



Клиническая практика (Помощник врача стоматолога (детского))

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии	
Учебный план	31050350_18_1сд.plx 31.05.03 Стоматология	
Квалификация	специалист	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	3 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	108	Виды контроля в семестрах: зачеты с оценкой 9
в том числе:		
аудиторные занятия	0	
самостоятельная работа	108	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	9 (5.1)		Итого	
	уп	рпд		
Неделя	18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Сам. работа	108	108	108	108
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

к.м.н., Зав. кафедрой, Нуритдинов Р.М.; преподаватель, Джумалиев Н.Б.

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, зав. каф. хирургической стоматологии КРСУ., Мамытова А.Б.

Рабочая программа дисциплины

Клиническая практика (Помощник врача-стоматолога (детского))

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 05.06.2018 г. № 1.

Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.

Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04.09.2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26.08.2019 г. № 1
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью производственной практики является профессионально-практическая подготовка обучающихся, ориентированная на углубление теоретической подготовки и закрепление у студентов практических умений и компетенций по стоматологическим заболеваниям у детей. Практика стационарная
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б2.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Акушерство
2.1.2	Неврология
2.1.3	Педиатрия
2.1.4	Оториноларингология
2.1.5	Офтальмология
2.1.6	Внутренние болезни, Клиническая фармакология
2.1.7	Медицина катастроф
2.1.8	Стандарты диагностики
2.1.9	Фармакология
2.1.10	Гигиена
2.1.11	Биологическая химия - биохимия полости рта
2.1.12	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.13	Биология
2.1.14	Латинский язык
2.1.15	Оперативная хирургия
2.1.16	Топографическая анатомия головы и шеи
2.1.17	История
2.1.18	Основы информатики
2.1.19	Физика, математика
2.1.20	Химия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОК-5: готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала****Знать:**

Уровень 1	Основные физиологические состояния патологические процессы в организме человека
Уровень 2	Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики и лечения стоматологических заболеваний
Уровень 3	Оценку методов диагностики, лечения, возможных ошибок и осложнений

Уметь:

Уровень 1	Описать физиологические состояния и патологические процессы в организме человека
Уровень 2	Определить необходимые методы диагностики и лечения
Уровень 3	Оценить методы диагностики, лечения и возможных осложнений стоматологических заболеваний

Владеть:

Уровень 1	Навыками работы с физиологическими состояниями и патологическими процессами в организме человека
Уровень 2	Навыками выбора современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики и составления плана лечения

Уровень 3	Навыками оценки медов диагностики, лечения и возможных осложнений стоматологических заболеваний
ПК-8: способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	
Знать:	
Уровень 1	Медицинское применение лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач
Уровень 2	Основные назначения различных групп лекарственных препаратов
Уровень 3	Основные направления и проблематику назначений лекарственных препаратов при различных заболеваниях
Уметь:	
Уровень 1	Раскрыть смысл применения лекарственных препаратов и иные вещества и в комбинации при решении профессиональных задач
Уровень 2	Выбирать лекарственные препараты для назначения при различных стоматологических заболеваниях
Уровень 3	Назначить лекарственные препараты при различных заболеваниях
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы медицинскими источниками о применении лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач
Уровень 2	Приемами поиска, выбора лечения препаратами при различных стоматологических заболеваний
Уровень 3	Навыками назначения лекарственных препаратов при различных заболеваниях

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	-этиологию, патогенез, клинику распространенных стоматологических заболеваний у детей (кариес, пульпит, периодонтит, некариозные поражения, заболевания слизистой оболочки и пародонта, травмы зубов и их осложнения, их взаимосвязь с общими заболеваниями организма, принципы их лечения и профилактики.
3.1.2	- знать общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий
3.1.3	-значение стоматологической диспансеризации и роль врача стоматолога общей практики в профилактике заболеваний зубочелюстной системы.
3.1.4	- вопросы организации работы детского врача – стоматолога.
3.1.5	-методы регистрации и критерии оценки состояния твёрдых тканей зубов, тканей пародонта, гигиенического состояния полости рта.
3.1.6	- основные пломбировочные материалы, применяемые в детской стоматологии.
3.1.7	- ошибки и осложнений возникающие на различных этапах диагностики и лечения зубов и методы их предотвращения и устранения.
3.1.8	-основные и дополнительные методы лечения поражений твердых тканей зубов у детей, включая современные методы лечения.
3.1.9	- основные и дополнительные методы диагностики патологических состояний твердых тканей зубов.
3.2	Уметь:
3.2.1	-проводить стоматологический осмотр пациента и оформлять историю болезни;
3.2.2	-записывать зубную формулу постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения;
3.2.3	-определять состояние твердых тканей зубов с помощью индексов КПУ, кпу, кп зубов и поверхностей;
3.2.4	-определять распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в группе обследованных;
3.2.5	-определять гигиеническое состояние полости рта с применением индексов;
3.2.6	-осуществлять индивидуальный подбор средств гигиены полости рта пациенту в зависимости от возраста и состояния полости рта;
3.2.7	-лечение кариеса временных и постоянных зубов;
3.2.8	-лечение пульпита по методу полного удаления пульпы, частичного удаления пульпы, сохранения пульпы;
3.2.9	-лечение периодонтита временных и постоянных зубов;

3.2.10	-лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта;
3.2.11	-применять реминерализующие средства;
3.2.12	-проводить герметизацию фиссур зубов различными герметиками;
3.2.13	-проводить беседы (индивидуальные, групповые), лекции с различным контингентом населения по предупреждению возникновения и развития ---стоматологических заболеваний;
3.2.14	-проводить «уроки здоровья» в организованных детских и взрослых коллективах;
3.2.15	-разрабатывать материалы по стоматологическому просвещению;
3.2.16	участие во врачебных конференциях.
3.3	Владеть:
3.3.1	- методикой клинического обследования здорового ребенка и при заболеваниях челюстно-лицевой области в разном возрасте: кожи, лимфатических узлов, оценки состояния зубов, пародонта, слизистой оболочки, основных функций и т.д;
3.3.2	- современными методами диагностики кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов у детей;
3.3.3	- современными методами лечения (инвазивными и малоинвазивными) и профилактики кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов у детей;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Подготовительный этап.						
1.1	Стоматологическое обследование пациента. /Ср/	9	18	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	Клиника, диагностика и лечение кариеса зубов у детей /Ср/	9	24	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.3	Клиника, диагностика и лечение осложненных форм кариеса /Ср/	9	24	ОК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.4	Клиника, диагностика и лечение слизистой оболочки полости рта и парадонта /Ср/	9	18	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.5	Профилактика кариеса зубов. /Ср/	9	12	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.6	Стоматологическое просвещение /Ср/	9	12	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.7	/ЗачётСОц/	9	0	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

“Введение в специальность. Общие вопросы. Общие понятия. Диагностика”:

1. Медицинская документация, требования к оформлению амбулаторной истории болезни. Оснащение детского стоматологического кабинета.
2. Деонтология и врачебная этика. Организация работы детского стоматологического отделения и кабинета стоматологической поликлиники.
3. Асептика и антисептика в детской стоматологии. Основные требования, предъявляемые к организации детского кабинета в стоматологической поликлинике.
4. Современные методы асептики и антисептики.
5. Анестетики, применяемые в стоматологии для местного обезболивания.
6. Виды местного обезболивания в детской стоматологии. Современные средства и инструменты, используемые для проведения местной анестезии.
7. Общая характеристика неинъекционных методов обезболивания, применяемых в детской стоматологии.
8. Виды общего обезболивания в детской стоматологии, показания к применению, подготовка больного, возможные осложнения, профилактика.
9. Виды премедикации, применяемые в стоматологической практике.

10. Методы инфльтрационной анестезии при удалении зубов - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения.
11. Методики проводникового обезболивания при проведении вмешательств на верхней челюсти. 12. Проводниковое обезболивание у резцового отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, осложнения.
13. Проводниковое обезболивание у подглазничного отверстия - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
14. Проводниковое обезболивание у большого небного отверстия - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
15. Методика проводникового обезболивания у бугра верхней челюсти. Осложнения и их профилактика.
16. Проводниковое обезболивание у овального отверстия по Вайсблату - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
17. Проводниковое обезболивание у круглого отверстия по Вайсблату - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
18. Показания к использованию анестезии методом ползучего инфильтрата по Вишневному. Методика проведения.
19. Способ раздельной анестезии второй и третьей ветвей тройничного нерва.
20. Проводниковая анестезия у подбородочного отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
21. Проводниковое обезболивание на нижнечелюстном возвышении по Вейсбрему - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
22. Проводниковая анестезия у нижнечелюстного отверстия (мандибулярная) - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.
23. Сравнительная оценка мандибулярной и торусальной анестезии.
24. Анестезия по Берше-Дубову-Уварову. Показания к применению. Методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.
25. Выбор способа анестезии при удалении отдельных групп зубов на верхней челюсти.
26. Выбор способа анестезии при удалении отдельных групп зубов на нижней челюсти.
27. Местные осложнения при проведении проводниковой и инфльтрационной анестезии: клиника, диагностика, профилактика и лечение.
28. Общие осложнения при местном обезболивании. Патогенез, клиника, лечение, предупреждение.
29. Объективные методы обследования с применением современных диагностических препаратов.
30. Обоснование применения вазоконстрикторов при местном обезболивании. Дозировка вазоконстрикторов, противопоказания к их применению.

“Кариес и некариозные поражения временных и постоянных зубов у детей и подростков”:

1. Кариес временных и постоянных зубов у детей и подростков. Определение. Распространенность. Интенсивность. Учета заболеваемости.
2. Этиология. Патогенез. Классификация (клинические, МКБ).
3. Начальный (в стадии пятна): морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Поверхностный: морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. 5. Средний : морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Глубокий кариес: морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении кариеса.
8. Профилактика.
9. Современные пломбировочные материалы и методики для реставрации твердых тканей зубов. Выбор пломбировочного материала.
10. Некариозные поражения временных и постоянных зубов у детей и подростков. Этиология, патогенез, классификации некариозных поражений (клиническая, МКБ).
11. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов (гипоплазия эмали, гиперплазия эмали, флюороз, наследственные нарушения развития тканей зубов, медикаментозные и токсические нарушения развития тканей зубов). Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
12. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (повышенная стираемость, клиновидные дефекты, эрозии, медикаментозные и токсические нарушения развития тканей зубов, травма зубов, некроз твердых тканей, повышенная чувствительность (гиперестезия) зубов. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

“Осложнения кариеса временных и постоянных зубов к детей и подростков”:

1. Заболевания пульпы временных и постоянных зубов у детей и подростков. Этиология, патогенез, классификация (клинические, МКБ).
2. Основные и дополнительные методы обследования больных с воспалением пульпы зуба.
3. Клиника, диагностика, лечение обратимых и необратимых форм пульпита.
4. Клиническое и анато-морфологическое обоснование к выбору метода лечения.
5. Ошибки и осложнения во время и после лечения пульпита, их предупреждение и лечение. Профилактика пульпита.
6. Заболевания периодонта временных и постоянных зубов у детей и подростков.
7. Анато-физиологические особенности периодонта временных и постоянных зубов на различных этапах развития.
8. Этиология, патогенез периодонтита.
9. Классификация (клиническая, МКБ).
10. Диагностика. Дифференциальная диагностика различных форм периодонтита. Лечение.

11. Одонтогенный сепсис.
12. Очагово-обусловленные заболевания.
13. Тактика врача стоматолога детского при выборе метода лечения хронического периодонтита у лиц, страдающих заболеваниями инфекционно-аллергической природы.
14. Осложнения при лечении периодонтита. Пути предупреждения и устранения.

“Заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей и подростков”:

1. Патологические процессы в слизистой оболочке. Элементы поражения. Значение общего и местного факторов, условий, способствующих развитию патологического процесса.
2. Распространенность основных нозологических форм ЗСОПР. Особенности обследования больных с ЗСОПР.
3. Классификация (клиническая, МКБ).
4. Травма (травматическая эрозия, язва, лучевое поражение, ожог, гальванизм, лейкоплакия, актинический хейлит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Вирусные заболевания: простой лишай, опоясывающий лишай, СПИД, герпетическая ангина.
6. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.
7. Грибковое поражение, кандидоз.
8. Сифилис, особенности поведения врача при приеме этой группы больных.
9. Аллергические заболевания. Отек Квинке. Многоформная экссудативная эритема. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
10. Медикаментозная интоксикация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика.
11. Поражения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях.
12. Поражения слизистой оболочки при дерматозах (плоский лишай, красная волчанка, пузырчатка, дерматит Дюринга).
13. Аномалии и заболевания языка: складчатый язык, ромбовидный, десквамативный глоссит. Волосатый (черный) язык. Хейлит: glandулярный, эксфолиативный, экзематозный, макрохейлит Мелькерсона-Розенталя, хронические трещины, предрак и рак слизистой оболочки. Классификация предраковых заболеваний. Профилактика.
14. Строение и функции пародонта. Обследование больного с патологией пародонта. Этиология, патогенез, классификации. Распространенность болезней пародонта у различных групп населения.
15. Зубные отложения. Методика оценки гигиенического состояния. Индексы гигиены, СРITN. Методы удаления зубных отложений. Вид окклюзии.
16. Исследование состояния сосудов десен, стоматоскопия, капилляроскопия. Дополнительные методы: внутриротовая рентгенограмма, панорамная рентгенография, лабораторные исследования – цитология содержимого пародонтального кармана. Исследование десневой жидкости, миграция лейкоцитов по М.А. Ясиновскому, микробиологические и гистологические исследования. Комплексное обследование.
17. Классификация заболеваний пародонта (1983), МКБ. Гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов. Распространенность. Клиника, дифференциальная диагностика различных форм гингивита. Лечение: местное и общее.
18. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы комплексного лечения. Показания к выбору методов и средств местного и общего лечения в зависимости от тяжести и стадии пародонтита. Физические методы в комплексном лечении пародонтита.
19. Заболевания с прогрессирующим лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений. Лечение.
20. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Значение поддержания гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта. Диспансеризация.

