полости рта, обработка полости рта растворами антисептиков, использование продуктов и препаратов усиливающих слюноотделение.	
256	Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с начальной стадией сиагоденита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: один раз в год.	
257	В течении какого времени проводят при необходимости гальванизацию слюнных желез?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 30 дней.	
258	Острый эпидемический паротит. этиология, патогенез?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: эпидемический паротит - острая антропонозная вирусная инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся поражением слюнных желез, а также других железистых органов и ЦНС. Этиология и патогенез: заболевание вызывается вирусом, который внедряется в слизистые оболочки верхних	

	дыхательных путей, затем распространяется по организму и вызывает изменения органов и тканей.	
259	Острый эпидемический паротит, клиника?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: клиническая картина эпидемического паротита сопровождается симптомами интоксикации, изменением конфигурации лица, при внутриворотном осмотре определяется слизистой щек - отечность и гиперемия вокруг устья околоушного (стенонова) протока (симптом Мурсона), - возможно поражение подчелюстных слюнных желез (субмаксилит) с образованием под нижней челюстью веретенообразного болезненного образования, подъязычных слюнных желез (сублингвивит) с припухлостью и болезненностью в подбородочной области.	
260	Острый эпидемический паротит, диагностика?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: диагностика паротитной инфекции: 1) данные эпидемиологического анамнеза (контакт с больным, отсутствие вакцинации) и характерная клиническая картина. 2) серологические методы.	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
261	Показания к проведению гингивотомии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
262	Перечислите показания и противопоказания к операции гингивэктомия?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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 физиологического 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, неудовлетворительная гигиена.	
263	Перечислите противопоказания к кюретажу?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
264	Назовите показания к лоскутной операции?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2 УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
265	Абсолютные противопоказания к лоскутной операции?	
	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.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
266	Основным лечебно-профилактическим мероприятием при заболеваниях пародонта является?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: профессиональная гигиена полости рта.	
<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>
267	Клиническая картина невралгии тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
268	Стволы тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
269	Классификация нейрогенных заболеваний?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: классификация нейростоматологических заболеваний и синдромов, основанная на патогенетически - топическом принципе: 1 - лицевые боли при невралгиях и невритах чувствительных нервов; 2 - лицевые боли при ганглионитах; 3 – стомалгия; 4 – лицевые боли артрогенного и вертеброгенного происхождения; 5 – лицевые боли сосудистого происхождения; 6 – отраженные лицевые боли; 7 – невропсихогенные лицевые боли; 8 – одонто-, оторино- и офтальмогенные боли.	
270	Симптомы неврита тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
271	Перечислите формы невралгии тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: идиопатическая (первичная). Обусловлена васкулярной 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.	
272	Перечислите физиотерапевтические методы лечения невралгии тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, 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; УК-4; УК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-5</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, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
273	Перечислить периоды развития зубочелюстной системы?	УК-1, УК-2, УК-3
	Ответ: 1. внутриутробный период; 2. Беззубый рот новорожденного (от рождения до начала прорезывания молочных зубов, 6 – 8 месяцев); 3. Период формирования прикуса молочных зубов (6 мес. – 3 года); 4. Сформированный молочный прикус; 5. Период смены молочных зубов; 6. Формирование прикуса.	
274	Особенности развития зубочелюстной системы во внутриутробный период?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1
	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.	
275	Особенности развития зубочелюстной системы во II периоде (6-8мес.)?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
276	Особенности развития зубочелюстной системы в период формирования прикуса молочных зубов (6 мес. – 3 года)?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1
	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 зуба. Первыми прорезаются нижние резцы (6-7 месяцев), затем верхние резцы (8-9 месяцев), последними появляются нижние и верхние моляры (24-30 месяцев).	
277	Особенности развития зубочелюстной системы в период сформированного молочного прикуса?	ОПК-4, 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.	
278	Особенности развития зубочелюстной системы в период смены молочных зубов ?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 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.	
279	Особенности формирования прикуса ?	ОПК-4, 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.	
280	Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур, включают?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щётки и полировочной пасты.	
281	Первым этапом контролируемой чистки зубов является?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: определение гигиенического состояния полости рта пациента.	
282	Сроки прорезывания молочных зубов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: центральные резцы нижней челюсти - 6,5 мес, Латеральные резцы нижней челюсти- 7 мес, Центральные резцы верхней челюсти-7,5 мес, Латеральные резцы верхней челюсти - 8 мес, Первые моляры-12-16 мес, Клыки - 16-20 мес,	

	Вторые моляры - 20-30 мес.		
283	Сроки прорезывания постоянных зубов?		ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: первый моляр нижней челюсти - 6-7 лет, Первый моляр верхней челюсти - 6-7 лет, Центральные резцы нижней челюсти - 6-7 лет, Центральные резцы верхней челюсти - 7-8 лет, Боковые резцы нижней челюсти - 7-8 лет, Боковые резцы верхней челюсти - 8-9 лет, клыки н.ч - 9-10 лет, 1 премоляры в.ч -10-11 лет, 1 премоляры н.ч - 10-12, 2 премоляры - в.ч 10-12 лет, 2 премоляры н.ч. 11-12 лет, клыки в.ч - 11-12 лет, 2 моляры н.ч - 11-13 лет, 2 моляры в.ч - 12-13 лет, 3 моляры н.ч. 17-21 лет, 3 моляры в.ч. 17-21 лет.</p>		
284	Резорбция корней молочных зубов?		ОПК-4, ПК-1
	Зубы	Начало	Окончание
	Центральные резцы	4 года	7 лет
	Боковые резцы	5 лет	8 лет
	Первые моляры	7 лет	10 лет
	Вторые моляры	8 лет	11 лет
	Клыки	8 лет	12 лет
Б1.Б.1.1.4.2	<b>Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы. Некариозные поражения зубов</b>		<b>УК-4, ПК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
285	Кариес зубов. Определение данного понятия ?		УК-4, ОПК-4
	<p>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.</p>		
286	Классификация кариеса зубов (клиническая классификация)?		УК-5, ПК-1
	<p>Ответ: кариес в стадии пятна; Поверхностный кариес; Средний кариес; Глубокий кариес.</p>		
287	Факторы, влияющие на развитие кариеса?		ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: Общие: - неполноценное питание; - соматические заболевания, сдвиг в функциональном состоянии органов и систем в период формирования и созревания твердых тканей зуба;</p>	<p>Местные: - зубная бляшка и зубной налет; - нарушение качества и количества ротовой жидкости; - углеводистые пищевые</p>	

	- наследственность	остатки; - состояние зубочелюстной системы в период закладки зубов	
288	Клиника поверхностного кариеса?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.		
289	Клиника среднего кариеса?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.		
290	Клиника глубокого кариеса?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.		
291	Опишите клиническую характеристику эмали зубов при системной гипоплазии?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации, расположенных параллельно режущему краю или жевательной поверхности.		
292	Что можно определить по клиническому проявлению системной гипоплазии?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: по клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание.		
293	«Гипсовые» зубы являются одним из симптомов?		ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2



	Ответ: несовершенного амелогенеза.	
294	Что является причиной развития местной гипоплазии?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: причиной развития местной гипоплазии является механическая травма развивающегося фолликула или воспалительный процесс.	
295	Назовите типы гиперплазии эмали в зависимости от строения?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
296	При каком содержании фтора в питьевой воде развивается деструктивная форма флюороза?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: деструктивная форма флюороза развивается при содержании фтора 4-6 мг/л.	
297	Назовите пломбировочные материалы, которые применяются при лечении кариеса и некариозных пломбировочных материалов у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: СИЦ, компомеры, композитные материалы.	
298	Противопоказания для применения адгезивных систем 4 и 5 поколения при лечении кариеса в постоянных зубов у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
299	Среднее снижение прироста кариеса от применения фторидсодержащего лака составляет (%)?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 30-40.	
300	Процентное соотношение лиц, имеющих признаки стоматологического заболевания, к общему числу обследованных называется?	ОПК-7, ПК-5
	Ответ: распространённостью стоматологического заболевания.	
301	Что является ведущим показателем эффективности работы врача-стоматолога?	ОПК-7, ПК-5
	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</b>	<b>ОПК-4,</b>

	<b>осложненного кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте. Пломбировочные материалы для корневых каналов</b>	<b>ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
302	Пульпит-это?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: воспаление пульпы зуба, возникающее в следствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а также продуктов распада органического вещества дентина.	
303	Какие задачи нужно решать при лечении пульпитов у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: устранить очаг инфекции и восстановить функции пульпы зуба; удалить воспаленную пульпу и предотвратить осложнения ( периодонтит, остеомиелит, периостит).	
304	Показания к витальной ампутации при лечении молочных зубов?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: метод применим для проведения пульпотомии во временных зубах: многокорневых зубах при острой травме зуба с повреждением коронковой пульпу, остром серозном пульпите, хроническом фиброзном пульпите, без выраженных изменений в тканях периодонта.	
305	Назовите особенности строения периодонта и прилегающих тканей у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
306	Назовите особенности течения острого периодонтита у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
307	Встречается ли хронический фиброзный периодонтит во	ОПК-4,

	временных зубах?	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: не встречается.	
308	Проводиться ли диспансерное наблюдение после лечения пульпита в молочных зубах?	ПК-2
	Ответ: проводится	
309	Основные группы пломбировочных материалов для корневых каналов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: силлеры и филлеры.	
310	Классификация пульпитов у детей (по Виноградовой Т.Ф.)?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: острые пульпиты временных зубов: 1. острый серозный, 2. острый гнойный, 3. острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта и региональных лимфоузлов.</p> <p>Острые пульпиты постоянных зубов: 1. острый серозный, частичный, 2. острый серозный общий, 3. острый гнойный частичный, 4. острый гнойный общий.</p> <p>Хронические пульпиты временных и постоянных зубов 1. простой пролиферативный пульпит, 2. пролиферативный гипертрофический, 3. хронический гангренозный</p> <p>Обострение хронического пульпита (всех форм).</p>	
311	Особенности течения пульпита у детей в молочных зубах?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. пульпит может возникнуть в небольшой кариозной полости во временных и постоянных зубах с несформированными корнями, что обусловлено наличием тонкого слоя дентина, широкими дентинными канальцами. При декомпенсированной форме кариеса отсутствует зона гиперминерализации дентина и пульпа не мобилизована для сопротивления. 2. Преобладание хронических форм пульпитов объясняется хорошим оттоком через широкие дентинные канальцы, через апекс. 3. Разнообразная клиника одной и той же формы пульпита в разных возрастных группах обусловлена строением пульпы. Н-р: острый частичный пульпит у детей дошкольного возраста (до 3 лет) - очень кратковременный процесс, а у детей школьного возраста клиника, как у взрослых.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2</b>
312	Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. травматические повреждения: механическая травма (афта Беднара, декубитальная эрозия), химическая, термическая</p>	

	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.	
313	Назовите возрастные периоды развития СОПР у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
314	Назовите элементы поражения СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
315	Назовите основные и дополнительные методы обследования больных с заболеваниями СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1). основные: опрос (жалобы, анамнез жизни, история развития и течения заболевания); объективное обследование (осмотр, пальпация). 2). Дополнительные: метод диаскопии; проба Шиллера-Писарева; стоматоскопия; люминесцентное исследование СОПР. 3). Лабораторные методы исследования: общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, определение содержания витаминов в крови, исследование мочи (цитологическое, микробиологическое, бактериологическое исследование).	
316	Назовите местные факторы, приводящие к развитию кандидоза в полости рта у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2

	<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>	
317	<p>Назовите возбудителя герпетического стоматита?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: возбудителем герпетической ангины является вирус простого герпеса.</p>	
318	<p>Особенности клинического течения заболеваний губ у детей?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<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>	
319	<p>Этиологические и патогенетические факторы развития заболеваний языка?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: нарушения нервной трофики, глистные инвазии, атопический дерматит, заболевания желудочно-кишечного тракта, болезнь Дауна, препубертатный и пубертатный периоды, гиперплазия сосочков.</p>	
320	<p>Профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является?</p>	<p>УК-1, ОПК-6</p>
	<p>Ответ: сошлифовывание острых краёв зубов, пломб.</p>	
321	<p>Клиническая картина легкой формы острого герпетического стоматита?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: характеризуется симптомами интоксикации, субфебрильной температуры, незначительным количеством элементов поражением полости рта, элементы быстро заживают и не рецидивируют.</p>	
322	<p>Кандидозный стоматит у детей. Общие факторы риска развития кандидозной инфекции?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: кандидоз – это острое или хроническое, иногда принимающее рецидивирующий характер, инфекционное заболевание, которое вызывается грибами рода <i>Candida</i>. Общие факторы, способствующие развитию кандидоза у детей: 1) недоношенность и переносимость; 2) патологическое течение родов (аспирация околоплодных вод); 3) патология неонатального периода; 4) длительная и (или) нерациональная антибиотикотерапия; 5) лучевая терапия; 6) оперативные вмешательства; 7) отсутствие или ранняя отмена естественного вскармливания, нерациональное вскармливание; 8) диспепсии, синдром мальабсорбции, острые кишечные инфекции; 9)</p>	

	первичные и вторичные иммунодефициты (на фоне злокачественных опухолей, лимфопролиферативных заболеваний, синдрома Дауна, ВИЧ-инфекции и др.); 10) аллергические заболевания, заболевания крови, нарушение обмена веществ.	
323	Кандидозный стоматит у детей. Местные факторы риска развития кандидозной инфекции?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: местные факторы, способствующие развитию кандидоза у детей: 1) кандидозная инфекция у матери; 2) нарушение правил гигиенического ухода за детьми (облизывание соски и ложки перед кормлением, невымытые руки и др.); 3) анатомо-функциональная незрелость слизистой оболочки полости рта; 4) повреждения кожи и слизистых оболочек (механическая, термическая, химическая травмы); 5) множественный кариес; 6) использование ортодонтических конструкций; 7) избыточное употребление углеводов; 8) нерациональная гигиена полости рта; 9) воспалительные процессы полости рта.	
324	Клиническая картина кандидозного стоматита у детей, легкой формы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при легкой форме заболевание начинается чаще бессимптомно. При легкой форме кандидоза налет точечного или точечно-островкового характера, белого цвета, напоминающий свернувшееся молоко, на языке или щеках. Легкое снятие налета. Длительность болезни не более 7 дней. Рецидивы возникают редко.	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация</b>	<b>УК-1, ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
325	Укажите местные факторы, способствующие развитию заболевания пародонта?	УК-1, ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6, ПК-1,ПК-5
	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), 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.	

326	Назовите классификацию заболеваний пародонта?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: 1. гингивит. 2. Пародонтит. 3. Пародонтоз. 4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта. 5. Пародонтомы.	
327	Назовите меры профилактики заболеваний пародонта?	ОПК-6
	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.	
328	Укажите особенности строения пародонта у детей?	УК-1, ОПК-4,ОПК-5
	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.	
329	Назовите главный дифференциальный диагностический признак пародонтита?	УК-1, ОПК-4,ПК-1
	Ответ: разрушение зубодесневого прикрепления, образование патологического десневого костного кармана, деструкция альвеолярной кости межзубных перегородок.	
330	Как осуществляется подбор средств гигиены у детей?	УК-1, ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, 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.	
331	Перечислите группы здоровья по итогам диспансеризации	ПК-2

	стоматологического больного?	
	Ответ: I группа – практически здоровые; II группа – с компенсированной формой кариеса, имеющие факторы риска заболеваний твёрдых тканей зубов, пародонта и зубочелюстные аномалии; III группа – с субкомпенсированной формой кариеса; IV группа – с декомпенсированной формой кариеса, а также лица с субкомпенсированной формой этого заболевания и отягощенным анамнезом, патологией краевого пародонта, острым течением кариозного процесса.	
332	Гипертрофический гингивит у детей. Клиническая картина, клиническая картина?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-5
	Ответ: гипертрофический гингивит является формой хронического воспаления десен, с выраженными пролиферативными явлениями. При осмотре полости рта у детей с гипертрофическим гингивитом выявляет значительное разрастание десны, частично закрывающей коронки зубов; рыхлость и отечность десневых сосочков; наличие ложных десневых карманов, большое количество налета на зубах.	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой области</b>	ОПК-4, ПК-1
333	Что называется зубочелюстной аномалией?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: зубочелюстная аномалия – это врожденные и приобретенные нарушения развития ЗЧС: аномалии зубов, челюстных костей и аномалии соотношения зубных рядов.	
334	Ключ окклюзии по Энгля – это смыкание?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей.	
335	Какому классу соответствует смыкание первых моляров при физиологической окклюзии?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: смыкание первых моляров при физиологической окклюзии соответствует I классу.	
336	Щечное положение зуба –это?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: вестибулярное.	
337	Чем характеризуется аномалия числа зубов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: аномалия числа зубов выражаются в увеличенном или уменьшенном количестве. В норме молочный прикус имеет 20 зубов, постоянный — 28-32.	
338	Назовите причины аномального положения зубов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: атипичная закладка зачатков зубов; нарушение роста челюстей; сверхкомплектные зубы; макроденития; раннее удаление временных зубов; нарушение смены зубов.	
339	Полный отказ от пустышки и соски рекомендуется с возраста?	ОПК-4, ПК-1



	Ответ: 10 месяцев.	
Б1.Б.1.1.4.7	<b>Исправление зубочелюстных аномалий</b>	ПК-2, ПК-3
340	Для чего предназначен аппарат Андресена- Гойпля?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Андресена - Гойпля предназначен для нормализации окклюзии.	
341	Губные пелоты способствуют?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: росту апикального базиса челюсти.	
342	Для чего применяется аппарат Pendulum?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Pendulum применяется для дистализации моляров верхней челюсти.	
343	С какой целью применяется компактостеотомия?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: компактостеотомия применяется для ускорения ортодонтического лечения.	
344	Каким по назначению является аппарат Норда?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Норда является по назначению лечебным.	
345	Назовите основные правила проведения миогимнастики?	ПК-2, 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.	
346	Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать.	ПК-2, ПК-3
	Ответ: зубные ёршики.	

## 4.2 Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
Б1Б.1.1	<b>Стоматология общей практики</b>	УК-1-5; ОПК-1-10; ПК-1-6
Б1.Б.1.1.1	<b>Стоматология терапевтическая</b>	УК-1-5; ОПК-1-10; ПК-1-6
Б1.Б.1.1.1.1	<b>Организация стоматологической помощи населению. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Правила ведения отчетно-учетной документации врача-стоматолога</b>	УК-1-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ОПК-2, ОПК-8
1	Основными обязанностями врача терапевтического отделения являются?	УК-1-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ОПК-2, ОПК-8
	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, 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.	
3	Какие основные источники информации о заболеваемости населения вы знаете?	ПК- 4, ПК-1
	Ответ: основные источники информации о заболеваемости - это данные обращаемости в ЛПУ, по данным результатов медицинских осмотров.	
4	Что относится к медицинской документации?	УК-1, ПК-1
	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?	ОПК- 2, 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?	ОПК-8
	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?	ОПК-8
	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?	ОПК-8
	Ответ: дневники, программа обследования, программа лечения, экспертиза временной нетрудоспособности.	
9	С какой целью проводится анализ информации и данных первичной стоматологической медицинской документации?	ПК-5
	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 проводится при температуре?	ПК-1
	Ответ: 125° С – 45 мин;	
11	Лист нетрудоспособности имеет право выдать?	ПК-6
	Ответ: лечащий врач.	
12	Экспертиза нетрудоспособности представляет собой вид медицинской деятельности, целью которой является?	ПК-6
	Ответ: определение сроков и степени нетрудоспособности пациента.	
13	Что такое мотивационная сфера личности?	УК-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?	ПК-4
	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?	ПК-2
	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.	
<b>Б1.Б.1.1.1.2</b>	<b>Методы обследования</b>	<b>ПК-1</b>
16	Перечислите первичные патологические элементы поражения слизистой оболочки полости рта?	ПК-1
	Ответ: к первичным элементам поражения СОПР относятся пятно, узелок, бугорок, узел, пузырь, пузырек, волдырь гнойничок, киста.	
17	Какие виды перкуссии выделяют и для чего применяется этот вид обследования?	ПК-1
	Ответ: перкуссия – постукивание по зубу, применяется для определения состояния пародонта. Выделяют два вида перкуссии вертикальную и горизонтальную.	
18	На чем основан метод апекслокации?	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.	
19	Перечислите показания для проведения КЛКТ?	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.	
20	С какой целью применяют пробу Шиллера-Писарева?	ПК-1
	Ответ: проба применяется для оценки интенсивности воспаления десны.	
21	Ортопантомография- это?	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, ОПК-5, ПК-1</b>
22	Назовите основные методы лечения гиперплазии эмали?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1
	Ответ: методам лечения гиперплазии эмали относятся рем терапия, восстановление дефектов с помощью композиционных материалов и с помощью ортопедических конструкций.	
23	Какой вид лечения предпочтительнее применить при пятнистой форме флюороза?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

	Ответ: наиболее предпочтительнее произвести отбеливание.	
24	Перечислите степени эрозии эмали по глубине поражения?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, 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.	
25	С чем необходимо дифференцировать ушиб зуба?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1
	Ответ: ушиб зуба необходимо дифференцировать с переломом корня.	
26	Назовите виды перелома корня?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, 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-1, ОПК-2 ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7 ОПК-8, ПК-1, ПК-2</b>
27	Наиболее эффективный метод лечение кариеса в стадии пятна?	УК-1,УК-4, УК-5, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: реминерализующая терапия.	
28	С какими заболеваниями дифференцирую средний кариес?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: средний кариес дифференцируют с глубоким кариесом, клиновидным дефектом, эрозией и хроническим периодонтитом.	
29	Назовите основной принцип препарирования кариозной полости?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: основной принцип препарирования кариозной полости- это полное иссечение патологически измененных тканей и щадящее отношение к не пораженным кариесом эмалью и дентином.	
30	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать глубокий кариес?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: глубокий кариес необходимо дифференцировать от среднего кариеса, острого очагового и хронического фиброзных пульпитов.	
31	Что представляет собой гибридный слой?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: гибридный слой представляет собой слой импрегнированных полимеризованным адгезивом свободных коллагеновых волокон.	
32	Что представляет собой смазанный слой образующийся при препарировании кариозной полости?	УК-1, ОПК-4

	<p>Ответ: смазанный слой - состоит из фрагментов гидроксиапатита и срезаемых компонентов дентина, толщиной которого составляет 5-10мм и является самым слабым звеном в адгезии.</p>	
33	<p>Какие методы санитарно-просветительной работы вы знаете?</p>	<p>ОПК-1, ОПК-2 ОПК-3, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8</p>
	<p>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.</p>	
34	<p>Как в клинике рассчитать интенсивность кариеса у пациента?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: интенсивность кариеса определяется с помощью индекса КПУ: сумма всех зубов, пораженных кариесом (К), запломбированных (П) и удаленных (У) по поводу осложненного кариеса.</p>	
35	<p>При какой форме кариеса проводится диспансерное наблюдение?</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: при множественном кариесе.</p>	
36	<p>Общий принцип проведения реминерализующей терапии?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: выполняется процедура только на абсолютно чистую зубную эмаль. Если имеются показания, то проводится с обязательной профессиональной санацией полости рта. Ведется индивидуальный подбор для каждого пациента сеансов реминерализующей терапии. Проводится выбор подходящего геля. Подбирается специальная для этой процедуры мягкая каппа и вносится гель в нее. Устанавливается каппа с гелем в ротовую полость на подготовленные (высушенные воздушным методом) зубы. Воздействует гель в течение четырех минут. По завершения процедуры не рекомендуется в течение часа принимать пищу, а также полоскать ротовую полость и пить. Желательно проведение данных процедур хотя бы раз в год, а лучше – два раза.</p>	
37	<p>Препараты и растворы для проведения реминерализующей терапии?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: глюконата кальция (10-и процентного); ремодента (3-х процентного), не содержащий в своем составе фтор; подкисленный фосфат кальция (2-х и 10-и процентные растворы); фторида натрия (2-х процентный); гель (однопроцентный), содержащий</p>	

	фтор; гель (с рН 6,5-7,5 и 5,5), содержащий кальций и фосфат. А также: Диплен Ф, Фторлак.	
38	Техники(методы) препарирования твёрдых тканей зуба?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: - механическим – с применением ротационных и ручных инструментов; - химико-механическим – с использованием системы «Carisolve»; - лазерным – с использованием эрбиевого лазера; - воздушно-абразивным – за счет действия мощного фокусированного потока частиц альфа-оксида-алюминия;- пневматическим – с применением наконечника «Соникс-флекс».	
39	Этапы препарирования кариозной полости по 2 классу.	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ 1)раскрытие полости. 2) Расширение полости: 3) Некрэктомия. 4) Формирование полости 5) Финирование краев эмали.	
<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>
40	Назовите показания для проведения витальной экстирпации?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
41	Перечислите заболевания, с которыми нужно дифференцировать острый диффузный пульпит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: острый диффузный от острого очагового и обострившегося хронического пульпита, острого верхушечного и обострившегося хронического периодонтита, невралгии тройничного нерва, гайморита и луночковых болей.	
42	Какие значения ЭОД определяются при гангренозном пульпите?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: ЭОД при гангренозном пульпите понижена до 50-80 мкА.	
43	С какими заболеваниями дифференцируют хронический фиброзный пульпит?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом, хроническим гангренозным пульпитом.	
44	На какой срок накладывают мышьяковистую пасту?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: мышьяковистую пасту в однокорневых зубах накладывают на 24 часа, в многокорневых на 48 часов.	
45	Дайте определение понятию «рабочая длина корневого канала» и перечислите основные способы определения ее длины?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
46	Этапы лечение пульпита методом витальной экстирпации?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: I этап. Обезболивание. II этап. Препарирование кариозной полости. III этап. Раскрытие полости зуба. IV этап. Ампутация коронковой пульпы. V этап. Расширение устья корневого канала. VI этап. Экстирпация пульпы. VII. Остановка кровотечения (гемостаз). VIII. Инструментальная и медикаментозная обработка канала. IX. Обтурация корневого канала. X. Изолирующая прокладка, рентгенологический контроль. XI. Пломба.	
<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>
47	Перечислите методы обезболивания, которые используются при эндодонтическом лечении?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при эндодонтическом лечении используется проводниковая, инфильтрационная, внутрипульпарная и интралигаментная анестезия.	
48	Современные критерии препарирования корневого канала?	УК-1, ОПК-4, ПК-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 канала сохранение размера и местоположения апикального отверстия.	
49	Целью механической обработки корневых каналов является?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: придать наиболее оптимальную форму корневному каналу для проведения медикаментозной обработки, с последующей герметичной obturацией корневого канала.	
50	Что является первым шагом при механической обработки корневого канала?	УК-1, ОПК-4, ПК-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)	
51	Какие методы препарирования корневых каналов существуют?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: выделяют следующие методики препарирования step-back («шаг назад»), crown-down («от коронки к апексу») или представляют собой комбинирование этих техник.	
52	Дайте определение понятию «конусность»?	УК-1, ОПК-4, ПК-1



	Ответ: конусность- прирост диаметра на стандартном отрезке в процентном эквиваленте.	
53	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.	
54	Лечение хронического верхушечного периодонтита однокорневого зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: может проводится в несколько посещений. в зависимости от клинической и рентгенологической картины заболевания.	
55	Общие принципы препарирования вращающимися Ni-Ti-инструментами?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: прямолинейный доступ, тщательное определение рабочей длины, постоянная частота вращения, работа во влажном канале, соблюдать непрерывность движения инструмента в канале.	
56	Методы медикаментозной обработки корневых каналов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: производится растворами из эндодонтического шприца.	
57	Этапы метода боковой (латеральной) конденсации холодной гуттаперчи?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. припасовка центрального штифта. 2. Изоляция зуба от слюны. 3. Медикаментозная обработка. 4. Высушивание канала. 5. Введение герметика. 6. Введение в канал основного штифта. 7. Оттеснение штифта к стенке канала. 8. Введение дополнительного штифта, предварительно смазанного герметиком, в образовавшееся пространство. 9. Заполнение канала гуттаперчевыми штифтами с по вторением указанной процедуры. 10. Срезание избытка гуттаперчи у устья канала. 11. Вертикальная конденсация гуттаперчи в устье канала. 12. Пломбирование полости.	
58	Этапы инструментальной обработки корневых каналов техников "step back"?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: первый этап — прохождение корневого канала и определение рабочей длины. Второй этап — формирование апикального упора. Третий этап — инструментальная обработка апикальной трети корневого канала. Четвертый этап — формирование средней и устьевой частей корневого канала. Пятый этап — заключительное выравнивание стенок канала.	
<b>Б1.Б.1.1.1.7</b>	<b>Реставрационные технологии. Пломбировочные материалы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
59	В каких случаях нельзя использовать дентин пасту?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: для изоляции при наложении мышьяковистой пасты и для изоляции жидких лекарственных веществ.	

60	Методики наложения базовых и лайнерных изолирующих прокладок?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лайнерные прокладки кладут точечно, слоем толщиной менее 0,5 мм. Базовые прокладки кладут слоем более 1 мм на дно и стенки полости, доходя до эмалево-дентинной границы.	
61	Назовите основные группы лекарственных веществ используемых при приготовлении комбинированных лечебных паст?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.).	
62	Химический состав композитов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: 1. полимерная матрица, на основе сополимеров акриловых и эпоксидных смол. 2. Неорганический наполнитель более 50% по массе. 3. Поверхностно-активные вещества.	
63	Что входит в состав адгезивных систем?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: кондиционер, праймер, бонд.	
64	Этапы пломбирования корневых каналов системой термофил?	УК-1, ОПК-4, ПК-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, ОПК-4, ПК-1, ПК</b>
65	Группы лекарственных препаратов, применяемых для общего лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: противовоспалительные нестероидные средства, антибактериальные, противогрибковые препараты,	

	зубиотики, прибиотики, бактериофаги, иммуномодуляторы, витамины, антигистаминные, болеутоляющие, препараты кальция, препараты, стимулирующие метаболизм и процессы регенерации.	
66	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.	
67	Опишите клиническую картину пародонтита средней степени тяжести?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
68	Особенности рентгенологической картины при пародонтозе?	УК-1, ОПК-4
	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.	
69	Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: 1. метод избирательного пришлифовывания зубов. 2. Методы ортопедического исправления прикуса и положения зубов. 3. Шинирование и рациональное протезирование.	
70	Вторичная профилактика заболеваний пародонта заключается?	ПК-2
	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.	
71	Как производится оценка значений индекса РМА?	УК-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.	
72	Как проводится диспансерное наблюдение пациентов с тяжелой степенью хронического генерализованного пародонтита?	ПК-2

	Ответ: 1 раз в три месяца	
73	План лечения больному генерализованным пародонтитом средней тяжести?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лечение должно быть комплексным и включать консервативное лечение, ортопедическое, хирургическое.	
<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-2</b>
74	Клиника острой механической травмы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
75	Перечислите антидоты при химической травме слизистой оболочки полости рта щелочами?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 0,5% раствор уксусной или лимонной кислоты, 0,1% раствор соляной кислоты, 2% раствор серной кислоты.	
76	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 поскабливании. В ретромалярной области выглядит в виде "звезды". Очаги лейкоплакии напоминают "папирусную бумагу". Окружающая СОПР отражает явление хронического воспаления.	
77	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.	
78	Медикаментозное лечение при плоской форме лейкоплакии?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	

79	Профилактика лейкоплакии?	ПК-2
	Ответ: устранение раздражающих факторов (санация полости рта, исключение курения приема алкоголя), устранение профессиональных вредностей (химические, физические факторы), лечение сопутствующих заболеваний.	
80	Местная медикаментозная терапия красного плоского лишая проявляющегося в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: местная обработка поражённых участков анестезирующими растворами, растворами антисептиков (раствор хлоргексидина, тантум-верде), солкосерилом, маслом облепихи или шиповника.	
<b>Б1.Б.1.1.1.10</b>	<b>Инфекционные поражения СОПР. Классификация, клиника, диагностика, лечение</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
81	Опишите клинику острого герпетического стоматита средней степени тяжести ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: средняя форма ОГС характеризуется температурой 37,5 — 38,5°С; 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.	
82	Цель терапии вирусных поражений СОПР заключается?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
83	Чем можно проводить антисептическую обработку поражений при язвенно-некротическом стоматите Венсана?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: для антисептической обработки при язвенно-некротическом стоматите Венсана назначают препараты, обладающие антипротозойным (метронидазол, диоксидин), противомикробным (гентамицин) и протеолитическим (террилитин) действиями.	
84	Опишите клинические проявления острого псевдомембранозного кандидоза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
85	Перечислите препараты для местного этиотропного лечения кандидоза?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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 горчичника русского, 2% настойки чистотела). Антикандидозной активностью обладают бензойная кислота в виде присыпки, 3-5% р-ррезорцина, 1-2% р-р метиленового синего и бриллиантового зеленого, жидкость Каstellани, препараты иода (иодиол, раствор Люголя), цитраль.	
86	Профилактика язвенно-некротического стоматита Венсана?	ПК-2
	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, ПК-1, ПК-2, ОПК-10</b>
87	Перечислите группы препаратов, применяемых при местном лечении контактного аллергического стоматита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: обезболивающие, антисептические препараты для обработки поражений, антигистаминные препараты. При тяжелом поражении СОПР – кортикостероидные препараты в виде аппликаций, аэрозолей. Кератопластические средства.	
88	Клинические проявления контактного аллергического стоматита в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: на СОПР контактный аллергический стоматит проявляется в виде эритематозных, петехиальных и везикулярных высыпаний, на фоне гиперемированной, отежной 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.	
89	Локализация элементов поражения при многоформной экссудативной эритеме?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лицо, слизистые, разгибательная поверхность конечностей, тыльные стороны кистей и стоп, ладони, подошвы, туловище, редко волосистая часть головы. Расположение сыпи всегда симметричное.	
90	Этапы местного лечения многоформной экссудативной эритемы ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: обезболивание, антисептическая обработка, противовоспалительная терапия и эпителизирующая терапия.	
91	Профилактика многоформной экссудативной эритемы ?	ПК-2
	Ответ: санация полости рта, устранение очагов хронической инфекции.	
92	Для проведения закрытого массажа сердца взрослого человека располагать ладони на грудной клетке следует?	ОПК-10
	Ответ: на средней части грудины.	
93	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</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
94	Какое лечение патологии СОПР при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечение выявленного и диагностированного общезаболевания у гастроэнтеролога, терапевта; лечение поражений слизистой оболочки полости рта у стоматолога. 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: коррекцию индивидуальной гигиены и контроль за качеством чистки зубов; проведение профессиональной гигиены с использованием ультразвуковых приборов; выбор средств гигиены (зубные щетки, пасты, ершики, ирригаторы и т.д.); лечение кариеса, его осложнений; реставрацию зубов; удаление разрушенных зубов, корней; изготовление протезов; устранение травмирующих факторов; использование местной симптоматической терапии включает в себя: обезболивание (раствор лидокаина, взвесь анестезина в персиковом масле и др.); антисептическую обработку слизистой оболочки полости рта (хлоргексидин,</p>	

	<p>стоматофит и др.); 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.</p> <p>Препараты, нормализующие кишечную флору, ферменты (бифидумбактерин, мексаза, аби-мин и др.) должен назначать гастроэнтеролог после обследования больного. Больные с патологией желудочно-кишечного тракта должны находиться на диспансерном учете у гастроэнтеролога и стоматолога.</p>	
95	Какие основные принципы лечения поражений СОПР и языка при сердечно - сосудистых заболеваниях?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, 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 коррекция индивидуальной гигиены рта; лечение кариеса и его осложнений; изготовление протезов; пародонтологическое лечение.</p>	
96	Какими препаратами можно стимулировать слюноотделение?	УК-1, ОПК-4, ПК-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>	
97	Проявление гиповитаминоза В2 в полости рта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<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>	
98	Укажите дополнительные методы исследования при подозрении на гиповитаминозе В12?	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, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
99	Составьте схему общего лечение красного плоского лишая типичной формы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>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,</p>	



	невропатолог.	
100	Составьте план местного лечения типичной формы красного плоского лишая?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: коррекция гигиены полости рта, санация полости рта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов. Назначение ретинола масляного раствора 3,4 % - аппликации 2-3 раза в день по 15-20 минут на участки поражения.	
101	Симптом Никольского, при каких заболеваниях положителен и как определяется?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: положителен при истинной акантолитической пузырчатке, эпидермолизе и может встречаться при семейной пузырчатке, буллезном пемфигоиде, острой лихорадочной пузырчатке, токсическом некролизе Лайелла, листовидной пузырчатке. 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.	
102	Схема местного лечения пузырчатки?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
103	Как проводится лечение гиперкератотической формы красного плоского лишая?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лечение гиперкератотической формы производится с помощью хирургических методов: иссечение участка поражения или с помощью криодеструкции.	
<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</b>
104	С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика десквамативного глоссита?	УК-1, ОПК-4

	<p>Ответ: плоский лишай, типичная и экссудативно-гиперемическая формы, плоская форма лейкоплакии формы, вторичный сифилис, острый псевдомембранозный кандидоз, аллергический глоссит.</p>	
105	<p>План местного лечения при десквамативном глоссите?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>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.</p>	
106	<p>Дифференциальная диагностика Синдрома Россалимо - Мелькерсона-Розенталя?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: отек Квинке, лимфангиома, гемангиома, абсцесс губы.</p>	
107	<p>С какими заболеваниями нужно дифференцировать ромбовидный глоссит?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: десквамативный глоссит, вторичный сифилис, опухолевидные заболевания языка.</p>	
108	<p>Схема местного лечения метеорологического хейлита?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>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.</p>	
109	<p>Назовите дополнительные методы обследования при эсфолиативном хейлите?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: лазерная доплеровская флоуметрия, специальное психологическое тестирование.</p>	
110	<p>Назовите клинические формы эсфолиативного</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>