“Зубочелюстные аномалии у детей и подростков”:

1. Характеристика прикуса в норме и патологии в различные возрастные периоды
2. Этиология зубо-челюстных аномалий и деформаций
3. Диагностика в ортодонтии.
4. Лечение и вторичная профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций

“Одонтогенные воспалительные заболевания, травма зубов у детей и подростков”:

1. Обезболивание.
2. Операция удаления временного и постоянного зуба у детей и подростков
3. Ретенированные и дистопированные зубы
4. Воспалительные одонтогенные заболевания челюстно-лицевой области.
5. Заболевания и височно-нижнечелюстного сустава.
6. Болезни слюнных желез.
7. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области
8. Острая травма зубов у детей и подростков
9. Пороки развития зубов, челюстей и лица

Вопросы для проверки уровня обученности УМЕТЬ, ВЛАДЕТЬ:

1. Методы витальной ампутации и экстирпации при лечении пульпита постоянных зубов у детей. Показания и методика.
2. Пломбировочные материалы, применяемые при лечении постоянных зубов у детей. Классификация, критерии выбора
3. Несовершенный амелогенез, причины, клинические формы, лечение.
4. Пломбировочные материалы, применяемые при лечении временных зубов. Показания к выбору. Ошибки в применении, возможные осложнения.
5. Диагностика хронического периодонтита постоянных зубов с законченным формированием корней.
6. Глубокий кариес постоянных зубов у детей. Клиника, диагностика, особенности лечения.

7. Лечение хронического периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
8. Биологический метод лечения пульпита постоянных зубов у детей. Показания, методика.
9. Ошибки и осложнения при лечении пульпита постоянных зубов у детей.
10. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита временных и постоянных зубов у детей.
11. Клиника и диагностика острого периодонтита постоянных зубов с законченным формированием корней.
12. Гипоплазия эмали постоянных зубов: этиология, клинические формы, лечение.
13. Характеристика материалов, применяемых для пломбирования корневых каналов при лечении зубов у детей.
14. Особенности строения периодонта: этиология, патогенез, классификация периодонтита.
15. Этиология, патогенез и классификация периодонтита у детей.
16. Осложненный перелом коронки зуба: варианты, клиника, тактика врача, исходы.
17. Несовершенный дентиногенез. Синдром Стентона-Капдепона. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
18. Травма коронки зуба: варианты, клиника, тактика врача, исходы.
19. Клиника и диагностика острого периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
20. Клиника и диагностика хронического периодонтита постоянных зубов с незаконченным формированием корней.
21. Этиология, патогенез и классификация пульпитов у детей.
22. Флюороз зубов. Этиология, классификация, профилактика.
23. Клиника и дифференциальная диагностика хронических форм пульпита постоянных зубов.
24. Клиника и диагностика острого и обострившегося хронического пульпита постоянных зубов у детей.
25. Клиника и диагностика острого и обострившегося хронического периодонтита временных зубов.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен проделать следующее:
 - 1) Ознакомиться с тематикой;
 - 2) Установить доверительный контакт;
 - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
 - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);
 - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
 - 6) Произвести осмотр и обследование пациента;
 - 7) Описать клинический статус;
 - 8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
 - 9) Поставить предварительный диагноз;
 - 10) Провести дифференциальный диагноз;
 - 11) Поставить клинический диагноз;
 - 12) Определить тактику предполагаемого лечения;
 - 13) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология. патогенез.
11. Лечение.

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

1. Общий осмотр ребёнка в стоматологической практике: последовательность, признаки нормы и патологии.
2. Осмотр зубов: последовательность, признаки нормы и патологии. Отличие временных и постоянных зубов. Запись зубной формулы.
3. Осмотр слизистой оболочки полости рта у детей: последовательность, признаки нормы и патологии.
4. Влияние отрицательных факторов на формирование зубов и челюстей в разные возрастные периоды.
5. Сроки закладки и минерализации временных зубов. Факторы, нарушающие формирование зубов.

6. Сроки прорезывания, формирования и резорбции корней временных зубов. Факторы, нарушающие эти процессы.
7. Сроки закладки и минерализации постоянных зубов. Влияние на формирование постоянных зубов состояния ребёнка в первый год жизни.
8. Сроки закладки и минерализации постоянных зубов. Влияние на формирование постоянных зубов заболеваний ребёнка в возрасте 1-3 лет.
9. Сроки закладки и минерализации постоянных зубов. Факторы, нарушающие их формирование у детей от 3 до 6 лет.
10. Сроки прорезывания и формирования корней постоянных зубов. Факторы, нарушающие эти процессы.
11. Методы оценки гигиены полости рта: индексы Фёдорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона, индекс Сиднее-Лоу. Пропись раствора Шиллера-Писарева.
12. Методы оценки состояния пародонта у детей: проба Шиллера-Писарева, индекс РМА, индекс SPITN, пародонтальный индекс РI.
13. Классификация зубных отложений. Методика выявления, профилактика образования зубных отложений.
14. Зубная бляшка: механизм образования, состав, влияние на ткани зуба и десны, способы удаления, контроль её образования.
15. Зубной камень: виды, механизм образования, состав, влияние на ткани пародонта, способы удаления.
16. Предметы гигиены полости рта: зубные щётки, флоссы, зубочистки, межзубные стимуляторы, ирригаторы. Критерии качества, условия хранения.
17. Зубные пасты: классификация, состав, показания к применению в разные возрастные периоды.
18. Противокариозные зубные пасты: состав, механизм действия, показания к применению, представители подклассов.
19. Противовоспалительные зубные пасты: состав, показания к применению, представители подклассов.
20. Стандартный метод чистки зубов. Наиболее часто встречающиеся нарушения методики ухода за зубами.
21. Профессиональная гигиена полости рта: последовательность, необходимые инструменты и препараты.
22. Гигиена полости рта у ортодонтических больных: предметы и средства гигиены полости рта, критерии контроля.
23. Методы гигиенического обучения и воспитания детей и подростков.
24. Последовательность гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста. Уровень формируемых знаний и навыков в разные возрастные периоды.
25. Структурная резистентность эмали. Факторы структурной резистентности эмали. Тесты для оценки.
26. Ионообмен в эмали зуба: замена в А и Х колонках гидроксиапатита. Условия и результаты вариантов обмена.
27. Механизмы деминерализации и реминерализации эмали. Условия осуществления процессов.
28. Понятие о функциональной резистентности эмали. Факторы функциональной резистентности. Тесты для оценки.
29. Роль слюны в профилактике кариеса. Способы повышения её противокариозных свойств.
30. Теоретическое обоснование реминерализующей терапии: задачи, показания к применению, условия осуществления, классификация реминерализующих средств.
31. Реминерализующие препараты, содержащие кальций и фосфор. Показания к применению. Механизм действия. Лекарственные формы и способы их введения.
32. Реминерализующие препараты, содержащие фтор. Показания к применению. Механизм действия. Лекарственные формы и способы их введения.
33. Схемы реминерализующей терапии. Обоснование последовательности введения лекарственных форм.
34. Оптимизация питания в системе кариес-профилактических мероприятий: режим питания, рацион питания, консистенция пищевых компонентов. Продукты, содержащие белки, макро- и микроэлементы, витамины. Правила кулинарной обработки пищи.
35. Роль углеводов в возникновении кариеса. Принципы рационального употребления углеводов. Значение сахарозаменителей в профилактике кариеса.
36. Схема профилактики кариеса профессора Ю.А. Фёдорова. Препараты, показания к применению. Организация коллективной и индивидуальной профилактики кариеса.
37. Способы повышения общей неспецифической резистентности организма ребёнка в целях профилактики кариеса.
38. Препараты кальция и фосфора для эндогенной профилактики кариеса. Показания к назначению. Лекарственные формы. Курс и особенности применения.
39. Фтор в схеме эндогенной профилактики кариеса: механизмы действия. Показания к применению. Источники поступления фтора в организм. Лекарственные формы. Курс и особенности применения.
40. Герметизация фиссур зубов: показания, методики, материалы.
41. Основные направления профилактики кариеса зубов у детей.
42. Основные направления профилактики заболеваний пародонта у детей.
43. Основные направления профилактики заболеваний слизистой оболочки ротовой полости у детей.

ТЕСТЫ:

Перечень тестовых вопросов согласно тематики раздела в ПРИЛОЖЕНИИ № 2.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ № 3.

Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):

Перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ № 4.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание.
 2. Курация больного.
 3. История болезни.
 4. Доклад в формате презентации или реферата.
 5. Тесты.
 6. Ситуационные задачи.
- Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Мамытова А.Б., Айдарбекова А.А.	Хирургическая стоматология: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
Л1.2	проф. Л.А.Дмитриева, проф. Ю.М.Максимосвкий. М.	Терапевтическая стоматология	«Геотар-Медиа» 2009
Л1.3	Ю.М.Максимосвкий, Л.Н.Максимосвкая, Л.Ю.Орехова.	Терапевтическая стоматология. : Учебник для студентов стоматологических факультетов	М.«Медицина» 2002

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	znanium.com	
Э2	lib.krsu.edu.kg	
Э3	biblioclub.ru	

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Освоение дисциплины "Гнатология и заболевания височно-нижнечелюстного сустава" предполагает использование следующего программного обеспечения и информационно-справочных систем:
6.3.1.2	Операционная система Microsoft Windows Professional 7 Russian
6.3.1.3	Браузер Mozilla Firefox
6.3.1.4	Браузер Google Chrome

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	- учебные аудитории, оборудованные мультимедийными (экран, проектор, ноутбук) и иными средствами обучения компьютер; сканер, принтер, комплекты слайдов для отдельных практических занятий и лекций; таблицы для практических занятий и лекций; фантом-муляж «Голова», позволяющими обучающимся осваивать теоретический материал; помещения, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
-----	---

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Самостоятельная работа обучающихся выполняется по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия. Самостоятельная работа подразделяется на самостоятельную работу на аудиторных занятиях и на внеаудиторную самостоятельную работу. Самостоятельная работа обучающихся включает как полностью самостоятельное освоение отдельных тем (разделов) дисциплины, так и проработку тем (разделов), осваиваемых во время аудиторной работы. Во время самостоятельной работы обучающиеся читают и конспектируют учебную, научную и справочную литературу, выполняют задания, направленные на закрепление знаний и отработку умений и навыков, готовятся к текущему и промежуточному контролю по дисциплине. Организация самостоятельной работы обучающихся регламентируется нормативными документами, учебно-методической литературой и электронными образовательными ресурсами.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных

контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.

3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (9 семестр - зачет, 10 семестр экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по практическому заданию студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

- а) перекличка;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы студентов на практическом задании (время – до 45%);
- 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе

следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отработывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отработываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отработываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
 - Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
 - Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
 - Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
4. Студент обязан подготовиться и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
 - использовать технические средства;
 - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
 - уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
 - четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
- Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
 - сообщение основной идеи;
 - современную оценку предмета изложения;
 - краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
 - живую интересную форму изложения;
- Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
- Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

- Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.
- План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
- Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установленной научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
- Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
- Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
- Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
- Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
- Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАНИЯМ

- Необходимо удобно разместить пациента в стоматологическом кресле: голову расположить на уровне локтя врача; одеть латексные перчатки и маску; Студент располагается впереди пациента, большой палец его правой руки фиксируют на верхней губе пациента при исследовании зубов верхней челюсти или на подбородке - при исследовании области зубов нижней челюсти в этой же руке врач держит зонд, в левой руке - стоматологическое зеркало.

Введение

Учебная программа на кафедре стоматологии детского возраста предусматривает написание истории болезни. Студенту предстоит всесторонне обследовать пациента-ребенка, провести диагностический поиск и поставить развернутый клинический диагноз. Кроме этого, необходимо спланировать, обосновать и назначить соответствующее лечение, а также определить прогноз заболевания. Полученные данные должны быть полно изложены в истории болезни.

Прежде, чем начать работать с пациентом и приступить к написанию истории болезни, необходимо помнить, что история болезни должна соответствовать определенным требованиям: отражать картину проведенного обследования, планирования профилактических и лечебных мероприятий, изменения как стоматологического, так и общего состояния пациента-ребенка в ходе проводимого лечения. Кроме того, поскольку в истории болезни представлены данные о практической деятельности врача, она является юридическим документом. Ниже изложены общие положения, которые делают работу более осмысленной и целенаправленной.

Структура истории болезни

1. Паспортная часть:

Ф.И.О.

Возраст.

Пол.

Место жительства.

Детский сад, школа.

Дата поступления.

Диагноз при поступлении. Клинический диагноз (на день курации):

а) основной;

б) сопутствующий.

2. Жалобы больного.

В этом разделе необходимо описать жалобы больного (или сопровождающего его лица) при поступлении (в день курации). Выяснить основные жалобы (которые беспокоят пациента в первую очередь), характерные для данного заболевания, задать наводящие вопросы, которые помогут пациенту (родителям) ответить на них и самостоятельно сообщить другие данные, которые дополнят клиническую картину заболевания.

Боль является наиболее частым симптомом стоматологических заболеваний, поэтому ей необходимо дать характеристику:

- а) локализация;
- б) самопроизвольная или причинная;
- в) какие факторы провоцируют, усиливают или уменьшают боль;
- г) интенсивность и характер (сильная, умеренная или слабая; ноющая, рвущая, пульсирующая, острая, тупая, иррадиирующая);
- д) продолжительность (постоянная, приступообразная);
- е) длительность болевых приступов и светлых промежутков;
- ж) наличие или отсутствие боли при накусывании на зуб.

При заболеваниях, которые сопровождаются поражением слизистой оболочки полости рта, дети или их родители могут предъявлять жалобы на высыпания в полости рта, а также на коже. При таких заболеваниях необходимо задать дополнительные уточняющие вопросы:

- ощущения во рту (боль при приеме кислой или сладкой пищи, сухость в полости рта, повышенное слюноотделение);
- жевание, глотание (свободное, болезненное, затрудненное);
- кровотечение из десен (спонтанное, при чистке зубов, при приеме пищи).

Выявить жалобы, характеризующие общее состояние и нервно-психический статус ребенка:

- общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость;
- повышение температуры тела;
- апатия, повышенная возбудимость, раздражительность;
- нарушение сна;
- миалгии, артралгии.