	хейлита?	
	Ответ: клинически выделяют сухую и экссудативную формы заболевания.	
111	Профилактика десквамативного глоссита ?	ПК-2
	Ответ: санация полости рта, соблюдение гигиены полости рта, лечение соматической патологии.	
112	Периодичность диспансерного наблюдения пациентов с хронической трещиной губы?	ПК-2
	Ответ: не менее 1 раза в год.	
<b>Б1.Б.1.1.1.15</b>	<b>Профессиональная гигиена полости рта. Отбеливание зубов.</b>	<b>ПК-1, ПК-2</b>
113	Назовите способы удаления зубных отложений?	ПК-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.	
114	Классификация ручных инструментов для снятия зубных отложений?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Серповидные скейлеры (scaler):- с изогнутым лезвием; - с прямым лезвием; 2. Кюреты (curette): - универсальные; - зоноспецифические ( Грейси и др). 3. Рашпили. 4. Долота. 5. Мотыги.	
115	Перечислите этапы работы ручными инструментами?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) захват инструмента; 2) расположение инструмента; 3) установка угла; 4) активация; 5) непосредственно работа.	
116	Опишите методику домашнего отбеливания зубов?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. оптимальным является изготовление индивидуальных капп. 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.	
117	Как заполняются карты на больных, которые находятся на диспансерном наблюдении по разным заболеваниям?	ПК-2
	Ответ: заполняются отдельные контрольные карты.	
118	Профилактика заболеваний пародонта у беременных женщин включает?	ПК-2
	Ответ: профессиональную гигиену полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.1.16</b>	<b>Диспансеризация стоматологических больных.</b>	<b>ПК-2</b>
119	С какой формой кариеса пациенты подлежат диспансерному наблюдению?	ПК-2

	Ответ: с множественным кариесом.	
120	Диспансерному наблюдению у хирурга- стоматолога подлежат больные?	ПК-2
	Ответ: слюннокаменной 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.	
121	Этапы проведения диспансеризации?	ПК-2
	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».	
122	Кратность плановых осмотров стоматологом детей дошкольного и школьного возраста?	ПК-2
	Ответ: 2 раза в год.	
123	Контрольная карта диспансерного наблюдения больного» (ф. №030/у) при проведении диспансеризации населения является документом?	ПК-2
	Ответ: учётным.	
<b>Б1.Б.1.1.1.17</b>	<b>Физиотерапия стоматологических заболеваний</b>	<b>ПК-3</b>
124	Показания к применению инфракрасного излучения ?	ПК-3
	Ответ: инфракрасное излучение показано при: хронических воспалительных процессах челюстно-лицевой области; для ускорения нагноения; посттравматическом периоде; ожоге; отморожении.	
125	Назовите аппараты воспроизводящие инфракрасное облучение?	ПК-3
	Ответ: большое распространение в стоматологии получила лампа «Соллюкс» настольная (ЛСН-1, ОСН-70), могут применяться портативные — ЛСН-4 и стационарные — ЛСС-6.	
126	Показания к применению УФ - лучей?	ПК-3
	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.	
127	Противопоказания к использованию УФ- лучей?	ПК-3
	Ответ: злокачественные новообразования; заболевания крови; красная волчанка; недостаточность сердечно-	

	сосудистой системы; эндокринопатии; активный туберкулез легких.	
128	Перечислите показания для использования ультразвука?	ПК-3
	Ответ: 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).	
129	Какие аппараты применяются для ультразвуковой терапии?	ПК-3
	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; 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>
<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, ПК-5</b>
130	На что следует обратить внимание при внешнем осмотре лица пациента на ортопедическом приёме?	УК-1, ПК-5
	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.	
131	Стоматолог-ортопед при осмотре каждого конкретного зуба должен оценить следующее?	УК-1, ПК-5
	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.	
132	На что следует обратить внимание при обследовании беззубой альвеолярной части?	УК-1, ПК-5
	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.	
133	Как и для чего проводится пальпация ВНЧС?	УК-1, ПК-5
	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 удается отметить щелканье, хруст, их сочетание и синхронность с различными фазами открывания рта.	
134	Методика проведения гнатодинамографии?	УК-1, ПК-5
	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.	
135	Методика функциональной жевательной пробы по С.Е. Гельману?	УК-1, ПК-5
	Ответ: по методике Гельмана жевательную эффективность определяют по времени, а именно 50 сек дают больному для жевания 5 ядер миндаля. После 50 сек он выплевывает пережеванный миндаль в приготовленную чашку, полощет рот кипяченой водой. В ту же чашку добавляют 8-10 капель 5% раствора сулимы и процеживают через марлевые салфетки. Остатки миндаля на салфетках помещают на водяную баню для просушки, после чего высушенные частицы снимают с салфетки и просеивают через сито. При наличии остатка в сите его взвешивают и с помощью пропорции определяют процент нарушения эффективности жевания, т.е. определения остатка до всей массы жевательной пробы.	
136	Техника жевательной пробы по Рубинову?	УК-1, ПК-5
	Ответ: испытуемому дают 0,8 г лесного ореха и просят его разжевывать до появления рефлекса глотания. Как только у испытуемого появится желание проглотить разжеванный орех, ему предлагают сплюнуть содержимое полости рта в почковидный тазик. Дальнейшую обработку проводят так, как при пробе Гельмана. Время жевания ореха отсчитывают по секундомеру. В результате функциональной пробы получают два показателя: процент разжеванной пищи (жевательная способность) и время разжевывания.	
<b>Б1.Б.1.1.2.2</b>	<b>Диагноз и его составные части.</b>	<b>УК-1,</b>

		<b>УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
137	Что необходимо выделить при оформлении диагноза?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1) основное заболевание зубочелюстной системы; 2)осложнение основного заболевания; 3) сопутствующие заболевания.	
138	Сформулируйте пример диагноза при частичной вторичной адентии?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: вторичная частичная адентия на верхней челюсти, IVкласс, первый подкласс по Кенеди. Эстетический и фонетический недостаток.	
139	Что необходимо отразить в истории болезни, в графе «диагноз»?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
140	Что необходимо отразить в истории болезни ортопедического больного?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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.	
141	Кто из лиц находящихся на ортопедическом лечении подлежит диспансерному наблюдения?	ПК-2
	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.	
142	Что включают в план ортопедического лечения?	УК-1, УК-2 УК-3 ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, 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.	
<b>Б1.Б.1.1.2.3</b>	<b>Подготовка зубов, альвеолярных отростков к ортопедическому лечению</b>	<b>УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3</b>
143	Тактика по отношению к зубам с патологической подвижностью III – IV степени у пациентов с большим пародонтом?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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.	
144	Тактика по отношению к зубам с патологической подвижностью I и II степени у пациентов с большим пародонтом?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ПК-3
	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.	
145	Тактика по отношению к зубам с патологической	УК-4,



	подвижностью II и III степени у пациентов с наличием хронических очагов воспаления?	ОПК-1, ОПК-2, ПК-3
	Ответ: зубы с патологической подвижностью II и III степени и наличием околоверхушечных хронических очагов воспаления, даже если каналы корней хорошо заполнены пломбирочным материалом, подлежат удалению.	
146	Назовите методы для исправления формы альвеолярного отростка?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-3
	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.	
147	Чем определяется тактика врача при удалении одиночно стоящих зубов на верхней и нижней челюстях?	УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ПК-3
	Ответ: вопрос о сохранении одиночно стоящих зубов определяется индивидуально и зависит от клинической картины в полости рта.	
148	Тактика врача стоматолога ортопеда при врожденных дефектах твердого и мягкого неба?	УК-4, УК-5, ПК-3
	Ответ: изготовление obturatora.	
<b>Б1.Б.1.1.2.4</b>	<b>Замещение дефектов коронки зуба. Вкладки и штифтовые конструкции.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
149	Этапы изготовления штифтового зуба по Ричмонду?	УК-1, ОПК-4
	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.	
150	Этапы изготовления штифтового зуба по Копейкину В. Н.?	УК-1, ОПК-4
	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); б) 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.	
151	Последовательность клинико-лабораторных этапов при моделировании литой культевой штифтовой вкладки прямым способом?	УК-1, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-5
	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.	
152	Клинические этапы изготовления металлической штампованной коронки?	УК-1, ОПК-4
	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.	
153	Лабораторные этапы изготовления металлической штампованной коронки?	УК-1, ОПК-4
	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.	
154	Какие полости по классификации полостей коронок зубов (по Г.Блэку) относятся к четвертому классу?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: по классификации Г. Блэка, к четвертому классу относятся полости располагающиеся на проксимальных поверхностях и углах передних зубов	
155	Проводить семинары и читать лекции в рамках санитарно-просветительской работы с населением?	ПК-5
	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.	
156	Методы ортопедического лечения патологической стираемости?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: при патологической стертости зубов I степени могут быть использованы вкладки, пломбы (в основном на передних зубах), искусственные коронки; II степени - вкладки, искусственные коронки, бюгельные протезы с окклюзионными накладками; III степени - культевые коронки, штампованные колпачки с окклюзионными напайками.	
157	Этапы изготовления культевых вкладок прямым	УК-1,

	методом?	ОПК-4
	<p>Ответ: 1-й клинический Формируют полость, зуб изолируют от слюны. Подогретую палочку воска вдавливают в полость, срезают лишний воск и просят пациента сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии, а затем воспроизвести жевательные движения. При этом лишний воск удаляется зубами антагонистами, а поверхность вкладки приобретает форму, характерную для функциональной окклюзии. Моделируют восстанавливая анатомическую форму разрушенной части зуба. Когда восковая модель будет готова, ее извлекают из полости. 1-й лабораторный Зубной техник гипсует восковую репродукцию в кювету, удаляет воск, заменяет воск на пластмассу и полимеризует. 2-й клинический Врач припасовывает вкладку в полости рта, шлифует ее и полирует.</p>	
158	Этапы изготовления культовых вкладок косвенным методом?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: 1-й клинический Подготовленную в зубе полость заполняют воском и предлагают пациенту сомкнуть зубы в центральной окклюзии для получения отпечатка антагонистов. Затем получают гипсовый слепок вместе с вкладкой. 2-й клинический Таким образом, восковая репродукция остается в слепке, а затем на модели. Зубной техник окончательно моделирует контуры вкладки и по обычной методике воск заменяется на избранный материал.</p>	
159	Этапы изготовления винира/коронки с помощью автономной технологии CEREC.	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: 1)одонтопрепарирование: зуб готовится обычным способом к установке вкладки или коронки. Удаляют все пораженные твердые ткани зуба, при необходимости депульпируют; 2) сканирование: на высушенные зубы наносится специальная контрастная пудра или спрей. Камера устройства делает множество снимков зуба и челюстей, на основании которых будет создан оптический слепок. 3) моделирование: при помощи программного обеспечения стоматолог формирует модель керамического микропротеза, исходя из индивидуальной морфологии зуба пациента. 4) фрезерование: выполняется при помощи фрезерно-шлифовального станка CEREC. В аппарат помещается заготовка нужного цвета и размера, на основании полученной модели аппарат вытачивает протез. 5) синтеризация (для диоксида циркония) и глазурирование, 6) установка при помощи адгезивных фиксирующих материалов.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.5</b>	<b>Протезирование при частичной потере зубов.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
160	Что включает в себя каждый из клинических этапов	УК-1,

	изготовления и установки штамповано-паяных мостовидных протезов?	ОПК-4, ПК-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.	
161	Что включает в себя каждый из лабораторных этапов изготовления и установки штамповано-паяных мостовидных протезов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
162	Какие манипуляции должны быть произведены перед тем как приступить к непосредственному протезированию?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
163	Клинические приёмы при протезировании частичными съёмными протезами?	УК-1, ОПК-4, 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.	
164	Каким образом производится уход за съёмными протезами?	УК-1
	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.	
165	Клинические манипуляции, проводимые для изготовления металлокерамических протезов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1,

		ПК-2
	<p>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.</p>	
166	Клинические этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1. обследование больного , составление плана лечения. При необходимости - изготовление и фиксация несъемной части: вкладок , искусственных коронок , мостовидных протезов. 2. снятие полных анатомических оттисков - основного и вспомогательного, определение границ протеза. 3. определение и фиксация центрального соотношения челюстей , определение цвета , формы , материала искусственных зубов , выбор фиксирующих элементов. 4. проверка постановки искусственных зубов на восковой базисе , проверка размещения фиксирующих элементов. 5. примерка , фиксация , коррекция частичного съемного пластиночного протеза. Советы , рекомендации по уходу за протезом.</p>	
167	Методы фиксации бюгельных протезов.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: кламмерная фиксация, с помощью телескопических систем, замковых креплений.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.2.6</b>	<b>Протезирование при полной потере зубов.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
168	Перечислите этапы получения анатомических слепков?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>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.</p>	
169	Какие методы фиксации съемных протезом наиболее распространены?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: широкое распространение получил физико-биологический метод достижения фиксации. Сущность его заключается в том, что протезы фиксируются за счет адгезии и функционального присасывания.</p>	
170	Клинические этапы изготовления полных съемных пластиночных протезов ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2

	<p>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.</p>	
171	<p>Лабораторные этапы изготовления полных съемных пластиночных протезов?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<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>	
172	<p>Назовите способы постановки искусственных зубов?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<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>	<p><b>Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Артрозы. Особенности ортопедического лечения.</b></p>	<p><b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b></p>
173	<p>Лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<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>	
174	<p>Методика вправления заднего вывиха нижней челюсти?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<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</p>	

	помощью подбородочной пращи в течение 2 -3 недель, а также прием мягкой и протертой пищи.	
175	Консервативные методы лечения вывихов нижней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
176	Классический способ вправления двустороннего переднего вывиха нижней челюсти по Гиппократу?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
177	Какие аппаратные методы Вы применили бы для диагностики дисфункции ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
178	Техника непосредственного (первичного) протезирования?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
179	Методика избирательного шлифования зубов при заболеваниях тканей пародонта?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
180	Показания к применению непосредственного протезирования?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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.	
181	Методика нанесения экстракоронковой полимерной шины?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
182	Несъемные и съемные конструкции, применяющиеся для постоянного шинирования пациентов с патологией пародонта	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: несъемные-колпачковые шины, интрадентальные парапульпарные и штифтовые шины, спаянные полукоронки, экваторные или полные коронки, балочные шины, вкладочные шины в сочетании с экваторными коронками (по Оксману). Съемные-шина с многозвеньевым кламмером; шина с литой металлической каппой 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-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3</b>
<b>Б1.Б.1.1.3.1</b>	<b>Местное обезболивание (анестетики, виды анестезий, техника проведения, показания,</b>	<b>УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-</b>



	<b>противопоказания).</b>	<b>10; ПК-1; ПК-2; ПК-3</b>
183	Перечислите основные виды местного обезболивания?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3
	Ответ: инфильтрационный; интралигаментарный; стволовой; внутрикостный; аппликационный.	
184	Методика проведения туберальной анестезии?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; 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.	
185	Методика проведения торусальной анестезии?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; 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.	
186	Назовите препараты для аппликационной анестезии?	УК-1; ОПК-4
	Ответ: дикаин, совкаин, тримекаин, пиромекаин, лидокаин, тетракаин.	
187	Назовите ориентиры подглазничного отверстия?	УК-1; ОПК-4; ОПК-5
	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.	
188	Оказание неотложной помощи при коллапсе?	ОПК-10
	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.	
<b>Б1.Б.1.1.3.2</b>	<b>Операции удаления зуба.</b>	<b>ОПК-5; ОПК-10</b>
189	Перечислите этапы удаления зуба?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	
190	Методика удаления верхних резцов?	ОПК-5; ОПК-10
	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.	
191	Методика удаления нижнего клыка?	ОПК-5; ОПК-10
	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 кнаружи.	
192	Назовите щипцы для удаления верхних зубов?	ОПК-5; ОПК-10
	<p>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 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. 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>	
193	Перечислите щипцы для удаления нижних зубов?	ОПК-5; ОПК-10
	<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>	
194	Положение пациента и врача при удалении различных групп зубов на нижней челюсти?	ОПК-5; ОПК-10
	<p>Ответ: удаляя нижние зубы кресло опускают как можно ниже. Спинка кресла и подголовник перемещаются так, чтобы туловище больного и его голова находились в вертикальном положении или голова наклоняется несколько кпереди. Нижняя челюсть располагается на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. При высоком росте больного и малом росте врача спинку кресла следует откинуть кзади и расположить больного в полусидячем положении. С помощью подголовника голову больного приподнимают до вертикального положения. Удаляя нижние правые большие и малые коренные зубы, врач находится справа и несколько кзади от больного. При удалении нижних</p>	

	<p>фронтальных зубов положение врача изменяется - он стоит справа и несколько впереди от больного.</p> <p>Удаляя нижние левые большие и малые коренные зубы врач располагается слева и несколько впереди от больного.</p>	
195	<p>Положение пациента и врача при удалении различных групп зубов на верхней челюсти?</p>	ОПК-5; ОПК-10
	<p>Ответ: при удалении верхних зубов больной сидит в стоматологическом кресле с несколько откинутой спинкой и подголовником. Кресло поднимают на такую высоту, чтобы удаляемый зуб находился приблизительно на уровне плечевого сустава врача. Врач находится справа и спереди от больного.</p>	
<b>Б1.Б.1.1.3.3</b>	<p><b>Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.</b></p>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
196	<p>Что относится к дополнительным методам обследования с при гнойным периоститом?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<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), 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. И 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>	
197	<p>Как проводится лечение гнойного периостита?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<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 распавшийся канал и создать условия для оттока, а в других - удалить зуб, являющийся источником инфекции.</p>	
198	<p>Назовите принципы лечение острого остеомиелита?</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: терапия при острой стадии остеомиелита челюсти должна быть комплексной, проводится в стоматологическом стационаре. Она состоит из оперативного вмешательства - первичной обработки</p>	

	гнойных очагов в надкостнице, кости, прилежащих к ней мягких тканях и противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей, симптоматической терапии.	
199	Перечислите осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
200	Требования к оперативному доступу при вскрытии гнойного очага?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
201	Правила проведения типичных разрезов на лице?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: вначале рассекают кожу или слизистую оболочку, а затем фасциальные образования над 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).	
<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-10, ПК-1, ПК-2</b>
202	Какую операцию проводят при полном вывихе зуба?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: операцию ремплантации.	
203	Назовите виды иммобилизации при переломах челюстей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: иммобилизация отломков челюстей может быть временной (транспортной) и постоянной (лечебной).	
204	Хирургический способ лечения переломов верхней челюсти?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
205	Перечислите показания к остеосинтезу?	УК-1, ОПК-4
	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.	
206	Какие виды остеосинтеза выделяют?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: открытый очаговый: открытый шов, установка на костных мини-пластин их металла, использование быстротвердеющих пластмасс, клей остеопласт, металлические скобы с заданными физическими свойствами; закрытый очаговый остеосинтез: спицы Киршнера, методика окружающего шва; внеочаговый остеосинтез.	
207	Противопоказания к проведению остеосинтезу?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	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, установка наличия неправильного расположения ветви и тела челюсти, мышечный отросток при этом должен быть сохранен, необходимость выполнения реконструктивных операций или остеопластики.	
208	Первая помощь перелома зуба в пределах эмали?	ОПК-10
	Ответ: неотложная помощь ограничивается шлифованием острых краев и проведением исследования по определению жизнеспособности	

	пульпы. Косметическое восстановление коронки зуба проводят через 3—4 нед. За этот период точно определяется состояние пульпы зуба, что позволяет окончательно решить вопрос о характере вмешательства.	
209	Первая помощь при ушибе зуба?	ОПК-10
	Ответ: лечебная помощь состоит в выведении зуба из окклюзии, а также проведении контроля за жизнеспособностью пульпы в течение до года. При некрозе пульпы канал препарируют и пломбируют.	
210	Первая помощь при переломе корня зуба?	ОПК-10
	Ответ: если перелом корня не сообщается с полостью рта, а пульпа остается жизнеспособной, то предпринимают попытку добиться сращения корня без удаления пульпы. Для этого производят репозицию зуба и иммобилизацию (шинирование). Если перелом корня сообщается с полостью рта или налицо значительное смещение зуба, сопровождаемое некрозом пульпы, то необходимо эндодонтическое лечение.	
211	Методика наложения шины Тигерштедта?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: подкожно ввести 0,5 мл 0,1 % раствора атропина для удобства работы в связи с уменьшением саливации; выполнить местное обезболивание, лучше проводниковое; начинать изгибание шины с левой стороны челюсти больного (для левшей — с правой); некоторые авторы рекомендуют начинать изгибание шины со стороны перелома; шину изгибать пальцами левой руки, удерживая проволоку в правой руке крампонными щипцами (для левшей — наоборот); крампонные щипцы располагать на границе проволоки (заготовки) и изогнутого участка шины, предохраняя его от деформации; после примерки шины к зубам изгибать ее только вне полости рта; изготовленная шина должна обязательно прилегать к каждому зубу хотя бы в одной точке и располагаться между десневым краем и экватором зуба; шину зафиксировать к каждому включенному в нее зубу лигатурной проволокой; закручивать лигатурную проволоку только в направлении движения часовой стрелки (так договорились все врачи).	
<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</b>
212	Лечение острого сialоденита?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при серозном воспалении лечебные мероприятия направлены на прекращение воспалительных явлений и	

	<p>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>	
213	<p>Методы диагностики заболеваний слюнных желез?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: зондирование протоков слюнных желез; обзорная рентгенография слюнных желез; сиалометрия; цитологическое исследование секрета слюнных желез; сиалография.</p>	
214	<p>Профилактические мероприятия при хроническом сиалодените?</p>	<p>ПК-2</p>
	<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>	
215	<p>Дифференциальная диагностика слюнно-каменной болезни?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: слюнно-каменную болезнь дифференцируют от хронического сиалоденита некалькулезного происхождения, сиалоденита, вызванного внедрением в проток железы инородного тела, лимфаденита, одонтогенного абсцесса челюстно-язычного желобка, опухоли слюнной железы, флегмоны поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей.</p>	
216	<p>Лечение слюнно-каменной болезни?</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: 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</p>	



	<p>область железы. 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 гнояника и удаление камня. В хронической фазе слюннокаменной болезни показано удаление камня из протока или железы.</p>	
217	Перечислите методы диагностики заболеваний ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: методы диагностики заболеваний ВНЧС можно разделить на группы: рентгенологические (обзорная рентгенография височного сустава, томография, МРТ, КТ); графические (запись динамических движений челюсти; миографию (механографию, электромиографию); артрографию; реографию; Функциональные (аксиография, функциография, электромиография, фоноартрография).</p>	
218	Схема лечение острого артрита ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-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 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>	
219	Диагностика артроза ВНЧС?	УК-1, ОПК-4
	<p>Ответ: визуальный осмотр и сбор анамнеза; рентгенологическое обследование; компьютерную томографию; артрография и ортопантомография челюсти; электромиография.</p>	
220	План лечение артроза ВНЧС?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: на этапе стоматологического лечения устраняются факторы, приводящие к перегрузке элементов сустава (дефекты зубных рядов, нарушения окклюзии, нарушения прикуса) может быть показано избирательное шлифование зубов, замена пломб, изготовление и установка искусственных коронок, мостовидных или съемных зубных протезов, ношение съемных ортодонтических аппаратов, капп, брекетов и т. П.)</p>	

	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.	
221	Назовите виды сведения челюстей?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: различают три вида сведения челюстей: тризм, рубцовая контрактура, анкилоз.	
222	Операция удаления слюнного камня из протока околоушной железы?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при расположении камня в подслизистом или щёчном отделах околоушного протока делают внутриротовой разрез слизистой оболочки щеки длиной до 3 см по линии смыкания зубов (на уровне устья протока и сразу же за ним). После инфильтрационной анестезии разрезают только слизистую оболочку щеки. Проток выделяют тупым путем. При обнаружении камня, находящегося в протоке, делают продольный разрез стенки протока и камень удаляют пинцетом или хирургической ложкой, стенку протока зашивают с помощью атравматичной иглы нейлоновой нитью или кетгутом. Перед наложением швов через устье в проток вводится полиэтиленовый катетер соответствующего диаметра. То есть зашивают стенку протока на катетере. Через слизистую оболочку щели кетгутом накладывают узловые швы. Катетер оставляют в протоке до 6-7 дней, прикрепив его швом к слизистой оболочке щеки.	
<b>Б1.Б.1.1.3.6</b>	<b>Современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта.</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
223	Этапы гингивэктомии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Проведение местной анестезии. Измерение глубины десневых карманов, наметка точек линий 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.	
224	Показания к проведению гингивотомии?	УК-1,

		ОПК-4
	Ответ: периодонтальные рецидивирующие абсцессы; фиброматоз десен; пародонтит с выделением гноя при средней и тяжелой степени воспалительного процесса; узкие карманы, которые сложно просматриваются.	
225	Техника проведения френулотомии?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
226	Техника проведения френулоэктомии?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: после антисептической обработки и анестезии вертикально оттягивают губу, на середину уздечки накладывают зажим, и ассистент удерживает его таким образом, чтобы хирург при помощи ножниц мог сделать два сходящихся разреза по обе стороны зажима. Края образовавшейся раны по всему периметру отслаиваются на 1-3 мм для удобства стягивания краев и наложения швов (сначала - рядом с зубами, а затем через 3-4 мм - в сторону губы).	
227	Как проводится вестибулопластика по Кларку?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
228	В чем заключается метод «открытого» кюретажа?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
229	Перечислите этапы лоскутной операции?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
230	Чем определяется успех хирургического лечения заболеваний пародонта?	УК-1, ОПК-4, ПК-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, ОПК-4, ПК-1, ПК-2</b>
231	Консервативное лечение невралгии тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-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).	
232	Дополнительные методы исследования при нейрогенных заболеваниях?	УК-1, ОПК-4
	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.	
233	Лечение неврита ветвей тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-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.	
234	Диагностика неврита тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: электронейрография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; электромиография; анализ крови на наличие вируса и состояние иммунитета; рентгеновский снимок зубов; панорамный снимок челюстей.	
235	Какие группы препаратов назначают при невритах тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: обезболивающие; противосудорожные; противовоспалительные; биостимуляторы; витамины (в частности, группы В).	
236	Инструментальные исследования для диагностика невралгии тройничного нерва?	УК-1, ОПК-4, 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; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7;</b>

		ОПК-8; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3 ПК-4; ПК-5; ПК-6
Б1.Б.1.1.4.1	<b>Анатомо-физиологические особенности строения зубочелюстной системы детей. Эндо- и экзогенная профилактика заболеваний зубов в детском возрасте.</b>	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
237	Назовите сроки прорезывания молочных зубов ?	УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1
	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.	
238	Какие средства используют для герметизации фиссур?	ОПК-4, ПК-1
	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) Самоотвердеющие — 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%.	
239	Назовите оптимальные сроки герметизации для первых постоянных моляров?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: герметизацию фиссур первых постоянных моляров проводят в возрасте от 6 до 7 лет.	
240	Какая кратность полоскания 0,05 % раствора фторида?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ : 1 раз в день.	
241	Опишите методику проведения рем-терапии по Боровскому - Волкову?	ОПК-4, ПК-1
	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 брушит, которая является источником ионов фосфора и кальция.	
242	Как изменяется проницаемость эмали с увеличением возраста ребенка?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: проницаемость эмали уменьшается.	
243	Сроки проведения герметизации фиссур?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: дети от 2,5 до 3 лет: когда появляются 4 и 5 молочные зубы. От 5 до 6 лет, когда прорезываются постоянные премоляры. От 11 до 13 лет, когда вылезают постоянные моляры.	
244	Этапы инвазивной методики герметизации фиссуры?	ПК-2
	Ответ: 1) очистка окклюзионной поверхности зуба, стенок и дна фиссуры. 2) Раскрытие фиссуры. Расширение входа в фиссуру при помощи алмазного бора игловидной формы для визуального осмотра. Если оказывается, что кариес ограничен зоной эмали, то основание полости и вся фиссура протравливается в течение 30 секунд. Зуб промывается водой в течение 30 секунд и сушится. При неудовлетворительных результатах травления или попадания слюны процедуру повторить. В полости размещается подходящий композит для боковых зубов, создается контур, происходит светополимеризация в течение 60 секунд. Композитная пломба и вся фиссура покрываются герметиком. Проверка окклюзии, корректировка. Фторопрепарат.	
<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-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
245	Особенности применения фтор-лаков в качестве профилактики возникновения кариеса молочных зубов?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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. 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.	
246	Особенности проведения реминерализующей терапии?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	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	
247	Применение лечебных прокладок при лечении кариеса?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечебная прокладка применяется для купирования воспаления, предотвращение его развития, стимуляция восстановительных процессов.</p> <p>Требования: - противовоспалительный и одонтотропный; - высокая адгезия с временной и постоянной пломбой, изолирующей прокладкой, - инертность к пульпе (не раздражать), - сходные свойства с постоянными пломбами (одинаковая усадка, устойчивость к температурам, внешней среде). Выделяют: на основе гидроокиси кальция, цинк - эвгенольные цементы, комбинированные средства</p>	
248	Какой пломбирочный материал преимущественно использовать при лечении кариеса молочных зубов?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: предпочтительнее использовать стеклоиономерные цементы.</p>	
249	Профилактика развития у детей кариеса ?	ПК-2
	<p>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.</p>	
250	Особенности лечения флюороза в зависимости от степени тяжести?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>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).</p>	
251	Как проводится лечение гиперплазии эмали?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: лечению подлежат лишь пришеечные образования по эстетическим соображениям или мешающие нормальной окклюзии зубов. Проводится их сошлифовывание с последующей ремтерапией.</p>	
252	Назовите меры профилактики при гипоплазии?	ПК-2
	<p>Ответ: 1. забота о здоровье беременной женщины, а</p>	



	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.	
253	Местная и общая терапия при клиновидных дефектах?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>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.</p>	
254	Проведите дифференциальную диагностику клиновидного дефекта?	УК-4, ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ: дифференциальная диагностика клиновидного дефекта проводится с поверхностным, средним и глубоким кариесом, эрозией, некрозом эмали, эрозивной формой флюороза.</p>	
255	Перечислите препараты для реминерализации эмали?	УК-4, ОПК-4
	<p>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.).</p>	
256	В каких случаях для пломбирования постоянных зубов применяются СИЦ и компомеры?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: у детей с высокой активностью кариозного процесса, несформированными корнями зубов,</p>	

	недостаточной минерализацией твердых тканей зубов.	
257	Особенности техники применения светоотверждаемых композитных материалов у детей?	УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: 1 этап - гигиеническая обработка зубов. 2 этап - подбор цвета реставрационного материала. 3 этап - подготовка зуба к реставрации. 4 этап - изоляция зуба от слюны. 5 этап - выбор и наложение матриц. 6 этап - медикаментозная обработка кариозной полости. 7 этап - высушивание. 8 этап - наложение лечебных и изолирующих прокладок. 9 этап - травление эмали. 10 этап - нейтрализация кислоты. 11 этап - аппликация адгезивов. 12 этап - аппликация пломбирочного материала. 13 этап - полимеризация материала. 14 этап - отделка и полировка. 15 этап - обработка фторсодержащими веществами.</p>	
258	Индексная оценка кариеса зубов у детей (распространённость, интенсивность кариеса, прирост интенсивности). Определение?	ОПК-7, ПК-5
	<p>Ответ: распространённость кариеса зубов - это отношение количества лиц, имеющих хотя бы один из признаков проявления кариеса зубов (кариозные, пломбированные или удаленные зубы), к общему количеству обследованных, выраженное в процентах.</p> <p>Интенсивность кариеса зубов - это сумма клинических признаков кариозного поражения (кариозные, пломбированные и удаленные зубы), рассчитанная индивидуально для одного пациента или группы обследованных.</p> <p>Прирост интенсивности кариеса, определяется как среднее количество зубов, в которых появились новые кариозные полости за определенный срок (6 мес., 12 мес., 24 мес.), в расчете на одного человека, имеющего кариес.</p>	
259	Определение индекса гингивита у детей (РМА)?	ОПК-7, ПК-5
	<p>Ответ: оценка индекса РМА проводится по следующим кодам и критериям:</p> <p>0 — отсутствие воспаления;</p> <p>1 — воспаление только десневого сосочка (Р);</p> <p>2 — воспаление маргинальной десны (М);</p> <p>3 — воспаление альвеолярной десны (А).</p> <p>Индекс РМА рассчитывают по формуле:</p> $\text{РМА} = \frac{\text{сумма баллов}}{3 \times \text{число зубов}} \times 100\%$ <p>Количество зубов (при сохранении целостности зубных рядов) учитывается в зависимости от возраста:</p> <p>6 – 11 лет - 24 зуба, 12 – 14 лет - 28 зубов, 15 лет и старше - 30 зубов.</p> <p>Оценочные критерии индекса РМА:</p> <p>30% и менее — легкая степень тяжести гингивита;</p>	

	31—60 % — средняя степень тяжести; 61% и выше— тяжелая степень.	
<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>ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
260	Метод проведения пульпотомии в постоянных зубах у детей?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-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.	
261	В чем заключается профилактика возникновения пульпита?	ПК-2
	Ответ: в своевременном и качественном лечении кариеса зубов и санации очагов хронической инфекции в организме, предупреждении воздействия на зубы травмирующих факторов.	
262	Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями?	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.	
263	Механизм действия препаратов, содержащих гидроокись кальция?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-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 микроканальцы дентина корня.	
264	Постоянное пломбирование корневых каналов показано?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при завершении апексогенеза; появлении рентгенологических и клинических признаков апексификации; формировании апексального барьера с использованием препаратов на основе МТА.	
265	Клинические проявления острого периодонтита у детей?	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.	
266	Чем определяется выбор тактики при лечении периодонтитов у детей?	ОПК-4, ПК-1
	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.	
267	Материалы для пломбирования каналов постоянных зубов сформированными корнями?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: оксида эвгенола и цинка; полимеров и смол (силикон, композитные составы, эпоксидные смолы); соединений кальция (гидроксиапатита, гидроксида кальция); стеклоиономеров (цементы), гуттаперчевые штифты.	
268	Материалы для obturation каналов временных зубов?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: цинкооксидэвгенольной, йодоформные, на основе гидроксида кальция.	
269	Методика апексофикации с применением МТА?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: проводится в одно посещение.	
270	Техника витальной ампутации при лечении пульпита постоянных зубов у детей с сформированными корнями?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: техника выполнения: 1. Предварительная рентгенография 2. Обезболивание 3. Изоляция зуба с помощью коффердама 4. Препарирование кариозной полости 5. Раскрытие полости зуба. 6. Ампутация коронковой пульпы. 7. Гемостаз осуществляется стерильным ватным шариком. 8. Высушивание полости с помощью стерильных ватных шариков. 9. На устья каналов накладывают кальций гидроксидсодержащую пасту для прямого покрытия, цинк эвгенолевую пасту или цинк оксидэвгенольный цемент. 10. Реставрация коронки зуба.	
271	Первой помощи детям при острой форме пульпита?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: после обнаружения «причинного» зуба необходимо маленькой кюретажной ложкой, экскаватором или другим инструментом попытаться освободить, насколько это возможно, кариозную полость от остатков пищи. В качестве обезболивающего средства можно ввести в кариозную полость тампон, смоченный в растворе любого	

	анестетика. Поскольку эти мероприятия носят паллиативный характер, следует предупреждать больных о необходимости до возобновления болей обратиться к стоматологу.	
272	Особенности лечения периодонтита однокорневых и многокорневых постоянных зубов с несформированными корнями?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: лечение проводят в несколько посещений с применением методов апексофикации.	
<b>Б1.Б.1.1.4.4</b>	<b>Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей</b>	<b>УК-1, ОПК-4,ОПК-6, ПК-1, ПК-2</b>
273	Какими антисептическими средствами проводят обработку при заболеваниях СОПР?	УК-1, ОПК-4, ПК-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 этакридина, раствор фурацилина (1:5000), 1% раствор йодиола, 2—4% растворы борной кислоты.	
274	Назовите возраст, в котором наиболее часто встречается острый герпетический стоматит?	УК-1, ОПК-4
	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.	
275	Опишите характерную клиническую картину в полости рта при скарлатине?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: постоянным симптомом скарлатины является ангина, для нее типична яркая гиперемия ротоглотки (миндалин, язычка, дужек) – «пылающий зев» с мелкоточечной 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.	
276	Клиническая картина в полости рта при термических поражениях ?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
277	Проведите дифференциальную диагностику хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС)?	УК-1, ОПК-4

	Ответ: дифференциальную диагностику проводят с травматической эрозией, вторичным сифилисом, герпетическим стоматитом, многоформной экссудативной эритемой.	
278	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.	
279	Особенности клинического течения заболеваний языка у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	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.	
280	Препараты применяемые при лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: противогрибковые препараты: клотримазол (1% раствор); кандид в виде раствора; канестен; нистатин; леворин; 2,5% раствор Пимафуцина; анестетические препараты: холисал, дентинокс, ангинофит; анилиновые красители: генциановый фиолетовый; метиленовый синий (синька); раствор фукорцина; бриллиантовый зелёный.	
281	Тактика врача при острой механической травме слизистой оболочки полости рта у детей?	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: исключить черепно-мозговую травму, а при подозрении – консультация невролога, первичная хирургическая обработка раны, при загрязнении раны - профилактика столбняка, орошение полости рта растворами антисептиков, аппликация средств, способствующих эпителизации, симптоматическая и противовоспалительная терапия по показаниям, соблюдение гигиены полости рта.	
<b>Б1.Б.1.1.4.5</b>	<b>Заболевания пародонта в детском возрасте. Лечение, профилактика, диспансеризация.</b>	<b>УК-1, ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6 ,ПК-1, ПК-2, ПК-5</b>
282	Индексная оценка состояния тканей пародонта?	УК-1, ОПК-4,ОПК-5, ОПК-6 ,ПК-1, ПК-5

	<p>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.</p>	
283	<p>Клинические проявления гингивита у детей?</p>	<p>УК-1, ОПК-4,ОПК-5</p>
	<p>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.</p>	
284	<p>К какой диспансерной группе отнести ребенка с воспалительными заболеваниями пародонта (гингивиты, локализованный пародонтит), у которого не выявлены какие-либо другие общие заболевания организма?</p>	<p>ПК-2</p>
	<p>Ответ: ко 2 диспансерной группе.</p>	
285	<p>Рентгенологическая картина ювенильного пародонтита?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: рентгенологически диагностируются чашеобразные очаги очаги деструкции альвеолярных отростков области резцов и моляров.</p>	
286	<p>С чего начинают лечение хронического генерализованного пародонтита у детей?</p>	<p>УК-1, ОПК-4</p>
	<p>Ответ: с комплекса профессиональной гигиены полости рта.</p>	
287	<p>Особенностями лечения пародонтолиза является?</p>	<p>УК-1, ОПК-4,ОПК-5</p>
	<p>Ответ: терапия основного заболевания которую проводят врачи-специалисты (гематолог, эндокринолог) и комплекса стандартного пародонтологического лечения, физиотерапия при паронтолизе не показана.</p>	
288	<p>Лечение острого гингивита у детей?</p>	<p>УК-1, ОПК-4,ОПК-5</p>
	<p>Ответ: лечение острого гингивита заключается в устранении причинного фактора и проведении симптоматической терапии (анальгетирующие препараты, антисептики, средства, способствующие эпителизации).</p>	
<b>Б1.Б.1.1.4.6</b>	<p><b>Аномалии развития зубов и челюстно-лицевой</b></p>	<p><b>ОПК-4, ПК-</b></p>

	<b>области.</b>	<b>1,ПК-2</b>
289	Чем характеризуются аномалии зубных рядов?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: аномалии зубных рядов характеризуются изменением их типичной формы и длины.	
290	Клиническая картина гипердонтии?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гипердонтия выявляется при осмотре рта. В основном сверхкомплектные зубы прорезываются вне зубного ряда, вызывая различные смещения рядом 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.	
291	Назовите принцип лечения гипердонтии?	ОПК-4, ПК-1
	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.	
292	Назовите виды микродонтии?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: изолированная – выражается в малом размере одного постоянного зуба. Чаще всего таковым является верхний боковой резец, который имеет форму шипа или колышка. -относительная – при такой разновидности микродонтии размер зубов не отличается от нормального, однако увеличена челюсть, что создает видимость маленьких зубов. -генерализованная – микродонтия, возникшая по причине облучения человека в момент роста зубов.	
293	Профилактика дистального прикуса?	ПК-2
	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-3</b>
294	Головная шапочка с подбородочной пращей позволяет?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: сдерживать рост нижней челюсти.	
295	Для чего предназначен аппарат Герлинга – Гашимова?	ПК-2, ПК-3
	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.	
296	Фиксирующими элементами в аппарате Кламмта являются?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: вестибулярная дуга и кламмера Адамса.	
297	Что относится к несъемным функционально направляющим аппаратам?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: к несъемным функционально направляющим аппаратам относятся каппы Шварца и Бынина, коронка Катца.	
298	Для чего используется аппарат Норда?	ПК-2, ПК-3
	Ответ: аппарат Норда используется для раскрытия небного шва.	