3. Анамнез настоящего заболевания.

Подробно описать в хронологическом порядке начальные симптомы заболевания, их дальнейшее развитие до момента обращения в клинику и начала обследования.

Провести опрос:

- когда, где и при каких обстоятельствах возникло заболевание;
- с чем связывает больной или его родственники данное заболевание;
- выяснить первые симптомы заболевания (общие проявления: температура тела, озноб, сонливость, вялость, раздражительность, нарушение сна, аппетита; и местные проявления — отек тканей, высыпания на коже и СОПР и т. д.);
- начало заболевания — острое или постепенное.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить частоту обострений, провоцирующие их факторы, сезонность. Выяснить куда и когда пациент обращался за медицинской помощью, какой диагноз был поставлен, проводились ли ранее дополнительные методы исследования

и их результаты, какое лечение было назначено и его эффективность. Находится ли ребенок на диспансерном учете, какое получал профилактическое лечение и когда. Выяснить когда было последнее обострение, его симптомы и лечение рецидива.

4. Анамнез жизни.

При сборе анамнеза жизни ребенка у родителей выясняют материально-бытовые условия (в каких условиях рос и развивался, где родился). Выясняют течение беременности и родов у матери (антенатальный и постнатальный периоды), особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических или системных заболеваний; наличие вредных привычек (сосание пальцев, щек, сосок и др.); аллергологический анамнез, наследственность, выявить факторы риска развития кариеса и некариозных поражений, режим и характер питания, активность кариеса временных зубов у ребенка, у матери, травма зубов и т. д., герпетическая инфекция у родственников.

5. Данные объективного обследования больного.

Оценка общего состояния: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Психоземциональное состояние: спокоен, возбужден, общителен.

Физическое развитие: соответствует возрасту, отставание, опережение.

Осанка: правильная, патологическая.

Походка: свободная, затрудненная.

Телосложение: гармоничное, гипостеничное, гиперстеничное.

Внешний осмотр ЧЛЮ.

Выявляют симметричность лица и шеи, форму ушной раковины.

Состояние кожных покровов (цвет, пигментация, сухость, элементы поражения).

Красная кайма губ (цвет, отечность, влажная, сухая, наличие элементов поражения).

Переносица (узкая, широкая, входы в преддверие носа овальные, округлые или щелевидные).

Оценка состояния лимфатических узлов. Локализация и порядок исследования: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (передние, задние), трахеальные;

- болезненные, безболезненные;
- форма (овальные, округлые);
- поверхность (гладкая, бугристая);
- консистенция (твердая, мягкая, эластичная, однородная, неоднородная);
- спаянные с кожей, клетчаткой и между собой;
- подвижность;
- размер (мм);

– состояние кожи над ними (цвет, температура).

Оценка функции речеобразования (нарушение произношения звуков «ш», «с», «з», «р»).

Состояние ВНЧС — движения плавные, безболезненные, в полном объеме, без щелчков и хруста, скачкообразные, болезненные.

Оценка функции дыхания (свободное, затрудненное, носовое, ротовое, смешанное).

Оценка функции глотания (соматический, инфантильный или смешанный тип), подробно описать диагностированный тип глотания.

Оценка функции жевания: активное, вялое, одностороннее или двустороннее, охотно ли ребенок употребляет твердую пищу, не запивает ли ее жидкостью или предпочитает мягкую пищу, обратить внимание на стертость бугров временных зубов, наличие трем и зубных отложений.

Осмотр полости рта проводят в следующей последовательности:

Осмотр слизистой оболочки полости рта: губ, щек, нёба, спинки языка и дна полости рта; цвет и влажность, наличие элементов поражения (пятна, везикулы, эрозии, афты), их количество, размер, локализация, болезненность; характер налета (фибринозный, некротический), цвет налета (серый, желтый).

Выводные протоки слюнных желез. Характер слюны (жидкая, прозрачная, вязкая, скудная, мутная). Язык: окраска, выраженность сосочков, степень ороговения, наличие налета, его качество (легко снимается, с трудом снимается).

Исследование архитектоники преддверия полости рта: уздечки губ, боковые тяжи, уздечка языка; определение глубины преддверия, осмотр уздечек (место прикрепления, длина, толщина, подвижность ее); боковые тяжи — сильные, средние, слабые. Уздечка языка: длина, толщина, мощная, место прикрепления (средняя треть языка, передняя треть языка); кончик языка при высунутом положении: раздвоен, подгибается книзу, округленный, острый. Движения языка ограничены или нет.

Оценка состояния периодонта. Состояние десны: выраженность десневых сосочков, окраска, консистенция, форма, плотно прилегает к зубам или нет, кровоточивость, наличие элементов поражения, налета, десквамации, свищей. Определение индексов и их интерпретация: гингивальные (РМА, GI); периодонтальные (КПИ);

Определение прикуса. Прикус характеризуют по трем позициям: соотношение челюстей в сагиттальной, вертикальной и горизонтальной плоскостях; форма зубных дуг: положение отдельных зубов.

Оценка состояния зубов. Зубная формула для временного и постоянного прикуса заполняется по принятой в Республике Беларусь форме. Определение интенсивности кариеса зубов (кпуз, КПУЗ, кпуз+КПУЗ, УИК) и гигиены полости рта (PLI, ОНI-S).

Оценка кариозных и некариозных поражений зубов: локализация кариозной полости, глубина поражения, состояние стенок и дна кариозной полости (плотность, окраска твердых тканей, результаты зондирования кариозной полости).

6. Предварительный диагноз.

Необходимо сгруппировать главные симптомы заболевания в симптомокомплексы и предположить наиболее вероятное заболевание. Предварительный диагноз ставится на основании жалоб (указать каких), данных анамнеза (указать каких), клинических признаков (указать каких), результатов основных методов обследования (все перечислить).

7. Дополнительные методы исследования.

В этом разделе необходимо перечислить методы, применяемые для диагностики, описываемого в истории болезни заболевания. Кратко изложить суть метода, его диагностическую и прогностическую ценность.

Например: цитологический метод используется для диагностики герпетического стоматита у детей. Суть метода заключается в исследовании мазков, взятых с элементов поражения на СОПР. Обнаружение в материале мазка многоядерных гигантских клеток указывает на вирусную этиологию заболевания, но не позволяет идентифицировать вирус, вызвавший патологию.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей используют методы диагностики:

- вирусологический;
- цитологический;
- микробиологический;
- иммунофлюоресцентный;
- серологический;
- полимеразная цепная реакция;
- реакция иммунопреципитации;
- иммуноэлектрофорез.

Для диагностики кариеса зубов и его осложнений применяют методы:

- визуальный (осмотр);
- тактильный (зондирование);
- термодиагностика;
- электроодонтодиагностика;
- рентгенография (классическая, bite wing цифровая, компьютерная томография);
- электрометрия;
- диагностическая биопсия (визуально-тактильный метод после биопсии, диагностическое препарирование);
- расклинивание с помощью сепарационных ортодонтических колец;

– витальное окрашивание (при начальном кариесе гладких поверхностей).

Для диагностики кариеса фиссур применяют методы:

- трансиллюминация (просвечивание);
- оптическая когерентная томография (Optical coherence tomography — OCT);
- волоконно-оптическая трансиллюминация (Fiber-Optic Transillumination — FOTI);
- количественная лазер-индуцированная флюоресценция (Quantitative Light-induced Fluorescence — QLF);
- лазерная флюоресценция (Diagnodent, KaVo);
- инфракрасная термография;
- ультразвуковое исследование (эходонтография).

Указать, какие методы исследования проводились у курируемого пациента.

8. Дифференциальная диагностика.

Цель диагностики — исключение диагностических ошибок. Дифференциальная диагностика проводится путем сравнения (сопоставления), исключения и анализа наиболее важных симптомов, выявленных у курируемого пациента-ребенка с заболеваниями, имеющими похожие клинические проявления.

Отмечают симптомы (или симптомокомплекс) имеющиеся у курируемого пациента, но отсутствующие при заболевании, с которым проводится дифференциальная диагностика, а также симптомы (или симптомокомплекс) отсутствующие у курируемого пациента, но свойственные заболеванию, с которым проводится дифференциальная диагностика. При этом рассматриваемые признаки анализируются в строгой последовательности: жалобы, анамнез, данные объективного обследования и дополнительных методов исследования. Дифференциальная диагностика заканчивается уточнением нозологической формы заболевания, характера течения и степени тяжести, локализации процесса и т. д.

Пример проведения дифференциальной диагностики ОГС среднетяжелой формы в период разгара и энтеровирусного стоматита.

Симптомы общие для обоих заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, общее недомогание, нарушение аппетита, наличие элементов поражения в полости рта, регионарный лимфаденит.

Различия: различные этиологические факторы. ОГС вызывает вирус простого герпеса, энтеровирусный стоматит (герпангина) — вирус Коксаки А. ОГС чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, герпангиной — дети школьного и младшего школьного возраста, нередко герпангина возникает в виде эпидемической вспышки в организованных детских

коллективах. Для герпангины характерен симптом миалгии (боли при движении глазных яблок, боли в животе).

Внешний осмотр : при ОГС — на коже, чаще лица, нередко появляются мелкоточечные, сгруппированные пузырьки; при герпангине — гиперемия верхней половины туловища.

В полости рта: элементы поражения при ОГС могут локализоваться в области различных топографических зон, характерный симптом — гингивит. При герпангине поражаются только задние отделы ротоглотки, высыпания располагаются на мягком нёбе, передних нёбных дужках, миндалинах.

Если проводились дополнительные методы исследования, необходимо сравнить полученные данные и указать, для какого заболевания они характерны.

Дифференциальную диагностику *начального кариеса* на гладких поверхностях необходимо проводить с гипоплазией (неэндемической) и эндемической крапчатостью; с незаконченной минерализацией фиссур при начальном кариесе фиссур и ямок.

Поверхностный кариес дифференцируют с кариесом дентина, гипоплазией, дентальным флюорозом.

Кариес дентина дифференцируют с гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, хроническим периодонтитом, кариесом эмали (поверхностным).

Дифференциальную диагностику *острого пульпита* проводят с гиперемией пульпы, гнойным пульпитом, другим уточненным пульпитом (обострением хронического), острым апикальным периодонтитом, периапикальным абсцессом без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита).

Хронический пульпит дифференцируют с кариесом дентина, хроническим периодонтитом, некрозом пульпы.

Хронический гиперпластический пульпит дифференцируют с разрастанием десневого сосочка, хроническим гранулирующим периодонтитом, перфорацией дна полости зуба.

Острый герпетический стоматит дифференцируют с ХРГС, ОРВИ, корью, ветряной оспой, herpes Zoster, герпангиной, краснухой, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, дифтерией, вторичным сифилисом, формы ОГС между собой.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют с ОГС, туберкулезом, сифилисом, травматической эрозией.

Энтеровирусный стоматит дифференцируют с ОГС, ОРВИ, ветряной оспой, скарлатиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, корью, herpes Zoster, краснухой.

9. Клинический диагноз и его обоснование.

На основании данных клинических и дополнительных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики, ставится клинический диагноз. При постановке окончательного диагноза необходимо использовать международную классификацию стоматологических заболеваний и другие классификации, принятые в Республике Беларусь. Диагноз «Кариес зубов» ставится, используя классификацию МКБ-10 и классификацию, в основу которой положены патоморфологические изменения (В. В. Паникоровский, 1966); диагноз «Пульпит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации Е. М. Гофунга, 1927; диагноз «Апикальный периодонтит» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации И. Г. Лукомского, 1936; диагноз «Травма зуба» — с использованием классификации МКБ-10 и классификации ММСИ им. Семашко; диагноз «Острый герпетический стоматит», «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит» и другие вирусные и бактериальные поражения СОПР ставится с использованием клинической классификации (Т. Ф. Виноградова, 1974).

Обоснование диагноза проводится с учетом следующих данных:

- жалоб ребенка или родителей (перечислить жалобы на день курации ребенка);
- анамнеза заболевания (когда и какие симптомы появились, как развивалось заболевание);
- анамнеза жизни (указать выявленные факторы риска заболевания);
- клинического осмотра (указать симптомы основного заболевания, выявленные в день курации ребенка, и показатели здоровья полости рта, которые сопутствуют основному заболеванию или могут отягощать его течение (показатели гигиены полости, показатели гингивальных индексов, активности кариозного процесса) и результатов дополнительных методов исследования (ЭОД, рентгенологических данных и т. д.);
- дифференциальной диагностики.

10. Этиология и патогенез заболевания.

Этиологию и патогенез заболевания следует описать подробно.

11. Лечение.

После установления диагноза куратор должен составить и обосновать план лечения. При планировании лечения необходимо:

- определить наиболее важную (приоритетную) стоматологическую проблему: кариес, осложнение кариеса или заболевание СОПР, которая доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которой затруднительно оказать качественно другие виды помощи;
- составить общий план лечения;

- составить детальный план лечения нозологической формы заболевания;
- обсудить и согласовать план лечения с родителями ребенка;
- оценить эффективность лечения.

Общий план лечения пациента составляется по результатам первичного визуального и инструментального исследования при первичном обращении после постановки предварительного диагноза.

**Общий план лечения по результатам обследования пациента
при первичном обследовании**
(утвержден приказом МЗ РБ 22.08.2006 №658)

Оказание неотложной помощи _____

Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний _____

обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

другие _____

Терапевтическое лечение:

замена пломб _____

лечение кариеса и некариозных поражений _____

эндодонтическое лечение _____

периодонтологическое лечение _____

лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта _____

другое _____

Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

амбулаторно-хирургические операции:

на мягких тканях _____

на костях лицевого скелета _____

другое _____

Ортодонтическое лечение _____

Дополнительные диагностические мероприятия _____

Консультация других специалистов _____

Куратор должен провести детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска стоматологических заболеваний, при этом учитывают их интенсивность (например, по данным УИК или другим диагностическим критериям), возраст пациента, уровень образования родителей и социальный статус семьи, отношение родителей к здоровью ребенка и желание сотрудничать с врачом. Немаловажную роль как в планировании профилактических мероприятий, так и в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет материально-техническое оснащение лечебно-профилактического учреждения.

На основании окончательного диагноза выявленной нозологической формы заболевания куратором составляется детальный план лечения основного заболевания.

Показания к выбору метода лечения

В этом разделе необходимо перечислить методы лечения, которые могут применяться для лечения нозологической формы заболевания курируемого пациента. Следует выбрать оптимальный метод лечения для конкретного пациента-ребенка (на основании показаний и противопоказаний) и обосновать его (учитывая общее состояние ребенка, активность кариеса, стадию развития заболевания, возраст ребенка и т. д.), описать технику выполнения метода лечения.

Кариозная болезнь.

1. Методы лечения:

- реминерализующая терапия;
- малоинвазивное лечение: инвазивная герметизация фиссур, профилактическая реставрация (композит-силантная, стеклоиономерная), АРТ-метод, туннельное препарирование;
- инвазивное лечение (классическое препарирование, адгезивное препарирование).

2. Методы пломбирования кариозной полости:

- «сэндвич»-техника;
- с использованием тотального протравливания;
- отсроченное пломбирование.

3. Обосновать выбор пломбировочного материала.

4. Динамическое наблюдение (диспансеризация) (с учетом риска возникновения кариеса, класса выбранного пломбировочного материала).

5. Оценка эффективности лечения проводится:

- по динамике индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса;
- минимизации факторов риска.

Оценка качества реставраций осуществляется по критериям Ruge (USPHS, 1971) или Каральника (1979).

На все лекарственные препараты, назначенные для лечения конкретного пациента, необходимо выписать рецепты.

Пульпит

Перечислить методы лечения пульпита (непрямая пульпотерапия, прямое покрытие пульпы, витальная или девитальная пульпотомия, пульпэктомия и др.). Указать, какие из них могут быть использованы у курируемого пациента, обосновать целесообразность выбранного метода (перечислить показания и противопоказания). Описать технику выполнения выбранного метода лечения, при этом указать:

- метод обезболивания;
- метод защиты от слюны (система коффердам, другой);
- девитализирующую пасту;
- пасту для покрытия дна кариозной полости или пульпы;
- методику препарирования корневого канала;
- антисептики для ирригации корневого канала;
- пасту для obturации корневых каналов временных зубов;
- силер для пломбирования корневых каналов постоянных зубов;
- способ obturации корневого канала;
- пломбировочный материал для восстановления анатомической формы коронки зуба;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценить эффективность лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки): непосредственно после его проведения; в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более) или в сроки, предусмотренные конкретным методом лечения;
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Апикальный периодонтит

Выбрать и обосновать метод лечения: консервативный, хирургический. Описать этапы выбранного метода лечения:

- метод обезболивания;
- способ оттока воспалительного экссудата;
- метод препарирования корневого канала (Crown Down, Step Back);
- растворы для ирригации корневого канала (вид антисептика, объем, концентрация);
- метод пломбирования корневого канала (временное, постоянное);
- паста для временного пломбирования корневого канала и силера для obturации канал;
- общая медикаментозная терапия (при остром или обострении хронического апикального периодонтита);

- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (клинические и рентгенологические критерии оценки);
- прогноз заболевания.

На все лекарственные препараты, используемые (назначенные) для лечения пациента, необходимо выписать рецепты.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Лечение заболеваний СОПР зависит от того, к какой группе заболеваний относится данное поражение: самостоятельное заболевание или это проявление общего заболевания. Если поражение СОПР является симптомом общего заболевания, то необходима консультация соответствующего врача-интерниста и согласование с ним плана лечения.

Общее лечение проводится, согласно протоколу лечения, и согласовывается с врачом-интернистом.

Местное лечение:

- устранение местных факторов риска;
- нормализация гигиены полости рта;
- местное лечение слизистой оболочки полости рта согласно протоколу лечения;
- после купирования острой формы заболевания оказание всех необходимых видов стоматологической помощи;
- динамическое наблюдение (диспансеризация): оценка эффективности лечения (длительность пребывания родителей на больничном листе по уходу за ребенком, наличие рецидива после перенесенного ОГС, частота рецидивов ХРГС).

Описать лечение конкретной нозологической формы заболевания курируемого пациента: комплексное, общее или местное; этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, физиотерапевтическое лечение. Перечислить, какие методы лечения и препараты применяются в зависимости от формы течения и периода развития заболевания. На препараты, назначенные курируемому ребенку, необходимо выписать рецепты, указать параметры используемых методов физиотерапевтического лечения (мощность излучения, экспозиция и т. д.).

Составить прогноз заболевания, назначить противорецидивное лечение, план диспансерного наблюдения и консультацию специалистов при необходимости.

Последовательность мероприятий может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

12. Дневник.

Заполняется с первого дня курации и до ее окончания. В дневнике проводится запись о выполненных диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях.

тических манипуляциях на этапах лечения пациента, отражается динамика заболевания и лечебных мероприятий.

Дата	Дневник (анамнез, статус, диагностические манипуляции, диагноз, лечебно-профилактические мероприятия)	Фамилия куратора

13. Эпикриз — краткое изложение истории болезни. В эпикризе после паспортной части в сжатом виде излагаются основные данные анамнеза: причины и факторы риска заболевания, его течение; результаты проведенного обследования и клинический диагноз (выставленный на основании данных анамнеза, клинических данных и дополнительных методов исследования), проведенное лечение и его результат, состояние пациента на момент окончания лечения, прогноз заболевания и рекомендации на будущее.

Эпикриз, как и история болезни в целом, имеет юридическое значение, поэтому должен быть оформлен четко и сопровождается датой и подписью куратора. Оформление эпикриза проводится по единой форме, которая приводится ниже.

Эпикриз

Пациент _____

Ф. И. О., возраст

находился в _____

название лечебного учреждения

с _____ по _____ 200__ г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные _____

При объективном исследовании пациента _____

Данные дополнительных методов исследования _____

Проведены консультации специалистов _____

Пациенту проводилось следующее лечение _____

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика _____

Рекомендации после проведенного лечения _____

Дата _____

Подпись куратора _____

Литература, использованная при написании истории болезни.

Указываются фамилия и инициалы автора (авторов), название публикации, литературный источник, год издания, номер журнала, страницы.

Пример:

Казеко, Л. А. Современные методы дезинфекции корневых каналов зубов / Л. А. Казеко, И. Н. Федорова, О. А. Борисеева // Современная стоматология. 2009. № 1. С. 15–23.

Атлас по реставрации молочных зубов. Иллюстрированное руководство по реставрации молочных зубов с обширным кариозным поражением / М. С. Даггел [и др.]. М. : Лори, 2001. 134 с.

#
1
Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:
3
диспансеризации населения
плановой санации полости рта
эпидемиологического стоматологического обследования
профилактических осмотров
профилактических мероприятий
#
2
Распространенность кариеса зубов выражается в:
2
абсолютных единицах
процентах
относительных единицах
коэффициентах
константах
#
3
При определении гигиенического состояния полости рта для окрашивания зубного налета используют раствор:
3
2% метиленовой сини
1% бриллиантового зеленого
Шиллера-Писарева
5% йода спиртового
0,06% хлоргексидина
#
4
При определении индекса Грин - Вермиллиона обследуют зубы:
2
43,42,41,31,32,33
16,11,26,36,31,46
16,12,24,36,32,44
16,26,36,46
36,46
#
5
Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста:
5
1 года
2 лет
3 лет
6 лет
сразу после прорезывания первого временного зуба
#
6
Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:
2
очень мягкую

мягкую
средней жесткости
жесткую
очень жесткую
#
7
При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы:
2
1-1,5 рядом стоящих
2-2,5 рядом стоящих
одного сегмента
половины зубного ряда
размер рабочей части не имеет значения
#
8
Обязательными компонентами всех зубных паст являются:
3
соединение фтора
экстракты лекарственных растений
абразивные вещества
витамины
солевые добавки
#
9
В качестве активного компонента в противокариозных зубных пастах используют:
1
фториды
пирофосфаты
экстракты лекарственных растений
хлоргексидин
бикарбонат натрия
#
10
Лаурилсульфат натрия входят в состав зубных паст как компонент:
2
абразивный
пенообразующий
увлажняющий
ароматизирующий
противовоспалительный
#
11
Для уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубные пасты, содержащую:
3
фторид натрия
карбонат кальция
экстракты лекарственных растений
карбамид
хлорид стронция

#
12
Суперфлоссы – это зубные нити:
5
невощенные
вощенные
ароматизированные
пропитанные раствором фторида
с утолщением
#
13
Пациентам с брекет - системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:
3
зубную щетку с равной подстрижкой щетины
электрическую зубную щетку
зубные ершики
зубочистки
жевательную резинку
#
14
При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону:
1
кислую
щелочную
нейтральную
не изменяется
вариабельно
#
15
Концентрация минеральных веществ в эмали зубов выше в области:
3
пришеечной
фиссур и ямок
бугров и режущего края
контактных поверхностей
одинакова во всех участках зубов
#
16
Конечным продуктом метаболизма сахаров является:
2
декстран
органическая кислота
леваны
гликаны
глюкоза
#
17
Местным фактором риска возникновения кариеса является:

2
высокое содержание фторида в питьевой воде
неудовлетворительная гигиена полости рта
сопутствующие соматические заболевания
низкое содержание фторида в питьевой воде
использование высокоабразивных средств гигиены
#
18
Эндогенным методом фторид профилактики кариеса является:
2
покрытие зубов фторлаком
прием таблеток фторида натрия
полоскания фторидосодержащими растворами
аппликации фторидосодержащими растворами
использование фторсодержащих зубных паст
#
19
Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период:
2
с 2 до 12 лет
с 3 до 15 лет
с 4 до 10 лет
с 6 до 12 лет
с 12 до 18 лет
#
20
Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):
1
6-8
9-12
12-14
16-18
в любое время после прорезывания зубов
#
21
Силанты – это материалы для:
3
пломбирования кариозных полостей
пломбирования корневых каналов
герметизации фиссур
изолирующих прокладок
лечебных прокладок
#
22
Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие:
2
снижения рН зубного налета
повышения проницаемости эмали в зоне поражения

нарушения Ca/ P соотношения эмали
разрушения поверхностного слоя эмали
колонизации бактерий на поверхности зуба
#
23
Кариес в стадии пятна дифференцируют с:
2
клиновидным дефектом
флюорозом
средним кариесом
эрозией эмали
патологической стираемостью твердых тканей зубов
#
24
Для реминерализующей терапии используют раствор «Ремодент» в концентрации (%):
2
1
3
5
10
20
#
25
Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при:
1
кариесе в стадии пятна
среднем кариесе
глубоком кариесе
осложненном кариесе
пародонтите
#
26
Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор:
4
Шиллера – Писарева
эритрозина
фуксина
метиленового синего
бриллиантового зеленого
#
27
Степень поражения эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью:
3
зондирования
электроодонтодиагностики
витального окрашивания эмали
рентгенологического исследования
определения индекса Грин – Вермиллиона
#
28

Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:
4
наследственность
инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
высокое содержание фторида в питьевой воде
неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
#
29
К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов, относятся:
3
кислотный некроз
клиновидный дефект
флюороз
эрозия эмали
очаговая деминерализация эмали
#
30
Наиболее часто системной гипоплазией поражаются зубы:
4
временные резцы и клыки
временные моляры и резцы
временные и постоянные
постоянные резцы, клыки и первые моляры
премоляры и постоянные моляры
#
31
Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:
4
наследственность
заболевание матери в период беременности
заболевания ребенка на первом году жизни
хронический периодонтит временного моляра
неудовлетворительная гигиена полости рта
#
32
Длительное использование жесткой зубной щетки и высокоабразивной зубной пасты может привести к возникновению:
3
гипоплазии эмали
флюороза
клиновидного дефекта твердых тканей зубов
очагов деминерализации эмали
патологической стираемости твердых тканей зубов
#
33
Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:
2
наследственность

наличие микробного налета
вредные привычки
подвижность зубов
наличие эндокринной патологии
#
34
Основным методом профилактики катарального гингивита является:
1
рациональная гигиена полости рта
сбалансированное питание
полоскание полости рта растворами фторида
санация полости рта
избирательное шлифование зубов
#
35
Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:
3
катарального гингивита
язвенно – некротического гингивита
пародонтита
пародонтоза
пародонтомы
#
36
При гингивите на рентгенограмме наблюдается:
5
равномерная атрофия альвеол
снижение высоты межальвеолярных перегородок
резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
склеротические изменения альвеолярной кости
изменений нет
#
37
Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:
2
прием фторидсодержащих препаратов
проведение профессиональной гигиены
реминерализующая терапия
уменьшение употребления углеводов
прием витаминов
#
38
С помощью индекса РМА определяют:
3
кровоточивость десны
наличие зубного камня
степень воспаления десны
наличие зубного налета
интенсивность кариеса зубов
#

39
Для диагностики состояния тканей пародонта используют:
1
индекс CPITN
индекс Грин – Вермиллиона
индекс РНР
витальное окрашивание эмали
перкуссию зубов
#
40
Индекс CPITN у взрослых регистрирует следующие признаки:
4
зубной налет, зубной камень
кровоточивость десен, зубной камень
зубной камень, пародонтальный карман
кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман
зубной налет, зубной камень, пародонтальный карман
#
41
Воспаление десневого сосочка по индексу РМА соответствует коду:
2
0
1
2
3
4
#
42
Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречаются при:
2
укороченной уздечке верхней губы
недостатке места в зубном ряду
множественном кариесе
флюорозе
гингивите
#
43
Несмыкание фронтальных зубов у детей 2-3 лет может быть обусловлено:
3
нарушением жевания
неправильной осанкой
сосанием соски
прорезыванием зубов
бруксизмом
#
44
Причиной диастемы является:
2
гингивит
укороченная уздечка верхней губы

кариес в стадии пятна
гипоплазия эмали
скученность зубов
#
45
Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:
3
гипоплазия эмали
флюороз
раннее удаление временных зубов
гингивит
средний кариес
#
46
Наличие трем и диастем является физиологическим признаком для детей в возрасте (лет):
2
3
6
12
15
не является патологией в любом возрасте
#
47
С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску – пустышку детям старше:
2
6 месяцев
1 года
2 лет
3 лет
5 лет
#
48
Смена зубов происходит в возрастной период с (лет):
3
3 до 6
4 до 10
6 до 12
8 до 14
7 до 15
#
49
Активным методом стоматологического просвещения является:
3
издание научно – популярной литературы
проведение выставок средств гигиены полости рта
занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада
телевизионная реклама
издание рекламных буклетов средств гигиены полости рта
#