### 4.3 Ситуационные задачи (этап собеседования)

№ п/п	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
1.	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. 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.	УК-1, ПК-6
	<b>Вопрос 1.</b> Назовите санитарно-гигиенические нормативы, которые были нарушены при устройстве данного кабинета.	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> блок медицинской сестры должен находиться в	

	стерилизационной комнате, где проводятся дезинфекция и стерилизация инструментов.	
	<b>Вопрос 2.</b> Определите, возможно ли разместить рентгеновскую установку в данном помещении.	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> рентгеновская установка должна находиться в отдельном кабинете, стены которого необходимо закрыть специальными экранами.	
	<b>Вопрос 3.</b> Определите, возможно ли проводить рентгенологическое исследование в таких условиях.	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> проводить рентгенологическое исследование в этом кабинете невозможно.	
	<b>Вопрос 4.</b> Дайте оценку оснащению данного стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы.	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> современное оснащение стоматологического кабинета включает базовую установку с наличием слюноотсоса и пылесоса, светильник для дополнительного освещения, ультразвуковой скаллер для удаления зубных отложений, гелиево-неоновую лампу для полимеризации композитов, негатоскоп для просмотра рентгеновских снимков, апекслокатор для определения длины корневого канала, радиовизиограф для оценки состояния периапикальных тканей.	
	<b>Вопрос 5.</b> Назовите место расположения устройства для стерилизации инструментов.	ПК-5, ПК-6
	<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.	
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-5, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Назовите осложнение, которое возникло у пациентки.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> гематома.	
	<b>Вопрос 2.</b> Укажите его причины.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> травма сосудов при вколе иглы, выход крови в ткани.	
	<b>Вопрос 3.</b> Определите моментальную тактику хирурга.	УК-1, ОПК-5, ПК-2
	<b>Ответ:</b> тактика хирурга: холод на кожу 15 мин и давящая повязка или ручное прижатие.	
	<b>Вопрос 4.</b> Перечислите возможные исходы этого осложнения.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> рассасывание или нагноение гематомы.	
	<b>Вопрос 5.</b> Назовите анестезию, проведенную хирургом.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> туберальная анестезия.	
	<b>Вопрос 6.</b> Профилактика данного осложнения.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> продвижению иглы должно предшествовать выпуск раствора анестетика.	

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, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Внесите коррективы, касающиеся потолка и пола в организации данного кабинета.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> потолок кабинета окрашивают силикатными красками в белый цвет. Пол должен быть выстлан линолеумом или покрыт керамической плиткой.	
	<b>Вопрос 2.</b> Объясните, примет ли санитарный врач эпидемиолог кабинет для приема пациентов.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> санитарный врач-эпидемиолог кабинет для приема пациентов примет, потому что площадь достаточна для размещения 2 стоматологических установок.	
	<b>Вопрос 3.</b> Дайте оценку оснащению стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы.	УК-1, ПК-5
	<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.	
	<b>Вопрос 4.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов.	УК-1, ПК-5
	<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.	
	<b>Вопрос 5.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов.	УК-1, ПК-5
	<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.	
	<b>Вопрос 6.</b> Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> в этом кабинете необходимо разместить 2 стоматологические установки.	
4.	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.	УК-1, УК-2, ОПК-5, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Охарактеризуйте возможность определения прикуса.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> прикус не фиксирован.	
	<b>Вопрос 2.</b> Опишите условия измерения нижней трети лица у этого пациента.	УК-1, ПК-2

	<b>Ответ:</b> в состоянии физиологического покоя.	
	<b>Вопрос 3.</b> Расскажите о возможности определения базальных дуг.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — в проекции верхушек корней зубов.	
	<b>Вопрос 4.</b> Охарактеризуйте возможности определения зубных дуг.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — по режущим краям фронтальных зубов и окклюзионной поверхности премоляров и моляров.	
	<b>Вопрос 5.</b> Расскажите о возможности определения альвеолярных дуг.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> на верхней челюсти не определяется, на нижней — по вершине гребня альвеолярного отростка.	
	<b>Вопрос 6.</b> Назовите профилактические мероприятия необходимые для сохранения целостности зубного ряда.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> своевременная санация полости рта и профилактические осмотры.	
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><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 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°C</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> со слов пациентки, считает себя практически здоровой. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.</p> <p><b>Общее состояние</b> удовлетворительное. Температура тела 38,2°C, пульс 88 ударов в минуту, АД – 130/65 мм рт.ст. 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><b>Местный статус:</b> 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> <p>На рентгенограмме: у верхушек корней 4.7 зуба разрежение костной ткани с нечёткими границами.</p>	УК-1, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> острый гнойный периостит нижней челюсти справа в области 4.7 зуба.	
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	УК-1, ПК-5,

		ПК-6
	<b>Ответ:</b> острый периодонтит, абсцесс, флегмона поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, острый сиаладенит, острый остеомиелит.	
	<b>Вопрос 3.</b> Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.	УК-1, ПК-5, ПК-6
	<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.	
	<b>Вопрос 4.</b> Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.	ПК-2
	<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.	
6.	<p>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 ежедневно.</p> <p>При внешнем осмотре обращает на себя внимание увеличение объёма 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>	УК-1, УК-2, ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-3
	<b>Вопрос 1.</b> Предположите наиболее вероятный диагноз.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> полиморфная аденома правой околоушной железы.	
	<b>Вопрос 2.</b> Какие обследования необходимо провести для госпитального хирургического лечения.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> 1. ОПТГ. 2. УЗИ слюнных желёз. 3. Заключение	

	участкового терапевта о состоянии соматического здоровья. 4. Флюорография. 5. Результаты анализов крови на RW, ВИЧ и гепатиты. 6. Группа крови и резус-фактор.	
	<b>Вопрос 3.</b> Предложите метод лечения выявленной патологии.	ПК-1, ПК-2
	<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.	
	<b>Вопрос 4.</b> Опишите примерный протокол предлагаемой Вами операции.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> 1. разрез кожи по Ковтуновичу (вертикальный кпереди 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 отсепаровывается 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 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><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 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><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> со слов пациента, практически здоров. Отмечает периодическое повышение артериального давления, регулярно препараты не принимает.</p> <p>Аллергоanamnez не отягощён. Сифилис, гепатит В, С, ВИЧ отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Пациент отмечает незначительную слабость, головокружение.</p> <p><b>Местный статус:</b> конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное.</p> <p><b>В полости рта:</b> лунка зуба 1.1 покрыта выбухающим сгустком, из-под которого сочится кровь. Видимых разрывов слизистой оболочки нет.</p> <p>При рентгенологическом исследовании лунка зуба 1.1 без</p>	УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ОПК-8

	патологических теней. Других изменений костных структур нет.	
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> луночковое кровотечение в области 1.1. на фоне гипертонического криза.	
	<b>Вопрос 2.</b> Составьте план дополнительного обследования пациента.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> консультация врача-терапевта участкового, врача-кардиолога.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> кровотечение из мягких тканей, кровотечение из твёрдых тканей.	
	<b>Вопрос 4.</b> Укажите особенности предоперационной подготовки, а также хирургического этапа лечения.	ОПК-5, ПК-2
	<b>Ответ:</b> гипотензивная терапия, консультация врача-анестезиолога, по возможности удаление зуба с анестезиологическим пособием.	
8.	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.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> хронический генерализованный катаральный гингивит.	
	<b>Вопрос 2.</b> Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология.	
	<b>Вопрос 3:</b> Какой дополнительный метод обследования необходимо провести и для чего?	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> рентгенографическое обследование – ортопантограмма. Для оценки состояния костной ткани и проведения дифференциальной диагностики с хроническим пародонтитом.	
	<b>Вопрос 4:</b> Представьте ориентировочный план лечения пациента.	ПК-5, ПК-6
	<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.	
	<b>Вопрос 5:</b> Перечислите препараты для лечения этой патологии. Назовите профилактические мероприятия, которые необходимо проводить для предупреждения данного заболевания.	ПК-1, ОПК-10
	<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.	
	<b>Вопрос 6:</b> Как будет проводиться диспансерное наблюдение?	ПК-2
	<b>Ответ:</b> диспансерное наблюдение проводится два раза в год.	
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	УК-1, ПК-5

	отложения мягкого зубного налёта, отёк, гиперемия и кровоточивость десны.	
	<b>Вопрос 1.</b> Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Ответ:</b> рентгенологическое обследование (ОПТГ).	
	<b>Вопрос 2.</b> Предполагаемый диагноз.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Ответ:</b> декомпенсированная форма кариеса, хронический катаральный гингивит.	
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Ответ:</b> врач-педиатр, врач-эндокринолог, врач-хирург-стоматолог, врач-ортопед-стоматолог.	
	<b>Вопрос 4.</b> План лечения.	ОПК-4, ПК-1
	<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.	
	<b>Вопрос 5.</b> Укажите сроки диспансеризации.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> обязательная постановка на диспансерный учет у стоматолога, осмотр 1 раз в 3-4 месяца, проведение профилактических мероприятий.	
10.	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 щечной и контактной поверхностях.	УК-1, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> Предварительный диагноз «альвеолит лунки 4.6 зуба, хронический периодонтит 4.7 зуба».	
	<b>Вопрос 2.</b> Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> а) для уточнения диагноза необходимо провести: внутриконтактную 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.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите анализ лечения пациента врачом-стоматологом клиники.	ПК-6
	<b>Ответ:</b> для постановки точного диагноза врачу стоматологической клиники необходимо было провести ортопантомографию 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 распада сгустка из лунки с помощью кюретажной ложки и только потом провести антисептическую обработку лунки. В лунку вводят лекарственные вещества, прикрытые иодоформным тампоном.	
	<b>Вопрос 4.</b> Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.	УК-1, ПК-5
	<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).	
	<b>Вопрос 5.</b> Назначьте лечение и обоснуйте его.	ОПК-5, ПК-2
	<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.	
11.	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.	УК-1, ПК-1, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> 3.3 зуб – кариес эмали, стадия «мелового пятна» [начальный кариес] (K.02.0).	

	<b>Вопрос 2.</b> Укажите необходимые дополнительные методы обследования.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> витальное окрашивание, температурная проба, трансиллюминация, лазерная диагностика аппаратом «Диагностент».	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с эрозией эмали (К 03.29), гипоплазией эмали (K00.40), флюорозом (K00.30).	
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> коррекция индивидуальной гигиены полости рта; профессиональная гигиена полости рта; реминерализующая терапия с использованием одного из методов (метод Е.В. Боровского и П.А. Леуса, метод Ю.М. Максимовского, метод Е.В. Боровского и Е.А. Волкова с применением двухкомпонентного препарата «БВ»).	
	<b>Вопрос 5.</b> Меры профилактики, рекомендованные в указанном случае.	УК-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> меры профилактики: оздоровление организма; ограничение приёма углеводов; режим питания; приём жёсткой пищи; улучшение слюноотделения; коррекция гигиены полости рта; устранение зубочелюстных деформаций.	
	<b>Вопрос 6.</b> Необходимо ли диспансерное наблюдение?	ПК-2
	<b>Ответ:</b> необходимо проведение профилактических стоматологических осмотров, дважды в год.	
12.	<p>Пациент Б. 25 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного зуба 4.5.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> зуб 4.5 прорезался в 14 лет в сторону языка, мешает во время приёма пищи и при разговоре. Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p><b>Общее состояние</b> удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p><b>В полости рта:</b> 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 слабоблезненна.</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, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> дистопия зуба 4.5. Хроническая травма боковой поверхности языка.	
	<b>Вопрос 2.</b> Назовите осложнение, которое возникло во время выполнения анестезии.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> аллергическая реакция немедленного типа (анафилактический шок).	

	<b>Вопрос 3.</b> Обоснуйте последовательность выполнения мероприятий по оказанию неотложной помощи.	ОПК-10
	<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.	
	<b>Вопрос 4.</b> Профилактика аллергических реакций.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> тщательный сбор аллергологического анамнеза.	
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><b>Из анамнеза:</b> ранее зуб был лечен эндодонтически.</p> <p><b>Объективно:</b> зуб 1.5 – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена пломбой. Перкуссия слабо болезненна.</p> <p>На внутривитальной 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-5, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Определите план лечения зуба 1.5.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> повторное эндодонтическое лечение, удаление выведенного за верхушку зуба гуттаперчи и пломбировочного материала.	
	<b>Вопрос 2.</b> Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству.	УК-4, ПК-1
	<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.	
	<b>Вопрос 3.</b> Укажите возможные причины осложнения при проведенном эндодонтическом лечении зуба 1.5.	ПК-2
	<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.	
	<b>Вопрос 4.</b> Назовите препараты для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> растворы гипохлорита натрия, хлоргексидина биглюконата, ЭДТА.	
	<b>Вопрос 5.</b> Назовите основные этапы эндодонтического лечения.	УК-1, ПК-2
	<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.	
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-5, ПК-5

	<b>Вопрос 1.</b> Какие факторы могли способствовать появлению лейкоплакии.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> профессиональные вредности, курение, несанированная полость рта.	
	<b>Вопрос 2.</b> Какие формы лейкоплакии могут быть диагностированы у данного пациента.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> плоская, эрозивно-язвенная, веррукозная, лейкоплакия курильщиков.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику заболевания.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> красный плоский лишай, красная волчанка, хронический гиперпластический кандидоз, вторичный сифилис, ороговевающий плоскоклеточный рак.	
	<b>Вопрос 4.</b> Ваши действия по отношению к данному больному и в проведении профилактических мероприятий на заводе.	ПК-7, ПК-10
	<b>Ответ:</b> санация полости рта; отказ от курения; применение кератопластических препаратов местно.	
	<b>Вопрос 5.</b> Какие осложнения могут развиваться у больного при неправильной и несвоевременно тактике лечения; регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> малигнизация очага поражения слизистой.	
15.	При организации хирургического кабинета выбрано помещение 30 м <sup>2</sup> . 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.	УК-1, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Назовите дополнительные помещения, необходимые для организации хирургического кабинета.	ОПК-2, ПК-6
	<b>Ответ:</b> кроме операционной для удаления зубов и выполнения других амбулаторных манипуляций, необходимы комната для ожидания и стерилизационная не менее 10м <sup>2</sup> .	
	<b>Вопрос 2.</b> Объясните, достаточно ли площади для размещения хирургического оборудования для приема больных.	ОПК-2, ПК-6
	<b>Ответ:</b> данная площадь не достаточна для размещения 3 стоматологических установок. Площадь хирургического кабинета должна иметь 23 м <sup>2</sup> на основную стоматологическую установку и по 7м <sup>2</sup> на каждые дополнительные. Для 3 кресел необходимо 37 м <sup>2</sup> .	
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите место расположения устройства для стерилизации и предстерилизационной очистки.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> стерилизационная комната не менее 10 м <sup>2</sup> должна находиться рядом с хирургическим кабинетом.	
	<b>Вопрос 4.</b> Перечислите санитарно-гигиенические требования к кабинетам для оказания помощи больным.	УК-1, ПК-5
	<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.	
	<b>Вопрос 5.</b> Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете.	УК-1, ПК-5

	<b>Ответ:</b> в этом кабинете можно разместить только 2 стоматологические установки.	
16.	Пациентка Д, 28 лет впервые обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.	ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Перечислите основные документы заполняемые на стоматологическом приеме.	ПК-1
	<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.	
	<b>Вопрос 2.</b> Как будет определяться у пациентки интенсивность кариеса зубов.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> с помощью индекса КПУ - суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложненного кариеса зубов.	
	<b>Вопрос 3.</b> С помощью какого индекса можно определить гигиеническое состояние полости рта.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> ОНI-S.	
	<b>Вопрос 4.</b> Назовите индекс для определения состояния тканей пародонта при эпидемиологическом исследовании.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> CPI.	
17.	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.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> рентгенологическое обследование (ОПТГ).	
	<b>Вопрос 2.</b> Предполагаемый диагноз.	УК-1, ПК-5
	<b>Ответ:</b> декомпенсированная форма кариеса, хронический катаральный гингивит.	
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> врач - педиатр, врач-эндокринолог, врач-хирург-стоматолог, врач-ортопед-стоматолог.	
	<b>Вопрос 4.</b> План лечения.	ПК-1, ПК-2
	<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.	
	<b>Вопрос 5.</b> Укажите сроки диспансеризации.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> обязательная постановка на диспансерный учет у стоматолога, осмотр 1 раз в 3-4 месяца, проведение профилактических мероприятий.	
	<b>Вопрос 6.</b> Как будет определяться интенсивность кариеса.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> с помощью индекса КПУ (з) и кп (з).	