50
К пассивным формам стоматологического просвещения относится:
5
проведение «урока здоровья» в школе
беседа с пациентом на стоматологическом приеме
занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада
лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей искуссией
телевизионная реклама
#
51
Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:
1
игры
урока
беседы
лекции
рекламы
#
52
Практическим этапом стоматологического просвещения является:
4
знание
понимание
убеждение
навык
все перечисленное
#
53
Для получения информации об уровне знаний населения по вопросам возникновения и предупреждения стоматологических заболеваний проводится:
3
осмотр полости рта
обучение правилам гигиены полости рта
анкетирование
рекламные акции средств гигиены
лекции по вопросам профилактики стоматологических заболеваний
#
54
ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в:
4
1 год
2 года
3 года
5 лет
10 лет
#
55
Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводят в период:
1

подготовительный
обследования.
подведения итогов
анализа результатов
планирования программы профилактики
#
56
Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:
1
распространенностью стоматологического заболевания
интенсивности стоматологического заболевания
стоматологической заболеваемостью населения
уровнем стоматологической помощи населению
качеством стоматологической помощи населению
#
57
Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:
2
суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума
средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов
#
58
Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса:
2
кпу (з)
КПУ+кп
КПУ(з)
ИГР-У
РМА
#
59
Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет):
2
6
12
15
35-44
65 и старше
#
60
При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ используется набор инструментов:

2
зеркало, стоматологический зонд, пинцет
зеркало, пародонтальный зонд, пинцет
стоматологический зонд, пинцет, экскаватор
зеркало, стоматологический зонд, пародонтальный зонд
стоматологический зонд, пинцет, экскаватор
#
61
При определении индекса гигиены РНР оценивают зубной налет по:
3
кариесогенности
интенсивности
локализации
толщине
структуре
#
62
Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индекса:
2
КПУ
РНР
РМА
Федорова – Володкиной
кпу
#
63
К минерализованным зубным отложениям относится:
3
пищевые остатки
пелликула
зубной камень
мягкий зубной налет
налет курильщика
#
64
При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов стандартным методом чистки зубов движения головки зубной щетки совершается в направлении:
1
вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)
вертикальном (от режущего края или жевательной поверхности к десне)
горизонтальном (вправо – влево, вперед – назад, параллельно десне)
головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки
направление не имеет значения
#
65
Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:
1
стакане рабочей частью вверх
стакане рабочей частью вниз

футляре
пластиковой упаковке
дезинфицирующем растворе
#
66
Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):
3
1
2
3
5
10
#
67
В качестве абразивного компонента в состав зубных паст вводят:
3
монофторфосфат натрия
хлорид натрия
диоксид кремния
пирофосфаты
лаурилсульфат натрия
#
68
Гигиенические зубные пасты содержит в своем составе:
1
абразивные компоненты
солевые добавки
экстракты лекарственных растений
фториды
пирофосфаты
#
69
Глицерин вводят в состав зубных паст как компонент:
3
абразивный
пенообразующий
увлажняющий
ароматизирующий
противовоспалительный
#
70
Время, в течение которого целесообразно использовать жевательную резинку после приема пищи, составляет (минут):
2
1-5
5-10
20-30
более 1 часа
неограниченно
#

71
Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:
1
6-7
8-9
10-16
17-20
21-30
#
72
К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:
4
2
4
6
8
10
#
73
Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:
2
с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
на рентгенограмме не определяется
#
74
Для снижения кариесвосприимчивости назначают внутрь:
1
лактат или глюконат кальция
метилурацил
бактрим
лактобактрим
интерферон
#
75
Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:
1
препарат «Кальцинова»
интерферон
супрастин
имудон
лактобактрим
#
76
Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:
3

ацикловир
эритромицин
витафтор
имудон
супрастин
#
77
В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:
3
кисломолочные продукты
зелень, овощи
мясные консервы
рыбные продукты
сыры
#
78
В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:
3
творог
яблоко
конфеты
овощи
мясо
#
79
Клинические проявления флюороза:
2
пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
миловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
борозды, параллельные режущему краю
#
80
Клинические формы флюороза:
2
чашеобразная
меловидно – крапчатая
бороздчатая
«гипсовые» зубы
«рифленные» зубы
#
81
Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:
2
боли при перкуссии
косметический недостаток
боли от горячего раздражителя
ночные боли
подвижность зубов

#
82
Причины местной гипоплазии:
3
болезни матери во время беременности
болезни ребенка после рождения
травматическое повреждение зачатка зуба
пульпит молочных зубов
вредные привычки матери во время беременности
#
83
Заболевания, являющиеся наследственными
3
флюороз
системная гипоплазия эмали
несовершенный амелогенез
«тетрациклиновые» зубы
местная гипоплазия эмали
#
84
При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:
2
только дентина
только эмали
эмали и дентина
пульпы
полости зуба и корневых каналов (облитерация)
#
85
Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:
2
наличие ночных болей
стираемость твердых тканей без обнажения пульпы
«рифленные» зубы
«гипсовые» зубы
миловидные пятна, крапинки
#
86
Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:
3
пигментированное пятно и углубление эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
миловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости рта
#
87
Проницаемость эмали повышается под действием
4

ультрафиолетового цвета
глюконата кальция
ремодента
углеводистой пищи
фторидсодержащих зубных паст
#
88
При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:
2
эвикрол
стеклоиономерные цементы
силидонт
силицин
амальгаму
#
89
Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:
2
раствор нитрата серебра 30%
10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
р-р Шиллера – Писарева
капрофер
гипохлорид натрия
#
90
Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна:
4
препарирование с последующим пломбированием
аппликация раствора фторида натрия
аппликация раствора глюконата кальция
аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
импрегнация 30% р-ром нитрата серебра
#
91
На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят:
3
молочные клыки
молочные резцы
молочные моляры
постоянные клыки
постоянные моляры
#
92
Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:
2
острый диффузный
хронический фиброзный
хронический гангренозный

хронический гипертрофический
острый очаговый
#
93
У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:
1
остром диффузном
хроническом гангренозном вне стадии обострения
хроническом гипертрофическом
остром очаговом
хроническом фиброзном
#
94
Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:
1
диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
стадии развития зубов и их групповой принадлежности
диагноза
групповой принадлежности зубов
#
95
Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:
1
перелом части коронки зуба
нарушение техники препарирования кариозной полости
обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
нелеченный кариес
наследственная предрасположенность
#
96
При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:
1
раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин – формалиновой смесью под дентинную повязку
удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
после ампутации пульпы накладывают резорцин – формалиновую пасту, прокладку и пломбу
после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
после ампутации пульпы оставляют цинк – эвгеноловую пасту под дентинную повязку
#
97
Методом высокой ампутации проводят лечение:
2
всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах

хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы
#
98
При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:
2
прекращения воспалительного процесса
прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
обеспечения дальнейшего формирования корня
прекращения дальнейшего формирования корня
ускорения формирования корня
#
99
Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:
2
девитальной экстирпации
девитальной ампутации
витальной ампутации
витальной экстирпации
высокой ампутации
#
100
Каналы молочных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать:
2
резорцин - формалиновой пастой
пастой из окиси цинка на масляной основе
фосфат – цементом
гуттаперчевыми штифтами
серебряными штифтами
#
101
Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:
4
механическая травма пульпы
термическая травма пульпы
химическая травма пульпы
нелеченный кариес
ретроградное инфицирование пульпы
#
102
Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:
1
хронический гранулирующий периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
хронический фиброзный периодонтит
хронический периодонтит в стадии обострения
острый периодонтит

#
103
При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:
1
запломбировать канал
зуб оставить открытым
наложить временную пломбу
направить на физиотерапию
оставить турунду с протеолитическими ферментами
#
104
Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют:
3
ЭОД
окрашивание зубов раствором Шиллера – Писарева
рентгенологический метод
анамнез
перкуссии зуба
#
105
Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:
1
разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
расширения периодонтальной щели на всем протяжении
разрежения костной ткани с нечеткими контурами
разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими контурами свыше 1 см в диаметре
#
106
Пародонтолиз наблюдается при:
1
синдроме Папийона – Лефевра
функциональной перегрузке зуба
эндемическом зобе
заболевании желудочно – кишечного тракта
заболевании сердечно – сосудистой системы
#
107
Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:
2
заболевания желудочно – кишечного тракта
скученность зубов
заболевания крови
экссудативный диатез
болезни почек
#
108
Клинические признаки хронического катарального гингивита:

1
застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
десна увеличена в размере, деформирована
десна бледная, ретракция десна 1-3 мм,
десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
десна бледная, обнажение шеек зубов
#
109
При легкой степени пародонтита карманы:
2
глубиной до 6 мм
глубиной до 3 мм
ложные десневые
костные
глубиной до 1 см
#
110
Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:
2
тетрациклин
ацикловир
сульфадиметоксин
нистатин
бисептол
#
111
Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:
3
кератопластические
антисептические
противовирусные и обезболивающие
антибиотики
противогрибковые
#
112
Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:
3
стабилизации состояния
более быстрому выздоровлению
развитию генерализованной формы
не вызывает изменений
летальному исходу
#
113
Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывает:
3
средства гигиены полости рта новорожденных
игрушки с острыми гранями

преждевременно прорезавшиеся зубы
соски, резиновые рожки на бутылочках
кольца для прорезывания зубов
#
114
Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:
2
выбор обезболивающих средств
устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
применение дезинфицирующих средств
применение кератопластических средств
применение антибактериальных препаратов
#
115
При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляется:
1
белый творожистый налет
фиброзный налет
папулы
«пятна» Филатова – Коплика
афты
#
116
Проявления врожденного сифилиса в полости рта:
1
папулы округлой или овальной формы
гнойные корки на губах
афты, сливающиеся эрозии
энантема
разлитая эритема
#
117
Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:
4
0,1% раствор новокаина
0,5% взвесь анестезина в глицерине
2% р-р новокаина
10% взвесь анестезина в масле
10% спрей лидокаина
#
118
Этиология острого герпетического стоматита:
3
грибковая
инфекционная
вирусная
инфекционно – аллергическая
аллергическая
#
119

Общее состояние при травме слизистой оболочки полости рта:
4
головная боль, боль в суставах, мышцах
температура тела повышена, прием пищи болезненный
прием пищи не нарушен
температура тела повышена, прием пищи безболезненный
общее состояние не нарушено
#
120
ОГС у детей возникает при:
2
наличии сопутствующих заболеваний
утрате пассивного иммунитета
аллергизации организма
нарушении режима питания
заболеваниях эндокринной системы
#
121
Возраст детей, преимущественно болеющих ОГС:
1
ясельный
дошкольный
младший школьный
старший школьный
подростковый
#
122
Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания:
2
ОГС
афты Беднара
ХРАС
МЭЭ
хейлиты
#
123
Возбудителями молочницы являются:
2
фузобактерии
грибы Candida
актиномицеты
спирохеты
трихофиты
#
124
Этиология молочницы:
1
грибковая
инфекционная
инфекционно – аллергическая

вирусная
аллергическая
#
125
Клинические проявления при молочнице:
3
пустулы, толстые соломенно – желтые корки
эрозии округлой формы, покрытые фиброзным налетом
творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
эрозии неправильных очертаний
пузыри
#
126
Частота обработки полости рта при молочнице:
3
каждый час
перед едой
сразу после каждого приема пищи
только перед сном
через 1-1,5 часа после еды
#
127
Кератопластические средства при лечении ОГС целесообразно назначать в период:
5
латентный
продромальный
катаральный
высыпания
угасания
#
128
Возбудителем дифтерии является:
3
фузоспирохеты
гомолитический стрептококк
палочка Леффлера
вирус Коксаки
актиномицеты
#
129
Возбудителем острого герпетического стоматита является:
1
вирус простого герпеса
микрофлора простого герпеса
вирусная mix – инфекция
вирус Коксаки
энтеровирус
#
130
Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдается при системных заболеваниях:

3
центральной нервной системы
хронических заболеваниях ЛОР – органов
крови и кроветворных органов
хронических заболеваниях желудочно – кишечного тракта
почек
#
131
При лечении ушиба однокоренного постоянного зуба необходимо:
3
шинирование проволочно – композитной шиной на 2-4 недели
удаление травмированного зуба
разобшение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
эндодонтическое лечение
ограничение жевательной нагрузки
#
132
При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо:
2
удаление зуба
репозиция и шинирование зуба, эндодонтическое лечение
вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
только динамическое наблюдение
репозиция
#
133
При лечении полного вывиха временных зубов необходимо:
2
динамическое наблюдение без вмешательства
рациональное протезирование при отсутствии зуба
при сохранности зуба – пломбирование канала
шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели
реплантация
#
134
Все молочные зубы у здорового ребенка должны прорезаться к:
3
концу первого года
концу второго года
2,5-3 годам
к 4 году
6-7 годам
#
135
Период «физиологического покоя» для корней молочных зубов длится:
3
1 год
1,5 – 2 года
2,5-3 года

3,5-4 года
4,5-5 лет
#
136
Патологическая резорбция корней чаще наблюдается:
3
в интактных зубах с живой пульпой
при среднем кариесе
при хроническом периодонтите
при хроническом фиброзном пульпите
при хроническом гангренозном пульпите
#
137
Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается:
3
вскоре после прорезывания зубов
в среднем через 1 год после прорезывания зубов
в среднем через 2 года после прорезывания
в среднем через 3 года после прорезывания зубов
в среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов
#
138
Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:
3
фронтальные
премоляры
первые моляры и фронтальные зубы
все группы зубов
резцы и вторые моляры
#
139
Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:
4
наследственный фактор
заболевания матери в период беременности
травма плода
заболевания ребенка на первом году жизни
множественный кариес молочных зубов
#
140
Заболевание, являющееся наследственным:
4
системная гипоплазия
флюороз
местная гипоплазия
несовершенный дентиногенез
«тетрациклиновые» зубы
#
141
Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

1
пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
#
142
Препарирование молочных зубов показано при:
3
кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
поверхностном кариесе
среднем кариесе
кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
любой форме кариеса
#
143
При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:
3
амальгаму
силидонт
стеклоиономерные цементы
композитные материалы
силицин
#
144
Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:
2
йодиол
раствор нитрата серебра
прополис
имудон
гипохлорид натрия
#
145
Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:
3
девитальная ампутация
девитальная экстирпация
витальная ампутация
витальная экстирпация
высокая ампутация
#
146
Окончание формирования корня после лечения пульпы методом витальной ампутации будет проходить по сравнению со здоровым симметричным зубом:
2
медленнее
быстрее

одновременно
формирование прекращается
происходит полная облитерация каналов
#
147
Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:
3
девитальная ампутация
девитальная экстирпация
витальная ампутация
витальная экстирпация
высокая ампутация
#
148
Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:
3
только в сформированных постоянных
в любых сформированных временных
в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы
#
149
Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутационным методом контролируют рентгенологически:
3
через 3 недели, а потом 1 раз в год
через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раз в год до завершения формирования корня
однократно до завершения лечения
однократно через 1 год после лечения
#
150
При атопическом хейлите в углах рта образуется:
4
эрозии с гнойным отделяемым
«медовые» корки
эрозии с влажным белым налетом
лихенизация, трещины, мокнутие
творожистый налет
#
151
Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде:
2
узелков синюшного цвета, выделяющих казеозное содержимое
папул овальной или округлой формы
пузырей и эрозий с фестончатыми краями
эрозий округлой формы, покрытых фибринозным налетом
твердого шанкра

#
152
Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:
2
репозиция
удаление зуба
динамическое наблюдение за зубом
эндодонтическое лечение
шинирование
#
153
К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:
3
торусальная
мандибулярная
туберальная
у ментального отверстия
верно 1) и 4)
#
154
Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:
2
у ментального отверстия
мандибулярная
у большого небного отверстия
туберальная
у резцового отверстия
#
155
Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:
4
у большого небного отверстия
мандибулярная
туберальная
торусальная
у резцового отверстия
#
156
К проводниковым методам обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:
2
инфраорбитальная
торусальная
туберальная
у резцового отверстия
у большого небного отверстия
#
157
При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

3
щечный
щечный и нижний луночковый
нижний луночковый и язычный
язычный и щечный
щечный, язычный и нижний луночковый
#
158
Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:
3
туберальная
инфраорбитальная
инфильтрационная
внутрикостная
верно 1) и 3)
#
159
Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:
2
трех лет
пяти лет
семи лет
восьми лет
десяти лет
#
160
Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:
3
мандибулярной
торусальной
инфильтрационной
верно 1) и 3)
верно 2) и 3)
#
161
Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:
2
клювовидные сходящиеся
байонетные
клювовидные несходящиеся
клювовидные, изогнутые по плоскости
верно 1) и 3)
#
162
Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:
1
клювовидные
байонетные

S – образно изогнутые
прямые
верно 2) и 4)
#
163
Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:
4
резцов
клыков
малых коренных зубов
больших коренных зубов
верно 1) и 2)
#
164
S – образно изогнутые щипцы, которые заканчиваются шипиком, предназначены для удаления:
4
резцов
клыков
малых коренных зубов
больших коренных зубов
верно 1) и 2)
#
165
Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:
2
клювовидные, изогнутые по плоскости
байонетные
клювовидные, изогнутые по ребру
S – образно изогнутые со сходящимися щечками
верно 1) и 3)
#
166
Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы:
2
клювовидные сходящиеся
клювовидные несходящиеся
байонетные
прямые
штыковидные
#
167
Кюретаж лунки при удалении временного зуба:
1
не проводится
проводится всегда
проводится по просьбе родителей
проводится по настоянию родителей
проводится при эффективном обезболивании

#
168
К возможному осложнению операции удаления только временного зуба (в отличие от постоянного) относится:
2
вывих соседнего зуба
травма зачатка зуба
перелом челюсти
вывих височно – нижнечелюстного сустава
кровотечение
#
169
Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является:
4
сформированный корень
несформированный корень
начавшаяся резорбция корня
свищ на десне
болезнь Дауна
#
170
В выборе врачебной тактики при вколоченном вывихе временного центрального резца решающее значение имеет:
1
возраст ребенка
поведение ребенка
желание ребенка
верно 1) и 2)
верно 2) и 3)
#
171
Шины, фиксирующие фрагменты челюсти при переломах, у детей рекомендуется снимать не ранее чем через:
4
одну неделю
две недели
три недели
четыре недели
шесть недель
#
172
При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:
3
проволочную с зацепными петлями
пластмассовую назубную
пластмассовую зубнаддесневую
гладкую шину – скобу
шину Вебера
#

173
Решающим признаком полного перелома нижней челюсти следует ожидать в области:
2
углов нижней челюсти
ветвей нижней челюсти
мышцелковых отростков
зубов 34,44
зубов 35,45
#
174
Наиболее частая локализация переломов нижней челюсти по типу «зеленой ветки»:
2
угол
мышцелковый отросток
подбородочный отдел
средняя треть тела
верно 3) и 4)
#
175
Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка шести лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:
1
удалить
сохранить, проводя эндодонтическое лечение
оставить под наблюдением
сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
сохранить, используя биологический метод лечения
#
176
Наиболее информативным методом диагностики перелома челюстей является:
3
реография
электромиография
рентгенография
ЭОД
пальпация
#
177
Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет является зубы:
4
12,11,21,22
42,41,31,32
16,55,54,64,65,26
46,85,84,74,75,36
31,23,43,53
#
178
Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
2

стрептококком в сочетании со стафилакокком
палочкой Коха
кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
стрептококком
верно 3) и 4)
#
179
Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
3
срочной госпитализации
иммунотерапии
хирургической помощи
противовоспалительной терапии
верно 2) и 4)
#
180
Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:
2
за 2-3 дня до операции
одновременно с основной операцией
через 2-3 дня после операции
через 2 недели после операции
через 4 недели после операции
#
181
Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
2
антибактериальной терапии
хирургической терапии в полном объеме
десенсибилизирующей терапии
противовоспалительной терапии
верно 1) и 4)
#
182
Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно – лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:
4
15,14,24,25
45,44,34,35
16,26
46,36
13,23,33,43
#
183
Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:
2
зубы 16,55,54,64,65,26
зубы 46,85,84,74,75,36
ОРВИ

ЛОР – органы
детские инфекционные заболевания
#
184
При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:
2
по показаниям
всегда
никогда
по настоянию родителей
верно 1) и 4)
#
185
Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:
2
просветления с четким контуром
затемнения с четким контуром
просветления с нечетким контуром
затемнения с нечетким контуром
диффузной резорбции кости
#
186
Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:
3
всегда удаляется
всегда сохраняется
очень редко (при наличии показаний) удаляется
никогда не удаляется
удаляется по настоянию родителей
#
187
При вторичном деформирующем остеоартрозе височно – нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенка пяти лет показана:
2
остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
механотерапия
працевидная повязка
физиотерапия
#
188
Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно - нижнечелюстного сустава:
4
расширена равномерно
расширена неравномерно
сужена равномерно
сужена неравномерно
не изменена
#

189
Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком:
2
привычного вывиха височно – нижнечелюстного сустава справа
привычного вывиха височно – нижнечелюстного сустава слева
костного анкилоза височно – нижнечелюстного сустава слева
костного анкилоза височно – нижнечелюстного сустава справа
верно 3) и 4)
#
190
Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:
3
вторичном деформирующем остеоартрозе височно – нижнечелюстного сустава
привычном вывихе суставной головки
хроническом артрите
анкилозе височно – нижнечелюстного сустава
остром артрите
#
191
Юношеская дисфункция височно – нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:
2
мальчиков 5-7 лет
девочек 11-13 лет
мальчиков 8-9 лет
девочек 8-9 лет
верно 1) и 4)
#
192
Для снятия боли при болевом синдроме дисфункции височно – нижнечелюстного сустава детям и подросткам назначают:
5
флюктуоризацию
амплипульстерапию
магнитотерапию
электрофорез анестетиков
верно 1) – 4)
#
193
Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:
4
околоушных слюнных желез
подъязычных слюнных желез
поднижнечелюстных слюнных желез
малых слюнных желез
верно 1) и 2)
#
194
Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализируются в области:
3
щек

верхней губы
нижней губы
кончика языка
нижней поверхности языка
#
195
Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:
1
дна рта
щек
верхней губы
нижней губы
в области рта
#
196
Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:
3
подъязычных
поднижнечелюстных
околоушных
малых слизистой оболочки полости рта
верно 1) и 2)
#
197
Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:
2
хроническом рецидивирующем паротите
остром эпидемическом паротите
калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
паротите новорожденных
верно 1) и 3)
#
198
Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномичным признаком:
1
лимфангиомы
гемангиомы
ретенционной кисты
папилломы
фибромы
#
199
Клиническими признаками, сходными и обострением хронического остеомиелита, характеризуется:
1
саркома Юинга
остеогенная саркома
фиброзная дисплазия
херувизм

синдром Олбрайта
#
200
Истинной доброкачественной опухолью является:
2
эозинофильная гранулема
остеома
херувизм
фолликулярная киста
синдром Олбрайта
#
201
Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:
1
морфологического исследования послеоперационного материала
пункционной биопсии
макроскопии послеоперационного материала
эхографии
компьютерной томографии
#
202
Особенностью большинства новообразований у детей является их:
2
медленный рост
дизонтогенетическое происхождение
высокая чувствительность к R – терапии
высокая чувствительность к химиотерапии
верно 3) и 4)
#
203
Истинной доброкачественной опухолью является:
2
эозинофильная гранулема
гигантоклеточный эпulis
травматическая костная киста
фиброзная дисплазия
ангиодисплазия
#
204
К одонтогенным опухолям относится:
3
миксома челюсти
эозинофильная гранулема
амелобластома
саркома Юинга
хондрома
#
205
К гистиоцитозу X относиться
2

нейрофиброматоз
эозинофильная гранулема
амелобластома
меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
миксома челюстных костей
#
206
Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:
2
вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
неполная расщелина мягкого неба
остеома верхней челюсти
ретенционная киста подъязычной слюнной железы
острый одонтогенный периостит нижней челюсти
#
207
При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:
3
2-3 лет
5-6 лет
15-16 лет
старше 16 лет
до 10 лет
#
208
Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим показаниям целесообразно проводить в возрасте ребенка:
5
3-4 года
4-5 лет
5-6 лет
6-7 лет
7-8 лет
#
209
Врожденная расщелина верхней губы формируется в период развития эмбриона человека на:
1
3-6 неделе
11-12 неделе
13-14 неделе
16-18 неделе
во второй половине эмбриогенеза
#
210
При изолированной врожденной расщелине мягкого неба оптимальный срок хирургического лечения ребенка в возрасте:
4
2-3 месяцев

4-6 месяцев
до 1 года
1-2 лет
5-6 лет
#
211
Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:
2
уплощение фронтального отдела нижней челюсти
локальный пародонтит
дефект речи
диастема
верно 1) и 4)
#
212
Показанием к удалению сверхкомплектного ретенированного зуба является:
3
его обнаружение
его сформированный корень
ретенция или дистопия комплектных зубов
тортоаномалия центральных зубов
верно 1) и 2)
#
213
При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:
2
гипертрофия межзубного сосочка
диастема
прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
первичная адентия зубов 12,22
верно 1) и 4)
#
214
Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции:
2
приема пищи
речи
сосания
мочеиспускания
верно 1) и 3)
#
215
У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является:
3
затрудненный прием пищи
глоссоптоз
недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
нарушение речи

верно 1) и 2)
#
216
Методом лечения врожденного срединного свища шеи является:
3
лучевая терапия
криодеструкция
хирургический
комплексное – хирургическое с криодеструкцией
верно 1) и 3)
#
217
Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:
2
заболевание ЦНС
острая респираторно – вирусная инфекция
болезнь Дауна
спазмофилия
верно 3) и 4)
#
218
Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:
5
аллергия к местному анестетику
хронический пиелонефрит
ОРВИ
болезнь Дауна
врожденный порок сердца в стадии декомпенсации
#
219
Для детей в возрасте четырех – пяти лет наиболее характерен вид травмы:
3
перелом зуба на уровне коронки
перелом коронки зуба
вывих зуба
перелом челюсти
вывих височно-нижнечелюстного сустава
#
220
При полном вывихе центрального постоянного резца у ребенка 10 лет рекомендуется:
4
устранение дефекта имплантом
устранение дефекта съемным протезом
реплантация зуба без предварительного его пломбирования
реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
верно 1) и 2)
#
221
Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-

лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:
4
42,41,31,32
12,11,21,22
55,54,64,65
85,84,74,75
61,26,36,46
#
222
При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:
2
цистэктомия
цистотомия
цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
периостотомия
верно 1) и 4)
#
223
При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:
2
цистэктомия
цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
периостотомия
#
224
Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
1
хирургической помощи
антибактериальной терапии
противовоспалительной терапии
дезинтоксикационной терапии
гипосенсибилизирующей терапии
#
225
Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:
2
вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава
привычного вывиха суставной головки
хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава
острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
#
226
Противопоказанием для микроволновой терапии височно-нижнечелюстного сустава у детей является:
3
наличие инородного тела

артроз ВНЧС
выраженный отек, заболевания глаз
болевого синдром
острый артрит
#
227
Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:
3
клинический
контрастная рентгенография
эхография
пункция
томография
#
228
Ведущим методом лечения новообразований у детей является:
3
лучевая терапия
химиотерапия
хирургический
комбинированный
гормонотерапия
#
229
Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для:
2
гемангиомы
нейрофиброматоза
лимфангиомы
херувизма
верно 1) и 3)
#
230
При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:
4
2-4 дня
11-12 дней
1-2 месяца
4-6 месяца
1-2 года
#
231
Ортодонтия - это:
1
дисциплина, занимающаяся диагностикой, профилактикой и лечением деформаций зубочелюстной системы, возникающих вследствие патологии развития
наука, изучающая этиологию и патогенез аномалий челюстных костей
наука, занимающаяся лечением зубочелюстных аномалий