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 вазоконстриктором пациент начал задыхаться, использование бронхолитиков не остановила приступ удушья.	УК-1,УК-2, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Чем вызвано развитие астматического статуса у пациента.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> использованием анестетика с вазоконстриктором.	
	<b>Вопрос 2.</b> Принципы оказания неотложной помощи при развитии астматического статуса.	ОПК-10
	<b>Ответ:</b> вызов бригады скорой помощи, до ее прибытия в/в растворов преднизолона и эуфиллина, при необходимости проведение реанимационных мероприятий.	
	<b>Вопрос 3.</b> Профилактика развития астматического статуса.	УК-1, ПК-1
	<b>Ответ:</b> тщательный сбор анамнеза, использование анестетиков без вазоконстриктора.	
	<b>Вопрос 4.</b> При купировании астматического статуса возможно ли проведение удаления зуба 2.6 в этот же день.	УК-1
	<b>Ответ:</b> проведение плановой операции удаления лучше будет отложить.	
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 открывающимися фрамугами.	УК-1,ПК-6
	<b>Вопрос 1.</b> Определите, возможно ли разместить 3 универсальных стоматологических установки в данном помещении.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> стоматологический кабинет может находиться в цокольном (подвальном) помещении при наличии окон, обеспечивающих естественной дневной свет.	
	<b>Вопрос 2.</b> Назовите требования к стерилизационной комнате.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> стерилизационная комната должна быть не менее 10 м <sup>2</sup> для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария.	
	<b>Вопрос 3.</b> Определите, соответствуют ли нормативным показателям стены в помещении.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> стены соответствуют нормативам: они покрыты керамической плиткой светлых тонов.	
	<b>Вопрос 4.</b> Определите, соответствует ли нормативным показателям потолок в данном помещении.	ОПК-8
	<b>Ответ:</b> потолок соответствует нормативам: его высота не менее 3 м, цвет – белый.	
	<b>Вопрос 5.</b> Назовите необходимые устройства для стерилизации инструментов.	ПК-2

	<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>	
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><b>При внешнем осмотре:</b> бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. Гнилостный запах изо рта.</p> <p><b>При осмотре полости рта</b> – неудовлетворительная гигиена, обилие наддесневого зубного налёта, гиперемия, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.</p>	УК-1, УК-2, ПК-5
	<p><b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.</p>	ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> педварительный диагноз «острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана) (А69.10)». Диагноз поставлен на основании анамнеза, данных объективного обследования.</p>	
	<p><b>Вопрос 2.</b> Определите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p><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).</p>	
	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжёлых металлов.</p>	
	<p><b>Вопрос 4.</b> Составьте план общего лечения.</p>	ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> план общего лечения: противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.).</p>	
	<p><b>Вопрос 5.</b> Составьте план местного лечения при данной патологии.</p>	ПК-2
	<p><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.</p>	

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, УК-2, ОПК-5, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> К.02.1, К.02.2 кариес эмали, кариес дентина (средний кариес).	
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> системная гипоплазия эмали, глубокий кариес.	
	<b>Вопрос 3.</b> Предложите метод лечения.	ПК-1
	<b>Ответ:</b> реминерализующая терапия, пломбирование кариозных полостей с использованием СИЦ.	
	<b>Вопрос 4.</b> К каким смежным специалистам порекомендуете обратиться и почему?	ПК-1
	<b>Ответ:</b> к врачу-ортодонту ввиду скученного положения зубов в переднем отделе нижней челюсти.	
	<b>Вопрос 5.</b> Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребенка.	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2
	<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.	
	<b>Вопрос 6.</b> Как будет определяться интенсивность кариеса зубов?	ПК-4
	<b>Ответ:</b> КПУ(з) и кпу(з).	
22.	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.	УК-1, УК-2, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.	УК-1, УК-2, ПК-2
	<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.	
	<b>Вопрос 2.</b> Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на этот зуб.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> возможно изготовить металлокерамическую коронку на 1.2 зуб после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.	
	<b>Вопрос 3.</b> Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.	
	<b>Вопрос 4.</b> Расскажите о видах уступов при ее изготовлении.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> виды уступов: под углом 135°, 90°, 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.	



	<b>Вопрос 5.</b> Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.	ПК-2, ПК-3
	<b>Ответ:</b> этапы изготовления коронки: снятие оттиска, изготовления металлического колпачка на модели, припасовка колпачка, выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, припасовка, глазурирование, фиксация коронки.	
23.	Пациент в возрасте 22 лет, обратился в стоматологическую поликлинику по поводу острой боли. Во время стоматологического приема, пациент потерял сознание. При осмотре пациент бледен, кожные покровы влажные. АД=100/50, ЧСС= 46.	УК-1-3, ПК-1, ОПК-8, ОПК-10
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз возникшего неотложного состояния.	ОПК-10
	<b>Ответ:</b> гипогликемическая кома.	
	<b>Вопрос 2.</b> Составьте план Ваших действий?	УК-1-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3
	<b>Ответ:</b> 1) вызов бригады СМП, 2) введение глюкозы в/в, 3) преднизолон, 4) физ. р-р, 5) при необходимости реанимационные мероприятия.	
24.	Пациентка Н. 29 лет обратилась в стоматологическую поликлинику в целях профилактического осмотра. Пол года назад, пациентка проходила плановую санацию полости рта.	УК-1, УК-3, ПК-1
	<b>Вопрос 1.</b> Проведите оценку заполнения медицинской карты пациента.	ОПК-8
	<b>Ответ:</b> должны быть заполнены все разделы карты по графику посещений.	
	<b>Вопрос 2.</b> Определите интенсивность кариозного процесса у данного пациента.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> интенсивность кариеса будет определяться по индексу КПУ (з)	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите оценку качества реставраций и качества эндодонтического лечения.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> для оценки качества реставраций, нужно обратить внимание на цвет реставраций и анатомическую форму зубов, определить при зондировании краевое прилегание и состояние контактных пунктов реставрации. Оценка качества рентгенологического лечения проводится с применением рентгенологических методов обследования.	
25.	У ребёнка 7 лет в процессе лечения пневмонии антибиотиками появились сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налёт на языке. Мать счищала налёт, но он возникал вновь. Обратились за консультацией. При осмотре выявлена гиперемия слизистой оболочки полости рта, белый налёт на языке при поскабливании удаляется не полностью.	УК-1-3, ПК-51
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз	ПК-1
	<b>Ответ:</b> острый кандидоз, В.37.00. Острый псевдомембранозный кандидоз.	
	<b>Вопрос 2.</b> Назначьте специальные методы обследования.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> бактериологический анализ соскоба со спинки языка.	

	<b>Вопрос 3.</b> Поставьте окончательный диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> при обнаружении в соскобе почкующихся клеток гриба рода <i>Candida</i> диагноз: кандидоз.	
	<b>Вопрос 4.</b> Укажите этиологию заболевания.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> увеличение количества дрожжеподобных грибов рода <i>Candida</i> возникает при дисбиозе.	
	<b>Вопрос 5.</b> Назначьте лечение.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> местное лечение: обработка рта после приема пищи 2% раствором соды, мазь Клотримазол. Ограничение пищи, содержащей простые углеводы (кондитерские изделия). Обработку рта продолжать после исчезновения налета в течение 10-12 дней.	
	<b>Вопрос 6.</b> Профилактика данного заболевания.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> при назначении антибактериальных препаратов, назначают одновременно антимикотические препараты и соблюдение режима питания.	
26.	Ребёнку 13 лет. Обратился в клинику с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приёме пищи, чистке зубов. При осмотре выявлена гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, скученность зубов. Гигиена полости рта неудовлетворительная.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> хронический генерализованный гипертрофический гингивит тяжелой степени (отечная форма).	
	<b>Вопрос 2.</b> Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?	ПК-1
	<b>Ответ:</b> рентгенологическое исследование (ортопантограмма), общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, анализ крови на гормоны, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, определение концентрации иммуноглобулинов, количества Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови.	
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.	УК-1, ПК-1
	<b>Ответ:</b> неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология, возможное наличие общесоматической патологии (эндокринологические нарушения, сахарный диабет, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция).	
	<b>Вопрос 4.</b> Представьте ориентировочный план лечения пациента.	УК-1-3, ПК-2
	<b>Ответ:</b> обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.	
	<b>Вопрос 5.</b> Консультации каких специалистов Вы рекомендуете пациенту?	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> терапевт, эндокринолог, врач-ортодонт.	
27.	При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.	УК-1-3, ПК-1

	<b>Вопрос 1.</b> Врачебная тактика по отношению к данному пациенту.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> направление на обследование к ЛОР- врачу для определения нарушения носового дыхания (наличие аденоидных вегетаций, искривление носовой перегородки и т. д.), обучение правильному глотанию, диспансерное наблюдение у врача - ортодонта 2 раза в год.	
	<b>Вопрос 2.</b> К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.	УК-1-3, ПК-1
	<b>Ответ:</b> дистальный прикус, сочетанный с глубоким.	
28.	Больной 11 лет жалуется на косметический дефект верхнего зубного ряда. При осмотре со стороны полости рта определяется промежуток между 11, 21 зубами, равный 5,0 мм. Уздечка верхней губы расположена низко и начинается от десневого сосочка. Зубные ряды правильной формы. 16, 26 зубы расположены нейтрально.	УК-1-3, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> диастема верхней челюсти.	
	<b>Вопрос 2.</b> Какой метод исследования необходимо использовать для уточнения диагноза.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> ОПТГ.	
	<b>Вопрос 3.</b> Как будет проводиться диспансерное наблюдение?	УК 1-3, ПК-2
	<b>Ответ:</b> не реже чем раз в 3 месяца.	
29.	Пациент Ч. 28 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов, кратковременную, быстропроходящую боль при приёме сладкой или холодной пищи. В анамнезе ортодонтическое лечение с использованием несъёмного аппарата. Объективно: зуб 21 – на дистальной контактной поверхности кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование дна и стенок кариозной полости болезненное. Перкуссия зуба безболезненная.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> зуб 2.1 - кариес дентина (К.02.1).	
	<b>Вопрос 2.</b> Укажите необходимые дополнительные методы обследования.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> температурная проба; электроодонтодиагностика; рентгенография.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (К 02.0).	
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> профессиональная чистка зубов; выбор материала для реставрации (светополимеризуемый композит); подбор цвета; обезболивание; препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали, создание фальца); изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики); наложение лавсановой матрицы и	

	интрадентального клина; медикаментозная обработка кариозной полости; внесение пломбировочного материала; моделирование анатомической формы зуба; удаление матрицы, клина, коффердама, валиков; коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифовывание) полирование реставрации.	
	<b>Вопрос 5.</b> Укажите последовательность этапов реставрации данной полости.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> нанесение кислотного геля 37% ортофосфорной кислоты на эмаль и дентин. Промывание, удаление излишков влаги в полости. Внесение адгезива, его полимеризация. Послойное внесение композита и полимеризация каждого слоя, шлифовка, полировка.	
30.	Пациент Ф. 29 лет обратился в клинику с целью профилактического осмотра, жалоб не предъявляет. Из анамнеза: к стоматологу обратился впервые за последние 4 года. Объективно: зуб 17 - на окклюзионной поверхности на дистальном щёчном бугре кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	УК1-3, ПК-2
	<b>Ответ:</b> зуб 1.7 - кариес дентина (К.02.1).	
	<b>Вопрос 2.</b> Укажите необходимые дополнительные методы обследования.	ПК-51
	<b>Ответ:</b> электроодонтодиагностика, рентгенография.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ОПК-4, ПК-1
	<b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K02.0).	
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> обезболивание; препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев полости); изоляция зуба от слюны от слюны (коффердам или ватные валики и слюноотсос); медикаментозная обработка кариозной полости; внесение пломбировочного материала; Моделирование анатомической формы зуба; удаление коффердама, валиков; коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифовывание) полирование реставрации.	
	<b>Вопрос 5.</b> Охарактеризуйте класс данной кариозной полости в соответствии с классификацией Блэка.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> VI класс в соответствии с классификацией Блэка. Кариозная полость локализуется на бугре. К классу VI, согласно дополнению к классификации Блэка, относятся полости, локализующиеся на режущем крае резцов и на вершинах бугров клыков, премоляров и моляров.	
	<b>Вопрос 6.</b> Назначьте дату профилактического осмотра.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> через пол года.	
31.	В клинику обратилась пациентка Т. 59 лет с жалобами на	УК-1, ПК-1,

	эстетические дефекты и выраженную чувствительность передних зубов верхней челюсти. Анамнез: перенесённые и сопутствующие заболевания: хронический гастрит с повышенной кислотностью. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: на вестибулярной поверхности зубов 1.1, 2.1, 2.2 – дефекты эмали и дентина блюдцеобразной формы.	ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> диагноз «эрозия зубов (K03.2)».	
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), со шлифованием зубов (K03.1).	
	<b>Вопрос 3.</b> Укажите причины возникновения данного заболевания.	УК-1, ПК-1
	<b>Ответ:</b> эрозия может возникнуть в результате неправильной техники чистки зубов, действия химических факторов и снижения резистентности эмали.	
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> за две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором Глюконата кальция или Гидроксиапатитом (2 раза в день в течение 2 недель). Далее провести реставрацию эрозий композитным материалом (или изготовить виниры). Дать рекомендации по уходу за полостью рта.	
	<b>Вопрос 5.</b> Подберите индивидуальные средства гигиены полости рта при данной патологии.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> для домашнего применения целесообразно назначить зубную пасту с гидроксиапатитом и аппликации 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель -1 месяца), зубную щетку с мягкой щетиной в течение 1 месяца (затем - с щетиной средней жёсткости).	
32.	Пациентка П. 23 года обратилась в клинику с жалобой на попадание пищи между зубами верхней челюсти справа, периодически возникающую кратковременную боль при приёме холодной и сладкой воды и пищи.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> зуб 26 - кариес дентина (K.02.1).	
	<b>Вопрос 2.</b> Укажите необходимые дополнительные методы обследования.	УК-1, ПК-1
	<b>Ответ:</b> электроодонтодиагностика; рентгенография.	
	<b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), начальным пульпитом (гиперемией) (K04.00).	
	<b>Вопрос 4.</b> Составьте план лечения.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> обезболивание; препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали); изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики); медикаментозная обработка кариозной полости;	

	наложение матрицы и интрадентального клина; внесение пломбирочного материала; моделирование анатомической формы зуба; удаление матрицы, клина, коффердама, ретракционной нити, валиков; коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифование), полирование реставрации.	
	<b>Вопрос 5.</b> Перечислите возможные ошибки при пломбировании кариозной полости II класса по Блэку зуба 26.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> отсутствие плотного контактного пункта, контактный пункт сформирован на уровне краевого гребня зуба, нависающий край пломбы в пришеечной области, недостаточная адгезия материала в пришеечной области.	
33.	Больной 52 лет находится на диспансерном наблюдении. Диагноз: пародонтит средне – тяжелой степени тяжести генерализованная форма. На нижней челюсти определяется подвижность зубов первой и второй степени Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	<b>Вопрос 1.</b> Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> при комплексной лечебно-профилактической терапии данного пациента план ортопедического лечения включает: 1.Профессиональная гигиена полости рта. 2.Избирательное шлифование зубов. 3.Шинирование зубов фронтального участка нижней челюсти несъемной шиной постоянного ношения. Для данного пациента целесообразно использовать несъемную шину постоянного ношения – Мамлока.	
34.	Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта. Диагноз: генерализованный пародонтит средней степени тяжести хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете.	ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.	УК-1-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> 1.данному пациенту 1 раз в год необходимо проводить диспансерный осмотр; 2.Избирательное шлифование; 3.Удаление зубных отложений; 4.Осмотр зубной шины; 5.Мероприятия по профилактике и лечению предусматривают рекомендации гигиенического ухода за полостью рта и шиной.	
35.	В стоматологическую поликлинику с острой болью в 3.6 зубе обратился пациент, из клинического анамнеза установлено, что пациент ВИЧ инфицирован.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Ваши действия при приеме ВИЧ инфицированного пациента.	ОПК-6, ПК-4
	<b>Ответ:</b> на амбулаторной карте ставится отметка о ВИЧ статусе пациента, прием выполняется одноразовыми инструментами, врач должен быть одет в средства индивидуальной защиты из специальной укладки.	

	<b>Вопрос 2.</b> Как будет выполняться препарирование кариозных полостей у этого пациента?	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> препарирование будет проводиться с помощью микромотора.	
	<b>Вопрос 3.</b> Назовите приказ регламентирующий прием ВИЧ инфицированных пациентов.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> приказ МЗ РФ от 16.08. 1994 г. №170	
36.	Пятна коричневого цвета на передних зубах верхней челюсти на передних зубах верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что пятна обнаружены после окончания ортодонтического лечения зубов 1.3, 1, 2, 1.1, 2,1, 2.2, выявлены пятна.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> очаговая деминерализация эмали , K02.0 Кариес эмали.	
	<b>Вопрос 2.</b> Определите интенсивность кариозного процесса.	ПК-4
	<b>Ответ:</b> интенсивность будет определяться по индексу КПУ(з).	
	<b>Вопрос 3.</b> Выберите дополнительные методы обследования для установления окончательного диагноза.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> окрашивание дентина кариес- индикаторами.	
	<b>Вопрос 4.</b> Укажите причину появления данной патологии.	УК-1-3, ПК-5
	<b>Ответ:</b> ухудшение гигиены при ортодонтическом лечении.	
	<b>Вопрос 5.</b> Составьте план лечения и профилактики.	УК1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> обучение индивидуальной гигиене полости рта, диспансерное наблюдение, местное применение фторидсодержащих и реминерализующих компонентов.	
37.	<p>Пациент В. 19 лет жалуется на боль и припухлость в области твёрдого нёба слева, болезненность при приёме пищи, головную боль, слабость, повышение температуры тела.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 4 дня назад у пациента появилась боль в зубе 2.4. Накусывание на зуб было болезненным. К врачу не обращался. Полоскал рот тёплым раствором ромашки. Позднее боль в зубе стала стихать, но появилась боль и припухлость со стороны твёрдого нёба. Повысилась температура тела.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает, считает себя практически здоровым. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,9 °С. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. При пальпации поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабоболезненный.</p> <p><b>В полости рта:</b> зуб 2.4 под пломбой. Зуб изменен в цвете. Перкуссия зуба 2.4 слабоболезненна. На твёрдом нёбе в области зуба 2.4 определяется припухлость полушаровидной формы. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна, пальпируется инфильтрат с размягчением и флюктуацией.</p> <p><b>На рентгенограмме:</b> в области верхушки корня зуба 2.4 отмечается очаг деструкции костной ткани с нечёткими контурами.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-5
	<b>Ответ:</b> нёбный абсцесс слева в области зуба 2.4.	

	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-5, ПК-6
	<b>Ответ:</b> острый или обострение хронического периодонтита зуба 2.4, острый остеомиелит верхней челюсти слева, мукоэпидермоидная карцинома малой слюнной железы, травма.	
	<b>Вопрос 3.</b> Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.	УК-1-3, ПК-2
	<b>Ответ:</b> рентгенография зуба 2.4. Совместный осмотр ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога для решения вопроса о возможности сохранения зуба 2.4. Вскрытие небного абсцесса. Лечение 2.4 или его удаление.	
	<b>Вопрос 4.</b> Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> 1. анестезия у большого небного отверстия и инфильтрационная анестезия. 2. Вскрытие небного абсцесса (проведение разреза, предпочтительно с иссечением фрагмента из стенки гнойника треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя). 3. Антисептическая обработка.	
	<b>Вопрос 5.</b> Возможное местное осложнение.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> вторичный кортикальный остеомиелит.	
	<b>Вопрос 6.</b> Возможна ли выдача пациенту листа временной нетрудоспособности при данном заболевании.	ПК-6
	<b>Ответ:</b> возможно.	
38.	<p>Пациент Б. 25 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного зуба 4.5.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> зуб 4.5 прорезался в 14 лет в сторону языка, мешает во время приёма пищи и при разговоре. Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p><b>Общее состояние</b> удовлетворительное. Температура тела 36,5°С.</p> <p><b>При осмотре:</b> конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p><b>В полости рта:</b> 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>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> дистопия зуба 4.5. Хроническая травма боковой поверхности языка.	
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> лейкоплакия, стоматит, кандидоз.	
	<b>Вопрос 3.</b> Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> консультация стоматолога - ортодонта, стоматолога-терапевта. При необходимости удаление зуба 4.5.	
	<b>Вопрос 4.</b> Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> операция удаления зуба: анестезия, сепарация, если	



	возможно наложение, продвижение, фиксация щипцов, люксация, тракция, кюретаж. Если наложение щипцов невозможно, использование угловых и прямых элеваторов, иногда необходимо применение бормашины.	
	<b>Вопрос 5.</b> Какое местное осложнение развилось у пациента?	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> хроническая язва боковой поверхности языка.	
39.	<p>Пациент Г., 23 года, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на сильную боль позади второго моляра на нижней челюсти слева, усиливающаяся при жевании, ограниченное открывание рта, слабоблезненное глотание.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> боль беспокоит периодически в течение одного года. За последние несколько дней боль значительно усилилась.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C.</p> <p>При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта слабоблезненное, ограниченное до 3 см между центральными резцами. При пальпации определяется увеличенный единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева, слабо болезненный, подвижный.</p> <p><b>В полости рта:</b> зуб 3.8 покрыт гиперемированным и отёчным капюшоном слизистой оболочкой на <math>\frac{3}{4}</math> окклюзионной поверхности. Прорезался один медиально-щёчный бугор зуба. Пальпация слизистой оболочки и капюшона болезненна, из-под капюшона выделяется гной.</p> <p><b>На рентгенограмме:</b> зуб 3.8 имеет медиальный наклон коронки в сторону второго моляра. Определяется деструкция кости у дистального края коронки зуба, распространяясь вдоль корня. Очаг разрежения имеет полулунную форму.</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Вопрос 1.</b> Поставьте диагноз.	ПК-2
	<b>Ответ:</b> обострение хронического перикоронита в области зуба 3.8.	
	<b>Вопрос 2.</b> Проведите дифференциальную диагностику.	ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> ретромолярный периостит, невралгия 3 ветви тройничного нерва.	
	<b>Вопрос 3.</b> Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> рентгенография зуба 3.8. Решение вопроса о необходимости удаления зуба 3.8.	
	<b>Вопрос 4.</b> Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.	УК-1, ПК-1
	<b>Ответ:</b> анестезия, рассечение капюшона, антисептическая обработка, введение под капюшон йодоформной турунды. После стихания острых воспалительных явлений решение вопроса о сохранении или удалении зуба 3.8.	
	<b>Вопрос 5.</b> Перечислите возможные местные и общие осложнения.	УК-1, ПК-2
	<b>Ответ:</b> ретромолярный периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит, воспалительная контрактура.	
40.	Пациентка 12 лет обратилась к стоматологу с жалобами на ограниченное открывание рта из-за болезненности, боли в губах	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1,

	<p>при разговоре, приёме пищи, стянутость губ, зуд, эстетический недостаток. Впервые заболевание возникло в 7-летнем возрасте (со слов матери). Заболевание прогрессирует с каждым годом особенно в осенне-зимний период, летом отмечается ремиссия. Пациентка страдает дерматитом и аллергией на пищевые продукты (шоколад, цитрусовые).</p> <p><b>Вредные привычки:</b> облизывает и кусает губы, расчёсывает углы рта. Лечилась у дерматолога без выраженного лечебного эффекта. У матери в течение многих лет имеются заеды. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.</p> <p><b>При внешнем осмотре:</b> красная кайма губ сухая, имеется множество мелких трещин на фоне умеренного отёка и гиперемии.</p> <p>Патологические изменения распространяются на углы рта и периоральную кожу.</p>	ПК-2
	<p><b>Вопрос 1.</b> Поставьте предварительный диагноз.</p>	ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> атопический хейлит. Другие уточненные болезни губ (K13.08).</p>	
	<p><b>Вопрос 2.</b> Укажите причины данного заболевания губ.</p>	УК-1, ПК-1
	<p><b>Ответ:</b> аллергическая природа, генетическая предрасположенность. Длительная сенсibilизация организма пищевыми аллергенами.</p>	
	<p><b>Вопрос 3.</b> Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.</p>	ПК-1, ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> дифференциальную диагностику атопического хейлита проводят с: - эксфолиативным хейлитом; - экзематозным хейлитом; - контактным аллергическим хейлитом; - актиническим хейлитом.</p>	
	<p><b>Вопрос 4.</b> Составьте план обследования и комплексного лечения.</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> план обследования: - консультация аллерголога; - консультация гастроэнтеролога; - консультация психоневролога. План комплексного лечения. Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, противоаллергическое лечение. Местное лечение: - аппликация протеолитических ферментов; - антисептическая обработка и очищение красной каймы и углов рта от корочек; - аппликация мази, содержащей кератоластики, стероиды, инсулин; - проведение лидокаиновых блокад под элементы поражения; - рекомендуется использование защитных кремов и гелей для губ, особенно в холодное время года.</p>	
	<p><b>Вопрос 5.</b> Определите профилактические мероприятия данного заболевания.</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Ответ:</b> для профилактики обострений необходимо устранение вредных привычек, сохранение эластичности красной каймы и углов рта, лечение общесоматической патологии, включая психоэмоциональную коррекцию.</p>	

### 5. Экзаменационные билеты для собеседования

Билет № 1	
1.	Проводниковое обезболивание при операциях на нижней челюсти: виды

	проводниковой анестезии, методика их проведения, показания к применению, возможные осложнения и их профилактика.
2.	Клинико – лабораторные этапы изготовления съемных пластиночных протезов, их конструктивные этапы. Современные способы фиксации съемных протезов: замковые крепления, телескопические коронки, штанговая система.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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. 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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите санитарно-гигиенические нормативы, которые были нарушены при устройстве данного кабинета.</li> <li>2. Определите, возможно ли разместить рентгеновскую установку в данном помещении.</li> <li>3. Определите, возможно ли проводить рентгенологическое исследование в таких условиях.</li> <li>4. Дайте оценку оснащению данного стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы.</li> <li>5. Назовите место расположения устройства для стерилизации инструментов.</li> </ol>

#### Билет № 2

1.	Антропометрическое исследование лица и головы. Измерение гипсовых моделей зубных рядов.
2.	Выбор пломбировочных материалов при лечении кариеса постоянных и временных зубов у детей. Особенности применения композиционных материалов в детской стоматологии. Пломбирование кариозной полости временных зубов с использованием СИЦ.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите осложнение, которое возникло у пациентки.</li> <li>2. Укажите его причины.</li> <li>3. Определите моментальную тактику хирурга.</li> <li>4. Перечислите возможные исходы этого осложнения.</li> <li>5. Назовите анестезию, проведенную хирургом.</li> <li>6. Профилактика данного осложнения.</li> </ol>

#### Билет № 3

1.	Глубокий прикус. Диагностика и лечение в зависимости от этиологии, возраста больного и тяжести аномалии.
2.	Препараты, применяемые при лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта у детей. Классификация, механизм действия, особенности назначения.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> В ортопедическом кабинете 22 м <sup>2</sup> установлено 2 стоматологических кресла с универсальными установками вдоль светонесущей

	<p>стены. В помещении 2 окна ориентированы на северную сторону. Высота потолка— 3,3 м. Стены покрашены масляной краской в серый цвет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внесите коррективы, касающиеся потолка и пола в организации данного кабинета.</li> <li>2. Объясните, примет ли санитарный врач эпидемиолог кабинет для приема пациентов.</li> <li>3. Дайте оценку оснащению стоматологического кабинета с учетом современных требований и внесите коррективы.</li> <li>4. Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов.</li> <li>5. Перечислите санитарно-гигиенические требования к стоматологическим кабинетам для приема пациентов.</li> <li>6. Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете.</li> </ol>
--	---

<b>Билет № 4</b>	
1.	Классификация переломов верхней челюсти. Переломы верхней челюсти по Фор 2: диагностика, клиника, лечение.
2.	Тактика врача при острой и хронической травме слизистой оболочки полости рта у детей. Особенности применения антибактериальных препаратов в детском возрасте (препараты, дозировки, показания к применению).
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Охарактеризуйте возможность определения прикуса.</li> <li>2. Опишите условия измерения нижней трети лица у этого пациента.</li> <li>3. Расскажите о возможности определения базальных дуг.</li> <li>4. Охарактеризуйте возможности определения зубных дуг.</li> <li>5. Расскажите о возможности определения альвеолярных дуг.</li> <li>6. Назовите профилактические мероприятия необходимые для сохранения целостности зубного ряда.</li> </ol>
<b>Билет № 5</b>	
1.	Применение CAD/CAM технологий при протезировании. Положительные и отрицательные стороны конструкций, изготовленных с помощью CAD/CAM технологий. Этапы и сроки протезирования.
2.	Методы пломбирования корневых каналов у детей. Особенности применения пломбировочных материалов для лечения корневых каналов у детей.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 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°C</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> со слов пациентки, считает себя практически здоровой. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.</p> <p><b>Общее состояние удовлетворительное.</b> Температура тела 38,2°C, пульс 88 ударов в минуту, АД – 130/65 мм рт.ст.</p> <p><b>Конфигурация лица</b> изменена за счёт отёка нижнего отдела щёчной,</p>

<p>поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями.</p> <p><b>Местный статус:</b> 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> <p><b>На рентгенограмме:</b> у верхушек корней 4.7 зуба разрежение костной ткани с нечёткими границами.</p>
<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.</li> <li>4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.</li> </ol>

<b>Билет № 6</b>	
1.	Классификация беззубых верхних челюстей (Шредер, Оксман). Классификация беззубых нижних челюстей (Келлер, Курляндский). Клиническая оценка состояния слизистой оболочки полости рта при полном отсутствии зубов (Суппле, Люнд).
2.	Методика апексофикации с применением кальцийсодержащих препаратов и с применением МТА.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Женщина 67 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на опухоль в околоушно-жевательной области справа.</p> <p>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.</p> <p>Из общих заболеваний отмечает редкие повышения АД, назначенные участковым терапевтом лекарства принимает ежедневно.</p> <p>При внешнем осмотре обращает на себя внимание увеличение объёма 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><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Какие обследования необходимо провести для госпитального хирургического лечения.</li> <li>3. Предложите метод лечения выявленной патологии.</li> <li>4. Опишите примерный протокол предлагаемой Вами операции.</li> </ol>

<b>Билет № 7</b>	
1.	Классификация беззубых верхних челюстей (Шредер, Оксман). Классификация беззубых нижних челюстей (Келлер, Курляндский). Клиническая оценка состояния

	слизистой оболочки полости рта при полном отсутствии зубов (Суппле, Люнд).
2.	Проведения витальной ампутации и экстирпации при лечении пульпита постоянных зубов у детей с сформированными корнями.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Больной 62 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровотечение из лунки ранее удаленного 1.1 зуба.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 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 удаленного зуба развилось кровотечение.</p> <p><b>Перенесенные и сопутствующие заболевания:</b> со слов пациента, практически здоров. Отмечает периодическое повышение артериального давления, регулярно препараты не принимает.</p> <p>Аллергоanamнез не отягощён. Сифилис, гепатит В, С, ВИЧ отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Пациент отмечает незначительную слабость, головокружение.</p> <p><b>Местный статус:</b> конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное.</p> <p><b>В полости рта:</b> лунка зуба 1.1 покрыта выбухающим 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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.</li> <li>2. Составьте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Укажите особенности предоперационной подготовки, а также хирургического этапа лечения.</li> </ol>

<b>Билет № 8</b>	
1.	Типы слизистой оболочки альвеолярных отростков беззубых челюстей, их значение для практики. Ошибки при протезировании больных с полной потерей зубов.
2.	Принципы местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Схема лечения красного плоского лишая проявляющегося в полости рта.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.</li> <li>3. Какой дополнительный метод обследования необходимо провести и для чего?</li> <li>4. Представьте ориентировочный план лечения пациента.</li> <li>5. Перечислите препараты для лечения этой патологии. Назовите профилактические мероприятия, которые необходимо проводить для предупреждения данного заболевания</li> <li>6. Как будет проводиться диспансерное наблюдение?</li> </ol>

<b>Билет № 9</b>	
1.	Кандидозный стоматит у детей. Факторы риска развития кандидозной инфекции. Клиника, лечение, профилактика и прогноз.

2.	Общие принципы лечения заболеваний пародонта. Планирование лечения больному генерализованным пародонтитом средней тяжести.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.</li> <li>2. Предполагаемый диагноз.</li> <li>3. Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения.</li> <li>4. План лечения.</li> <li>5. Укажите сроки диспансеризации.</li> </ol>

#### Билет № 10

1.	Препараты и пломбировочные материалы, применяемые при лечении пульпита и периодонтита в зубах с несформированными корнями. Характеристика, методика применения.
2.	Лечение хронических форм верхушечного периодонтита. Этапы проведения. Возможные ошибки и осложнения. Их профилактика, пути устранения. Исходы лечения, прогноз.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> В клинику поступил пациент 24 лет с жалобами на боль в области отсутствующего 4.6 зуба.</p> <p>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 удаленного 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. В</p> <p>Врачом-стоматологом-хирургом была проведена антисептическая обработка в области лунки удаленного 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 удаленного 4.6 зуба.</p> <p><b>Объективно:</b> конфигурация лица не изменена, кожные покровы без видимой патологии. При пальпации региональные лимфатические узлы безболезненные, мягко- эластической консистенции, не увеличенные, подвижные.</p> <p><b>Осмотр полости рта:</b> слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. 4.6 зуб отсутствует, слизистая оболочка в области лунки гиперемирована, отечна, в лунке визуализируются масса серого цвета, с неприятным запахом, пальпация области лунки болезненна. 4.7 зуб в цвете изменен, имеет дефект пломбы на щечной и контактной поверхностях.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту.</li> <li>2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований.</li> <li>3. Проведите анализ лечения пациента врачом-стоматологом клиники.</li> <li>4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.</li> <li>5. Назначьте лечение и обоснуйте его.</li> </ol>

#### Билет № 11

1.	Остеосинтез при переломах челюстей: классификация методов остеосинтеза, оказания к применению, возможные осложнения
----	---

2.	Лечение пульпита методом витальной экстирпации. Показания, противопоказания. Этапы проведения. Возможные ошибки и осложнения. Их профилактика, пути устранения.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка Д. 22 лет обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.</p> <p><b>Объективно:</b> 3.3 зуб – на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется нечетко 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 налета.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Меры профилактики, рекомендованные в указанном случае.</li> <li>6. Необходимо ли диспансерное наблюдение?</li> </ol>

<b>Билет № 12</b>	
1.	Адгезивные системы композитных пломбировочных материалов. Состав, свойства, показания к применению. Техника работы.
2.	Тактика лечения невралгии и неврита тройничного нерва.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациент Б. 25 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного зуба 4.5.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> зуб 4.5 прорезался в 14 лет в сторону языка, мешает во время приёма пищи и при разговоре.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p><b>Общее состояние</b> удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.</p> <p><b>При осмотре:</b> конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p><b>В полости рта:</b> 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 слабобезболезненна.</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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Назовите осложнение, которое возникло во время выполнения анестезии.</li> <li>3. Обоснуйте последовательность выполнения мероприятий по оказанию неотложной помощи.</li> <li>4. Профилактика аллергических реакций.</li> </ol>

<b>Билет № 13</b>	
1.	Силеры для постоянной obturации корневых каналов. Классификация, состав, свойства, представители. Достоинства и недостатки. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления пломбировочных материалов. Техника работы.
2.	Методы извлечения конкремента из устья протока слюнных желез при



	слюнокаменной болезни
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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><b>Из анамнеза:</b> ранее зуб был лечен эндодонтически.</p> <p><b>Объективно:</b> 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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите план лечения зуба 1.5.</li> <li>2. Назовите основные противопоказания к повторному эндодонтическому вмешательству.</li> <li>3. Укажите возможные причины осложнения при проведенном эндодонтическом лечении зуба 1.5.</li> <li>4. Назовите препараты для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении.</li> <li>5. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.</li> </ol>

#### Билет № 14

1.	Развитие, прорезывание и рассасывание корней временных и постоянных зубов. Отличительные особенности молочных зубов от постоянных.
2.	Помощь, оказываемая при различных травматических повреждениях зубов (ушиб, вывих, перелом зуба).
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Больному К. 38 лет работающему на химическом заводе по производству кислот, установлен диагноз «лейкоплакия слизистой оболочки обеих щек». Из анамнеза известно, что больной курит, водит старый автомобиль. При осмотре полости рта выявлен ряд кариозных и разрушенных зубов.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие факторы могли способствовать появлению лейкоплакии.</li> <li>2. Какие формы лейкоплакии могут быть диагностированы у данного пациента.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.</li> <li>4. Ваши действия по отношению к данному больному и в проведении профилактических мероприятий на заводе.</li> <li>5. Какие осложнения могут развиваться у больного при неправильной и несвоевременно тактике лечения; регулярные профилактические осмотры у врача-стоматолога.</li> </ol>

#### Билет № 15

1.	Острый периодонтит у детей. Этиология, классификация, особенности клиники, дифференциальная диагностика, рентгенодиагностика, лечение.
2.	Реминерализующая терапия, методики проведения, лекарственные препараты. Гели для местной профилактики кариеса зубов. Состав. Методы применения. Эффективность.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> При организации хирургического кабинета выбрано помещение 30 м<sup>2</sup>. 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> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите дополнительные помещения, необходимые для организации</li> </ol>

	<p>хирургического кабинета.</p> <p>2. Объясните, достаточно ли площади для размещения хирургического оборудования для приема больных.</p> <p>3. Назовите место расположения устройства для стерилизации и предстерилизационной очистки.</p> <p>4. Перечислите санитарно-гигиенические требования к кабинетам для оказания помощи больным.</p> <p>5. Составьте план размещения стоматологических установок в кабинете.</p>
--	---

#### Билет № 16

1.	Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди, Бетельману, Гаврилову. Особенности обследования больных при частичной вторичной адентии.
2.	Принципы работы инструментальной обработки корневых каналов машинными инструментами (MTWO, K3, PROTAPER, GT ROTARY FILES, FlexMaster). Медикоментозная обработка системы корневых каналов. Методы и средства.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка Д. 28 лет впервые обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Перечислите основные документы заполняемые на стоматологическом приеме.</p> <p>2. Как будет определяться у пациентки интенсивность кариеса зубов.</p> <p>3. С помощью какого индекса можно определить гигиеническое состояние полости рта.</p> <p>4. Назовите индекс для определения состояния тканей пародонта при эпидемиологическом исследовании.</p>