это раздел ортопедической стоматологии, изучающий аномалии зубов
часть ортопедической стоматологии, занимающаяся лечением аномалий прикуса
#
232
Скученность зубов возникает при:
3
позднем формировании корней зубов
вторичной адентии
наличии сверхкомплектных зубов, макрогнатии
раннем удалении постоянных зубов
позднем формировании коронок зубов
#
233
При методике С.Е. Гельмана разжевывают 50 г миндаля в течение:
3
15 мин.
5 сек.
50 сек.
5 сек.
10 мин.
#
234
Послойное изображение всей челюсти и зубного ряда получится при рентгенологическом методе исследования:
1
ортопантомографии
внутриротовой методе
прицельной рентгенографии
томографии ВНЧС
рентгенографии ВНЧС
#
235
Для съемных аппаратов применяют:
1
кламмеры зубодесневые, пелоты, каппы
коронки
мостовидные и консольные протезы
працевидные повязки
имплантаты
#
236
Мастикоциография относится к методу:
3
основному клиническому
вспомогательному лабораторному
функциональному
статическому
рентгенологическому
#
237

Мышцы, опускающие нижнюю челюсть:
1
подбородочно-подъязычная, двубрюшная, челюстно-подъязычная
двубрюшная; мышца, опускающая угол рта
височная, медиальная крыловидная
медиальная и латеральная крыловидные, малая ягодичная
двубрюшная, височная, лестничная
#
238
Аппараты, расширяющие верхнюю челюсть:
3
защитная небная пластинка
гладкая шина Тигерштедта
расширяющий аппарат Левковича, съемная расширяющая пластинка с пружинами
аппарат Сидоровича
аппарат Петровича
#
239
Аппараты, применяющиеся для расширения зубной дуги:
5
Сидоровича
Ильина
каппа Бынина
защитная небная пластинка
расширяющий несъемный аппарат Дерихсвайлера, расширяющий аппарат Айнсворта
#
240
Первый класс по Энгля – это прикус:
1
нейтральный
сменный
дистальный
постоянный
прямой
#
241
Второй класс по Энгля – это прикус:
2
нейтральный
дистальный
сменный
постоянный
прямой
#
242
Третий класс по Энгля – это прикус:
3
нейтральный
сменный
мезиальный

постоянный
прямой
#
243
Физиологические виды прикусов:
1
ортогнатия, бипрогнатия, прямой, физиологическая прогения, опистогнатия
глубокий, открытый
глубокий перекрестный
перекрестный, прогнатия
прогения, прогнатия
#
244
Патологические виды прикусов:
3
физиологическая прогения, опистогнатия
ортогнатия, бипрогнатия
прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный
ортогнатия, прямой
физиологическая прогения, прямой
#
245
Транспозицией зубов является:
4
отсутствие зубов
задержка прорезывания зубов
поворот зуба по оси
перемена мест зубов
нарушение форм зубов
#
246
Ретенцией зубов является:
4
отсутствие зубов
наличие сверхкомплектного зуба
поворот зуба по оси
задержка прорезывания зубов
нарушение формы зубов
#
247
Дистопией зубов является:
2
отсутствие зубов
расположение зубов вне зубной дуги
наличие сверхкомплектного зуба
нарушение формы зубов
поворот зуба по оси
#
248
Тортоаномалией называется:

1
поворот зуба вокруг оси
тесное расположение зубов
низкое расположение зубов
высокое расположение зубов
отсутствие зубов
#
249
Макродентией называется:
3
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
увеличение размера зубов
тесное расположение зубов
наличие сверхкомплектного зуба
#
250
Микродентией называется:
1
уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
высокое расположение зубов
нарушение цвета зубов
неправильное положение зубов
#
251
Первичной адентией называется:
4
преждевременное удаление молочных зубов
наличие сверхкомплектного зуба
увеличение количества зубов
отсутствие зачатка (фоликула)
уменьшение формы зубов
#
252
При врожденной форме сифилиса бывают зубы:
1
"Гетчинсона", "Турнера".
"Эйнштейна"
Попова - Годона

#
1
Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
1
местное
общее (наркоз)
комбинированное
нейролептанальгезия
акупунктура
#
2
Общим обезболиванием является:
2
атаралгезия
эндотрахеальный наркоз
проводниковая анестезия
вагосимпатическая блокада
инфильтрационная анестезия
#
3
Способом неингаляционного наркоза является:
2
масочный
внутривенный
эндотрахеальный
внутриартериальный
внутримышечный
#
4
Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
4
сонное отверстие
овальное отверстие
остистое отверстие
круглое отверстие
слепое отверстие
#
5
В зону обезболивания при туберальной анестезии входят:
1
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.8, 2.8
1.5, 1.4, 2.4, 2.5
1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
17, 16, 26, 27
#
6
В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:
5
моляры
верхняя губа, крыло носа
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4,
слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
#
7

При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:
2
носонебного нерва
большого небного нерва
среднего верхнего зубного сплетения
лицевые нервы
1 ветви тройничного нерва
#
8
Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:
3
сонное
круглое
овальное
остистое
слепое
#
9
Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является:
4
моляры
височный гребешок
позадиморьярная ямка
крыловидночелюстная складка
премоляры
#
10
Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:
1
обморок
гематома
контрактура
кровотечение
пародонтит
#
11
Обморок это:
3
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
12
Коллапс это:
3
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
13
Пульс во время коллапса:
1
частый, нитевидный

нитевидный, редкий
частый, хорошего наполнения
редкий, хорошего наполнения
нормальный
#
14
Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:
4
диатеза
интоксикации
хронического панкреатита
перенесенной ранее аллергической реакции
атеросклероза
#
15
При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на:
3
эпигастрии
нижней трети грудины
средней трети грудины
яремной вырезки
боковой поверхности груди
#
16
Показанием к удалению зуба является:
4
острый пульпит
глубокий кариес
острый периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
паротит
#
17
Прямыми щипцами удаляют:
4
моляры
премоляры
зубы мудрости
резцы верхней челюсти
резцы нижней челюсти
#
18
S- образными щипцами с шипом удаляют:
3
резцы
3-и моляры
моляры верхней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры нижней челюсти
#
19
Штыковидными щипцами удаляют:
5
резцы нижней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
3-и моляры нижней челюсти
корни и премоляры верхней челюсти

#
20
Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:
5
резцы нижней челюсти
моляры нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры верхней челюсти
корни зубов нижней челюсти
#
21
Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти:
3
резцы верхней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
корни зубов нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
#
22
На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:
4
клыки
резцы
премоляры
корни зубов
моляры
#
23
Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:
5
резец
премоляр
первый моляр
второй моляр
третий моляр
#
24
Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:
5
верхнечелюстной синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом коронки или корня удаляемого зуба
#
25
Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:
2
паротит
кровотечение
невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
26
Возможные осложнения во время операции удаления зубов верхней челюсти:
3

паротит
невралгия тройничного нерва
перфорация дна верхнечелюстной пазухи
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
27
Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:
2
паротит
отлом бугра верхней челюсти
невралгия тройничного нерва
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
28
Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:
5
синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом нижней челюсти
#
29
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
5
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
гипертонический криз
#
30
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
5
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
анафилактический шок
#
31
К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:
5
анурез
миозит
коллапс
невралгию
остеомиелит
#
32
К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:
5
анурез
миозит
коллапс

невралгия
оро-антральное сообщение
#
33
Щипцы для удаления резцов верхней челюсти:
2
прямые корневые
прямые коронковые
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
S-образные с несходящимися щечками
#
34
Для удаления клыков верхней челюсти используют щипцы:
1
прямые коронковые
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
35
Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти:
1
S-образные сходящиеся
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
36
Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными:
2
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
клювовидными сходящимися
#
37
Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными:
4
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
с круглыми щечками
#
38
Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти:
2
клювовидные
штыковые
S-образные сходящиеся
S-образные с шипом справа
S-образные несходящиеся

#
39
Щипцы для удаления резцов нижней челюсти:
2
клювовидные сходящиеся
клювовидные несходящиеся
S-образные щипцы с шипом
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
40
Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти:
3
клювовидные сходящиеся
S-образные щипцы с шипом
клювовидные несходящиеся
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
41
Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти:
4
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся с шипиками
штыковидные со сходящимися щечками
#
42
Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти:
3
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся
штыковидные со сходящимися щечками
#
43
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:
1
прямой элеватор
S-образные щипцы
клювовидные щипцы
щипцы клювовидные с шипом
S-образные сходящиеся щипцы
#
44
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:
2
прямые щипцы
элеватор Леклюза
клювовидные щипцы с шипом
S-образные сходящиеся шипы
S-образные несходящиеся щипцы
#
45
Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:
4

прямые щипцы
иглодержатель
клювовидные щипцы с шипом
клювовидные сходящиеся щипцы
S-образные несходящиеся щипцы
#
46
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей;
1
бормашина
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
47
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей:
1
экскаватор
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
48
Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:
5
скуловой
подчелюстной
подглазничной
щечной области
крыловидно-челюстного пространства
#
49
Аденофлегмоны развиваются по причине:
5
абсцедирующего фурункула
периапикального воспаления
паренхиматозного сиалоаденита
распространения воспалительного процесса из других областей
распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла
#
50
Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:
3
паротит
медиастинит
флебит угловой вены
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей
#
51
В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:
1
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
52
Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:
5
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
53
При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется в:
1
средостении
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
54
Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:
5
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти
#
55
При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
56
Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктации
в проекции корня языка
по границе гиперемии
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
57
Причиной развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области:
2
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#

58
Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:
4
тризм
гиперемия кожи в области нижней губы
отек крылочелюстной складки
инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области
отек и гиперемия щечных областей
#
59
Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
карбункулом
флегмоной височной области
флегмоной щечной области
острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
#
60
Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:
5
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см к низу
#
61
Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:
3
язык
скуловую кость
лицевую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
#
62
При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
63
Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктации
в преэкции корня языка
в границе гиперемии кожи
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
64
Причиной развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспитательный процесс в

области:
2
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
65
Клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка являются:
4
тризм
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
боль при глотании, ограничение открывания рта
инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
#
66
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется:
1
к корню языка
в субдуральное пространство
в околоушную слюнную железу
в крылонебное венозное сплетение
в венозные синусы головного мозга
#
67
В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:
1
вскрыть гнойный очаг
начать иглафлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
68
Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желоба заключается в разрезе:
2
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочки челюстно-язычного желоба ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
в подбородочной области вдоль края нижней челюсти
слизистой оболочки по кроловидно-челюстной складке
в области основания мышечного отростка
#
69
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется в:
1
ткани дна полости рта
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
70
Причиной развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный

процесс в области:
2
верхней губы
третьих моляров
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
71
Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:
3
диплопия
отек и гиперемия щечных областей
боль и ограничение открывания рта
инфильтрат челюстно-язычного желоба
инфильтрат мягких тканей
#
72
Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать с:
4
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной височной области
флегмоной поднижнечелюстной области
абсцессом околоушно-жевательной области
#
73
Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе:
2
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
#
74
Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом, можно повредить:
4
язычный нерв
скуловую кость
дифрагмальный нерв
краевую ветвь лицевого нерва
околоушную слюнную железу
#
75
При неблагоприятном течении флегмоны крыловидно-челюстного пространства инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
венозные синусы головного мозга
крылонебное венозное сплетение
#
76
Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:

5
отек верхнего века
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области
#
77
Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:
2
отек верхнего века
ограничение открывания рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
#
78
Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с:
4
ангиной Людвига
карбункулом нижней губы
флегмоной височной области
подмассетериальным абсцессом
обострением хронического верхнечелюстного синусита
#
79
Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить:
3
угловую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
подъязычную слюнную железу
третью ветвь тройничного нерва
#
80
Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе:
5
по носогубной складке
в подбородочной области
по ходу ветвей лицевого нерва
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
#
81
Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктуации
в проекции корня языка
по границе гиперемии кожи
на всю ширину ильфиртрата
в месте наибольшей болезненности
#
82
Гнойный процесс из крылонебной ямки преимущественно распространяется в:
3
верхнечелюстной синус
клыковую ямку

подвисочную ямку
позадичелюстную область
околоушно-жевательную область
#
83
Выполняя разрез при лечении абсцесса крылонебной ямки, можно повредить:
5
лицевую артерию
щитовидную железу
крылочелюстной нерв
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
#
84
Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:
2
отек носогубной складки
затрудненное открывание рта
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной областях
#
85
Оперативный доступ при лечении абсцесса крылонебной ямки заключается в разрезе по:
1
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6
1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
#
86
Клиническим признаком флегмоны височной области является:
4
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
#
87
Клиническим признаком флегмоны височной области является:
1
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
#
88
Осложнением флегмоны височной области является:
3
протез
паротит
менингит
рубцовый выворот верхней губы
рубцовый выворот верхнего века
#

89
Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области:
2
верхней губы
зубов нижней челюсти
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
90
Клинические признаки абсцесса и флегмоны языка является:
2
асимметрия лица
отек и инфильтрат языка
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
#
91
Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с:
4
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
#
92
Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:
2
окаймляющим углом нижней челюсти
в подбородочной области средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
93
Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:
3
скуловую кость
лицевую артерию
язычную артерию
щитовидную железу
подъязычную слюнную железу
#
94
Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:
3
фурункул нижней губы
лимфаденит околоушной области
травма слизистой оболочки щеки
лимфаденит поднижнечелюстной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти
#
95
Клиническим признаком флегмоны щечной области является:
2

гиперемия кожи лица
гиперемия и инфильтрат щеки
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
выбухание подъязычных валиков
#
96
Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
подмассетериальным абсцессом
#
97
Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является:
1
острый тонзиллит
фурункул верхней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти
#
98
При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется:
5
щечную область
крылонебную ямку
ткани дна полости рта
околоушную слюнную железу
крыловидно-челюстное пространство
#
99
Клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:
3
асимметрия лица
затруднение дыхания
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей
#
100
Причиной развития периостита является:
4
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического верхнечелюстного синусита
обострение хронического периодонтита
перелом мыщелкового отростка нижней челюсти
#
101
При переотите гнойный процесс локализуется под:
3
кожей
мышцей
надкостницей