#### Билет № 17

1.	Заболевания слюнных желез. Острый эпидемический паротит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
2.	Методы ортопедического лечения патологической стираемости зубов.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Девочка 8 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на разрушение передних зубов, боли при приёме пищи, болезненность и кровоточивость дёсен при чистке зубов.</p> <p><b>При осмотре выявлено:</b> множественные кариозные полости, обильные отложения мягкого зубного налёта, отёк, гиперемия и кровоточивость десны.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.</p> <p>2. Предполагаемый диагноз.</p> <p>3. Назовите специалистов, необходимых для комплексного лечения.</p> <p>4. План лечения.</p> <p>5. Укажите сроки диспансеризации.</p> <p>6. Как будет определяться интенсивность кариеса.</p>

#### Билет № 18

1.	Классификация пульпита. Особенности клинического проявления пульпитов временных и постоянных зубов у детей. Дифференциальная диагностика. Обоснование выбора метода лечения пульпита временных и постоянных зубов.
2.	Протезирование дефектов коронок зубов вкладками. Показания. Принципы формирования полостей под вкладки. Прямой метод изготовления вкладок.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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</p>

	<p>разрушена, осталась одна щечная стенка.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает, бронхиальная астма. После выполнения анестезии раствором анестетика с вазостриктором пациент начал задыхаться, использование бронхолитиков не остановила приступ удушья.</p>
	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Чем вызвано развитие астматического статуса у пациента.</li> <li>2. Принципы оказания неотложной помощи при развитии астматического статуса.</li> <li>3. Профилактика развития астматического статуса.</li> <li>4. При купировании астматического статуса возможно ли проведение удаления зуба 2.6 в этот же день.</li> </ol>

<b>Билет № 19</b>	
1.	Средний и глубокий кариес постоянных зубов у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Ошибки и осложнения при лечении.
2.	Методики временной иммобилизации при переломах челюстей. Внеротовые и внутриротовые.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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 открывающимися фрамугами.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите, возможно ли разместить 3 универсальных стоматологических установки в данном помещении.</li> <li>2. Назовите требования к стерилизационной комнате.</li> <li>3. Определите, соответствуют ли нормативным показателям стены в помещении.</li> <li>4. Определите, соответствует ли нормативным показателям потолок в данном помещении.</li> <li>5. Назовите необходимые устройства для стерилизации инструментов.</li> </ol>

<b>Билет № 20</b>	
1.	План ортопедического лечения. Элементы, его составляющие. Диагноз в ортопедической стоматологии, его этиологический, патогенетический, морфологический и функциональный компоненты.
2.	Постоянная иммобилизация при переломах челюстей. Методика наложения шины Тигерштедта.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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°С. 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 межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Определите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> </ol>

	4. Составьте план общего лечения. 5. Составьте план местного лечения при данной патологии.
--	---

<b>Билет № 21</b>	
-------------------	--

1.	Эндодонтические инструменты. Классификация по назначению. Стандартизация по ISO. Принципы работы машинными и ручными эндодонтическими инструментами.
2.	Этапы операции удаления зуба. Инструменты для удаления зубов на нижней челюсти. Положение пациента и врача при удалении различных групп зубов на нижней челюсти. Особенности удаления моляров на нижней челюсти.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Родители ребенка 7 лет обратились в клинику детской стоматологии с жалобами на изменение цвета эмали временных клыков. <b>Объективно:</b> на вестибулярных поверхностях 5.2, 5.1, 6.1, 6.2, 7.3, 8.3. имеются неглубокие кариозные полости, зондирование слабо болезненно. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Предложите метод лечения. 4. К каким смежным специалистам порекомендуете обратиться и почему? 5. Дайте рекомендации маме по гигиене полости рта ребенка. 6. Как будет определяться интенсивность кариеса зубов?

<b>Билет № 22</b>	
-------------------	--

1.	Вспомогательные методы обследования ортопедического больного. Рентгенологические методы исследования.
2.	Этапы операции удаления зуба. Инструменты для удаления зубов на верхней челюсти. Положение пациента и врача при удалении различных групп зубов на верхней челюсти. Особенности удаления моляров на верхней челюсти.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> 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 пломбирочного материала. На рентгенограмме виден канал зуба, запломбированный до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет. <b>Вопросы:</b> 1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба. 2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на этот зуб. 3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки. 4. Расскажите о видах уступов при ее изготовлении. 5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.

<b>Билет № 23</b>	
-------------------	--

1.	Частичное отсутствие зубов. Этиология. Клиника. Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди.
2.	Удаление третьих моляров на нижней челюсти: обезболивание, выбор инструментов для удаления, методика, элеваторами с учетом стадии прорезывания и состояния коронковой части зуба.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Пациент в возрасте 22 лет, обратился в стоматологическую поликлинику по поводу острой боли. Во время стоматологического приема, пациент потерял сознание. При осмотре пациент бледен, кожные покровы влажные. АД=100/50, ЧСС= 46. <b>Вопросы:</b>

	1. Поставьте предварительный диагноз возникшего неоложного состояния. 2. Составьте план Ваших действий
--	---

<b>Билет № 24</b>	
1.	Классификация, этиология, патогенез заболеваний пародонта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика пародонтита.
2.	Удаление передней группы зубов на нижней челюсти: обезболивание, выбор инструментов для удаления отдельных зубов, биомеханика удаления зубов с их помощью, возможные осложнения, их профилактика.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Пациентка Н. 29 лет обратилась в стоматологическую поликлинику в целях профилактического осмотра. Пол года назад, пациентка проходила плановую санацию полости рта. <b>Вопросы:</b> 1. Проведите оценку заполнения медицинской карты пациента. 2. Определите интенсивность кариозного процесса у данного пациента. 3. Проведите оценку качества реставраций и качества эндодонтического лечения.

<b>Билет № 25</b>	
1.	Классификации периодонтитов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых форм периодонтитов и обострения хронического периодонтита.
2.	Функциональная жевательная проба по С.Е. Гельману. Физиологическая проба по И.С. Рубинову. Методика проведения пробы Мак-Клюра-Олдрича (волдырной пробы).
3.	<b>Ситуационная задача.</b> У ребёнка 7 лет в процессе лечения пневмонии антибиотиками появились сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налёт на языке. Мать счищала налёт, но он возникал вновь. Обратились за консультацией. При осмотре выявлена гиперемия слизистой оболочки полости рта, белый налёт на языке при поскабливании удаляется не полностью. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Назначьте специальные методы обследования. 3. Поставьте окончательный диагноз. 4. Укажите этиологию заболевания. 5. Назначьте лечение. 6. Профилактика данного заболевания.

<b>Билет № 26</b>	
1.	Стоматологические пломбировочные материалы, классификация. Требования предъявляемые к стоматологическим материалам для постоянного пломбирования. Композиционные материалы.
2.	Способы получения слепков с беззубых челюстей. Функциональные пробы по Гербсту.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Ребёнку 13 лет. Обратился в клинику с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приёме пищи, чистке зубов. При осмотре выявлена гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, скученность зубов. Гигиена полости рта неудовлетворительная. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента. 4. Представьте ориентировочный план лечения пациента.

5. Консультации каких специалистов Вы рекомендуете пациенту?

**Билет № 27**

1.	Анатомо-физиологические особенности развития челюстных костей в период внутриутробного и внеутробного развития (в разные периоды развития ребенка).
2.	Основные принципы и этапы препарирования кариозных полостей II, III, IV классов. Техника препарирования, инструменты. Ошибки и осложнения при препарировании, их профилактика.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания. <b>Вопросы:</b> 1. Врачебная тактика по отношению к данному пациенту. 2. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций?

**Билет № 28**

1.	Кариес временных зубов. Этиология, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика с пульпитом, периодонтитом. Методы лечения в зависимости от стадии процесса. Профилактика.
2.	Методы obturation системы корневых каналов с применением гуттаперчи. Достоинства и недостатки. Показания и противопоказания к применению. Техника работы.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Больной 11 лет жалуется на косметический дефект верхнего зубного ряда. При осмотре со стороны полости рта определяется промежуток между 11, 21 зубами, равный 5,0 мм. Уздечка верхней губы расположена низко и начинается от десневого сосочка. Зубные ряды правильной формы. 16, 26 зубы расположены нейтрально. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте диагноз. 2. Какой метод исследования необходимо использовать для уточнения диагноза. 3. Как будет проводиться диспансерное наблюдение?

**Билет № 29**

1.	Фтор, кальций, фосфор в схеме эндогенной профилактики кариеса. Источники поступления фтора в организм. Показания и особенности к применению. Реминерализующая терапия. Понятие о свойствах эмали - проницаемость, ре- и деминерализация эмали. Средства, используемые для реминерализующей терапии.
2.	Инструментальная обработка системы корневых каналов. Методы оборудования, инструментарий. Этапы работы. Апекслокация. Методы определения рабочей длины.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Пациент Ч. 28 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов, кратковременную, быстропроходящую боль при приёме сладкой или холодной пищи. В анамнезе ортодонтическое лечение с использованием несъёмного аппарата. <b>Объективно:</b> зуб 21 – на дистальной контактной поверхности кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование дна и стенок кариозной полости болезненное. Перкуссия зуба безболезненная. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Составьте план лечения.

5. Укажите последовательность этапов реставрации данной полости.

#### Билет № 30

1.	Одонтогенный периостит челюстей: определение понятия, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
2.	Оборудование и инструменты для удаления зубных отложений. Виды, техника работы. Способы удаления зубных отложений. Методы чистки зубов.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Пациент Ф. 29 лет обратился в клинику с целью профилактического осмотра, жалоб не предъявляет. <b>Из анамнеза:</b> к стоматологу обратился впервые за последние 4 года. <b>Объективно:</b> зуб 17 - на окклюзионной поверхности на дистальном щёчном бугре кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Составьте план лечения. 5. Охарактеризуйте класс данной кариозной полости в соответствии с классификацией Блэка. 6. Назначьте дату профилактического осмотра.

#### Билет № 31

1.	Анатомическое строение ВНЧС. Острый артрит ВНЧС: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Дифференциально-диагностические признаки артрита и артроза ВНЧС.
2.	Методика избирательного шлифования зубов. Осложнения и способы их профилактики.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> В клинику обратилась пациентка Т. 59 лет с жалобами на эстетические дефекты и выраженную чувствительность передних зубов верхней челюсти. <b>Анамнез:</b> перенесённые и сопутствующие заболевания: хронический гастрит с повышенной кислотностью. <b>При внешнем осмотре:</b> кожные покровы без видимой патологии. <b>При осмотре полости рта:</b> на вестибулярной поверхности зубов 1.1, 2.1, 2.2 – дефекты эмали и дентина блюдцеобразной формы. <b>Вопросы:</b> 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причины возникновения данного заболевания. 4. Составьте план лечения. 5. Подберите индивидуальные средства гигиены полости рта при данной патологии.

#### Билет № 32

1.	Классификации пульпитов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых форм пульпитов.
2.	Тактика врача стоматолога ортопеда при врожденных дефектах твердого и мягкого неба.
3.	<b>Ситуационная задача.</b> Пациентка П. 23 года обратилась в клинику с жалобой на попадание пищи между зубами верхней челюсти справа, периодически возникающую кратковременную боль при приёме холодной и сладкой воды и пищи.

	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Перечислите возможные ошибки при пломбировании кариозной полости II класса по Блэку зуба 26.</li> </ol>
--	---

<b>Билет № 33</b>	
1.	Классификация некариозных поражений зубов. Эндемический флюороз. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
2.	Особенности лечения периодонтита однокорневых и многокорневых временных зубов. Особенности лечения периодонтита однокорневых и многокорневых постоянных зубов с несформированными корнями.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Больной 52 лет находится на диспансерном наблюдении. Диагноз: пародонтит средне – тяжелой степени тяжести генерализованная форма. На нижней челюсти определяется подвижность зубов первой и второй степени Прикус глубокий. Продолжается активное лечение заболевания. Планируется полный курс комплексной лечебно – профилактической терапии.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите план ортопедических вмешательств для данного пациента, с целью вторичной профилактики заболевания.</li> </ol>

<b>Билет № 34</b>	
1.	Классификация переломов верхней челюсти. Переломы верхней челюсти по Фор 1: диагностика, клиника, лечение.
2.	Инвазивная и неинвазивная методики герметизации фиссур: показания и этапы проведения. Сроки проведения герметизации фиссур. Материалы используемые для герметизации фиссур.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Больной 56 лет. Три года назад проведено комплексное лечение заболевания пародонта.</p> <p><b>Диагноз:</b> генерализованный пародонтит средней степени тяжести хроническое течение. Подвижные зубы, шинированы несъемной шиной Мамлока. Пациент на диспансерном учете.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите сроки и методы профилактического лечения у данного пациента.</li> </ol>

<b>Билет № 35</b>	
1.	Слюннокаменная болезнь: этиология, клиническая картина, диагностика, осложнения, профилактика заболевания.
2.	Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта. Методы избирательного шлифования.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> В стоматологическую поликлинику с острой болью в 3.6 зубе обратился пациент, из клинического анамнеза установлено, что пациент ВИЧ инфицирован.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваши действия при приеме ВИЧ инфицированного пациента.</li> <li>2. Как будет выполняться препарирование кариозных полостей у этого пациента?</li> <li>3. Назовите приказ регламентирующий прием ВИЧ инфицированных пациентов.</li> </ol>

<b>Билет № 36</b>	
-------------------	--



1.	Операция удаления зуба. Показания, противопоказания. Особенности удаления зубов и корней на нижней челюсти. Выбор инструментов. Методика, осложнения, профилактика.
2.	Правила препарирования зубов для изготовления ортопедических конструкций при помощи CEREC. Методика изготовления винира с помощью автономной технологии CEREC.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пятен коричневого цвета на передних зубах верхней челюсти на передних зубах верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что пятна обнаружены после окончания ортодонтического лечения зубов 1.3, 1, 2, 1.1, 2,1, 2.2, выявлены пятна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Определите интенсивность кариозного процесса.</li> <li>3. Укажите причину появления данной патологии.</li> <li>4. Составьте план лечения и профилактики.</li> </ol>

#### Билет № 37

1.	Одонтогенный остеомиелит. Классификация, этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Особенности течения острой стадии при остеомиелите верхней и нижней челюсти. Лечебная тактика.
2.	Оказание первой помощи детям при острой форме пульпита и периодонтита
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациент В. 19 лет жалуется на боль и припухлость в области твёрдого нёба слева, болезненность при приёме пищи, головную боль, слабость, повышение температуры тела.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> 4 дня назад у пациента появилась боль в зубе 2.4. Накусывание на зуб было болезненным. К врачу не обращался. Полоскал рот тёплым раствором ромашки. Позднее боль в зубе стала стихать, но появилась боль и припухлость со стороны твёрдого нёба. Повысилась температура тела.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает, считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,9 °С.</p> <p><b>При осмотре:</b> конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. При пальпации поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабоболезненный.</p> <p>В полости рта: зуб 2.4 под пломбой. Зуб изменен в цвете. Перкуссия зуба 2.4 слабоболезненна. На твёрдом нёбе в области зуба 2.4 определяется припухлость полушаровидной формы. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна, пальпируется инфильтрат с размягчением и флюктуацией.</p> <p><b>На рентгенограмме:</b> в области верхушки корня зуба 2.4 отмечается очаг деструкции костной ткани с нечёткими контурами.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.</li> <li>4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.</li> <li>5. Возможное местное осложнение.</li> <li>6. Возможна ли выдача пациенту листа временной нетрудоспособности при данном заболевании?</li> </ol>

#### Билет № 38

1.	Кариес зубов - определение, классификация. Клиника, диагностика,
----	--

	дифференциальная диагностика, лечение быстро прогрессирующего глубокого кариеса.
2.	Индексная оценка кариеса зубов у детей (распространённость, интенсивность кариеса, прирост интенсивности). Индекс гигиены полости рта Федорова Ю.А. – Володкиной В.В. Определение индекса гингивита у детей (РМА).
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> 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><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.</p> <p><b>При осмотре:</b> конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p><b>В полости рта:</b> 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 слабобезболезненна.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.</li> <li>4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.</li> <li>5. Какое местное осложнение развилось у пациента?</li> </ol>

<b>Билет № 39</b>	
1.	Гиперестезия твердых тканей зуба. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2.	Методика определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Этапы, составляющие этот прием. Возможные ошибки определения центрального соотношения беззубых челюстей, методы: выявления и устранения.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациент Т., 23 года, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на сильную боль позади второго моляра на нижней челюсти слева, усиливающаяся при жевании, ограниченное открывание рта, слабобезболезненное глотание.</p> <p><b>Развитие настоящего заболевания:</b> боль беспокоит периодически в течение одного года. За последние несколько дней боль значительно усилилась.</p> <p><b>Перенесённые и сопутствующие заболевания:</b> аллергические реакции отрицает. Считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C.</p> <p><b>При осмотре:</b> конфигурация лица не изменена. Открывание рта слабобезболезненное, ограниченное до 3 см между центральными резцами. При пальпации определяется увеличенный единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева, слабо болезненный, подвижный.</p> <p><b>В полости рта:</b> зуб 3.8 покрыт гиперемированным и отёчным капюшоном слизистой оболочкой на <math>\frac{3}{4}</math> окклюзионной поверхности. Прорезался один медиально-щёчный бугор зуба. Пальпация слизистой оболочки и капюшона болезненна, из-под капюшона выделяется гной.</p> <p><b>На рентгенограмме:</b> зуб 3.8 имеет медиальный наклон коронки в сторону второго моляра. Определяется деструкция кости у дистального края коронки зуба,</p>

	распространяясь вдоль корня. Очаг разрежения имеет полулунную форму.
	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.</li> <li>4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.</li> <li>5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.</li> </ol>

<b>Билет № 40</b>	
1.	Биомеханика нижней челюсти. Сагиттальные движения нижней челюсти. Сагиттальный резцовый и суставной пути, их характеристика.
2.	Острый гингивит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
3.	<p><b>Ситуационная задача.</b> Пациентка 12 лет обратилась к стоматологу с жалобами на ограниченное открывание рта из-за болезненности, боли в губах при разговоре, приёме пищи, стянутость губ, зуд, эстетический недостаток. Впервые заболевание возникло в 7-летнем возрасте (со слов матери). Заболевание прогрессирует с каждым годом особенно в осенне-зимний период, летом отмечается ремиссия. Пациентка страдает дерматитом и аллергией на пищевые продукты (шоколад, цитрусовые).  <b>Вредные привычки:</b> облизывает и кусает губы, расчёсывает углы рта. Лечилась у дерматолога без выраженного лечебного эффекта. У матери в течение многих лет имеются заеды.            Регионарные лимфоузлы не пальпируются.  <b>При внешнем осмотре:</b> красная кайма губ сухая, имеется множество мелких трещин на фоне умеренного отёка и гиперемии.            Патологические изменения распространяются на углы рта и периоральную кожу.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Укажите причины данного заболевания губ.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.</li> <li>4. Составьте план обследования и комплексного лечения.</li> <li>5. Определите прогноз заболевания.</li> </ol>