наружной кортикальной пластинкой челюсти
слизистой оболочкой альвеолярного отростка
#
102
При переотите следует:
1
удалить причинный зуб
запломбировать канал до вскрытия периотита
запломбировать кариозную полость
удалить пломбу
расширить зубо-десневой карман
#
103
Клиническим признаком периостита является:
5
гематома лица
подвижность всех зубов
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
гиперемия и отек переходной складки
#
104
Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
перелом зуба
острым сиаодохитом
хроническим верхнечелюстным синуситом
обострением хронического периодонтита
#
105
Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:
4
окаймляющем угол нижней челюсти
в подподбородочной области по средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти:
#
106
Клиническая картинка острого одонтогенного остеомиелита челюсти:
3
подвижность всех зубов на челюсти
боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже
озноб, повышение температуры до 40 оС, симптом Венсана, подвижность зубов
острые пульсирующие боли в зубе, головная боль
ноющая боль в зубе, температура до 37о С
#
107
Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:
3
подвижность всех зубов на челюсти
воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны
#
108

Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:
1
удалить
раскрыть
запломбировать
депульпировать
реплантировать
#
109
Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препарат, обладающий остеотропным действием:
3
канамицин
ампицилин
линкомицин
пенициллин
эритромицин
#
110
Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:
5
удалении причинного зуба
широкой периостотомии челюсти с двух сторон
периостотомии в области причинного зуба, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
#
111
Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти появляются на:
4
30-е сутки
25-е сутки
20-е сутки
14-е сутки
7-е сутки
#
112
Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:
1
секвестрэктомии
санации полости рта
антибактериальной терапии
периостотомии в области причинного зуба
антибактериальной терапии, секвестрэктомии
#
113
Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:
3
физиолечения
формирования секвестра
сформировавшегося секвестра
антибактериальной терапии
реабилитации
#
114
Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является:

4
возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
зуб или корень зуба в линии перелома
сила и направление повреждающего фактора
#
115
Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании:
4
жалоб больного
опроса больного
клинических данных
клинико-рентгенологической картины
данных лабораторных методов исследования
#
116
Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:
4
сепсис
перикоронит
ксеростомия
деформация челюсти
парез лицевого нерва
#
117
В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входят:
2
криотерапия
ГБО-терапия
химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция
#
118
Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:
5
1.2, 1.1, 2.1, 2.2
1.3, 1.2, 2.2, 2.3
1.8, 1.7, 2.7, 2.8
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 2.5, 2.6
#
119
Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:
5
носовое кровотечение
кровотечение из лунки
перелом альвеолярного отростка
положительный симптом нагрузки
положительная носо-ротовая проба
#
120
При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:
5
физиотерапия
верхнечелюстная синусотомия
иссечение свища

промывание пазухи антисептиком
верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища
#
121
Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:
2
тризм
носовое кровотечение
деформация скуловой области
парез краевой ветви n. facialis
сиалоаденит
#
122
Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует:
2
микростомма
аномальное положение
недоразвитие челюстей
сужение нижней челюсти
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
123
Местным осложнением затрудненного протезирования третьего моляра является:
4
невралгия
микростомма
ксеростомия
перикоронит
сужение нижней челюсти
#
124
При правильном положении третьего моляра и перикороните производится:
3
удаление зуба
секвестрэктомия
иссечение капюшона
аппликации лидокаина
разрез по переходной складке
#
125
Третий моляр удаляют:
3
прямыми щипцами
крючком Лимберга
прямым элеватором
элеватором Волкова
элеватором Карапетяна
#
126
Непосредственным осложнением во время удаления третьего моляра является:
3
тризм
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
остеомиелит нижней челюсти
неврит мандибулярного нерва
#

127
Отдаленным осложнением после удаления третьего моляра является:
1
альвеолит
диплопия
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
макрогнатия нижней челюсти
#
128
Возбудителями актиномикоза является:
3
стафилококки
стрептококки
лучистые грибы
кишечные клостридии
туберкулезные микобактерии
#
129
В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входят:
4
лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
иммунотерапия
гипотензивная терапия
#
130
Количество инъекций актинолизата на один курс лечения:
4
5
12
15
25
35
#
131
Фурункул- это:
5
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное
серозное воспаление волосяного фолликула
острое гнойно – некротическое воспаление волосяного фолликула
#
132
Карбункул – это:
5
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное воспаление потовых желез
серозное воспаление волосяных фолликулов
разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
#
133
Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области:
2
андантериит

сахарный диабет
гипертоническая болезнь
психическое заболевание
бронхиальная астма
#
134
Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный:
4
участок гиперемии кожи
инфильтрат кожи синюшного цвета
плотный инфильтрат мягких тканей
гиперемированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат
гиперемированный, конусообразный вдавленный под поверхность кожи инфильтрат
#
135
При остром остеомиелите симптом Венсана возникает при локализации очага в:
1
области тела нижней челюсти
области лунки зуба
области альвеолярного отростка
области суставного отростка
подбородочном отделе нижней челюсти
#
136
Рентгенологически секвестр определяется как:
2
участок скелетора с четкими контурами
фрагмент костной ткани, находящийся в зоне разрежения
разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки зуба
очаг просветления с четкими контурами
уровень жидкости
#
137
Формирование свищей с гнойным отделяемым характерно для остеомиелита:
3
в острой стадии
в подострой стадии
хроническом
хроническом в стадии обострения
ограниченного лункой зуба
#
138
В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность:
3
антагонистов
альвеолярного отростка
причинного и соседних зубов
зубов половины челюсти
подвижность не определяется
#
139
Ангиной Людвига называют:
1
гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта
флегмону подъязычной области и корня языка
флегмону окологлоточного пространства
паратонзиллярный абсцесс
болезненное глотание при затрудненном прорезывании нижнего 8 зуба

#
140
Актиномикоз дифференцируют с:
1
флегмоной, остиомиелитом, раком челюсти
кариесом, пульпитом
лимфангиомой и капиллярной гемангиомой
липомой и атеромой
невралгией тройничного нерва
#
141
Возбудитель сифилиса:
1
бледная трепонема
палочка Коха
смешанная флора
лучистые грибы
вирус Эпштейна – Барр
#
142
При первичном поражении туберкулезной инфекцией челюстно-лицевой области:
1
развивается гранулема с казеозным распадом
развивается неказеозная гранулема
никогда не поражается регионарные лимфатические узлы
развивается скрофулодема
развивается гуммозное поражение твердого неба
#
143
Возбудители рожистого воспаления:
3
зеленящие стрептококки
энтерококки
В-гемолитические стрептококки группы А
а-гемолитические стрептококки
золотистые стафилококки
#
144
Грозным осложнением фурункула носогубного треугольника является:
4
карбункул
флегмона
абсцесс
тромбоз
рожистое воспаление
#
145
Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:
1
интоксикация
судорожная готовность
респираторный синдром
гипертонический синдром
почечная недостаточность
#
146
В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать паранефральную блокаду
провести физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
147
Неэпидемический паротит являются осложнением:
1
гриппа
гипертонии
стенокардии
полиартрита
холецистита
#
148
Клиническая картина острого сialoadенита характеризуется:
3
герпетическим стоматитом
незначительным уплотнением железы
болью, увеличением железы, гипосаливацией
болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
нормальными слюноотделением и размерами железы
#
149
Хронической паренхиматозный сialoadенит характеризуется:
4
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких полостей в паренхиме
разрастанием межзачаточной соединительной ткани
тромбозов сосудов
#
150
Хронической интерстициальный сialoadенит характеризуется
4
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких гнойных полостей
разрастанием межзачаточной соединительной ткани
тромбозом сосудов
#
151
Основным клиническим признаком калькулезного сialoadенита является:
5
боль в железе
гипосаливация
гиперсаливация
воспаление устья протока
припухание железы во время приема пищи
#
152
Основным методом лечения слюнокаменной болезни является:
5
физиотерапия
химиотерапия
гормонотерапия

аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
153
В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит:
4
опухоль
воспаление
родовая травма
нарушение оттока слюны
иммунные нарушения
#
154
Полость ретенционной кисти слюнной железы заполнена:
1
слюной
детритом
грануляциями
холестиотомными массами
кристаллами холестерина
#
155
Основным методом лечения кист слюнных желез является:
5
физиотерапия
химиотерапия
гормонотерапия
аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
156
Ранулой называется:
2
киста околоушной слюнной железы
киста подъязычной слюнной железы
опухоль подъязычной слюнной железы
киста поднижнечелюстной слюнной железы
опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
#
157
Ранним местным осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы является:
5
парестезия
ксеростомия
парез мышц языка
неврит ментального нерва
парез мимической мускулатуры
#
158
Причиной вывихов нижней челюсти является:
5
артрит ВНЧС
нижняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
глубокое резцовое перекрытие
слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
#

159
Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в:
5
иммобилизации
резекции суставного бугорка
прошивании суставной капсулы
резекции мышечковых отростков нижней челюсти
введение суставной головки в суставную впадину
#
160
Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:
1
острым отитом
острым верхнечелюстным синуситом
околоушным гипергидрозом
перелом верхней челюсти
флегмоной поднижнечелюстной области
#
161
Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
резкое ограничение подвижности нижней челюсти
#
162
Форма анкилоза ВНЧС:
2
гнойный
фиброзный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
163
Форма анкилоза ВНЧС:
1
костный
гнойный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
164
Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
тугоподвижность сустава
#
165
Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах

нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
полное отсутствие движений нижней челюсти
#
166
Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:
4
нижней макрогнатией
верхней микрогнатией
верхней ретрогнатией
профилем «птичьего» лица
несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами
#
167
Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:
2
физиотерапия
хирургический
консервативный
ортопедический
ортодонтический
#
168
Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:
5
верхняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
укорочение ветвей нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС
#
169
Основным симптомом перелома верхней челюсти является:
4
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
170
Основным симптомом перелома нижней челюсти является:
3
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
171
Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:
4
периостит
фурункулез
рожистое воспаление
нагноение костной раны
актиномикоз

#
172
Характерный симптом при двустороннем переломе мышечного отростка нижней челюсти:
1
открытый прикус
кровотечение из носа
разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
#
173
Основной симптом перелома костей носа:
4
гематома
подкожная имфидема
затруднение носового дыхания
патологическая подвижность костей носа
кровотечение из носовых ходов
#
174
Симптомы перелома скуловой кости:
5
деформация носа, гематома
гематома скуловой области
кровотечение в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
онемение кожи подглазничной области, западение скуловой области
#
175
Симптомы перелома скуловой кости:
3
гематома скуловой области
деформация носа
симптом «ступени», диплопия
кровотечение в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
#
176
Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:
3
травма глазного яблока
воспалительная реакция
смещение глазного яблока
травма зрительного нерва
интраорбитальная гематома
#
177
Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:
5
шпатель
распатор
зажим Кохера
крючок Фарабефа
крючок Лимберга
#
178
Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

3
первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов
72 часов
#
179
Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:
5
8-12 часов
24 часов
48 часов
8 суток
72 часов
#
180
Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:
4
на 4-5 сутки
на 8-9 сутки
после эпитализации раны
после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
после уменьшения отека тканей
#
181
Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение:
4
гаммаглобулина
антирабической сыворотки
стафилакоккового анатоксина
противостолбнячной сыворотки
антикоагулянтов
#
182
Первая медицинская помощь на поле боя оказывается:
4
врачом
эпидемиологической службой
служба медицинской разведки полка
в порядке самопомощи и взаимопомощи
связистом
#
183
Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:
4
накормить раненного
собрать анамнез
перенести в укрытие
противошоковые мероприятия
оформить медицинскую карточку
#
184
Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог:
2
сортировочный пункт
медицинский пункт полка

отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижный специализированный госпиталь
#
185
Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:
3
сортировочном пункте
медицинском пункте полка
батальонном медицинском пункте
отдельном медицинском батальоне
отделении специализированного госпиталя
#
186
Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:
3
костный шов
назубные шины
стандартные повязки
компрессионно-дистракционный аппарат
ортопедический аппарат
#
187
Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей:
5
эвакогоспиталь
сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отделение специализированного госпиталя
#
188
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей на БМП:
5
остеосинтез
наложение гладкой шины скобы
наложение бимаксилярных шин
межчелюстное связывание по Айви
временная (транспортная) иммобилизация
#
189
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей в ОМедБ:
1
наложение бимаксилярных шин
временная (транспортная) иммобилизация
наложение компрессионно-дистракционного аппарата
наложение гладкой шины скобы
остеосинтез
#
190
Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:
2
первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

#
191
Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:
3
клапанная
стенотичекая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
192
Асфиксация от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:
5
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
193
Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:
1
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа
прошивание языка
#
194
Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:
4
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
вывести и закрепить язык булавкой
расстегнуть одежду
#
195
Основой специального ухода за больными, перенесшими операции на челюстно-лицевой области, является:
3
дыхательная гимнастика
своевременное кормление
тщательная гигиена полости рта
массаж
лечебная физкультура
#
196
При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:
1
районному онкологу
специалисту-радиологу
участковому терапевту
хирургу общего профиля
хирургу-стоматологу
#

197
К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:
3
физикальный
биохимический
гистологический
биометрический
иммунологический
#
198
Под онкологической настороженностью понимают знание:
1
ранних симптомов заболевания
препаратов для лечения
профессиональных вредностей
допустимых доз лучевой терапии
расположение онкологических служб
#
199
Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:
5
жалоб больного
размеров опухоли
жалоб больного, размеров опухоли
размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
#
200
Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:
1
TNM
клиническая
пятибалльная
онкологического центра
гистологическая
#
201
Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:
1
врожденными
одонтогенными
травматическими
онкологическими
воспалительными
#
202
Методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:
5
криотерапия
химиотерапия
лучевая терапия
динамическое наблюдение
оперативное вмешательство
#
203
Клиническим проявлением кисты челюсти является:
5

гематома
симптом Венсана
нарушение глотания
плотное обызвествление образования
безболезненная деформация в виде вздутия
#
204
Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:
4.
в виде «тающего сахара»
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
в виде участков уплотнения и разрежения
#
205
Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:
2
в виде «тающего сахара»
с четкими контурами и тенью зуба в полости
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
#
206
Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:
1
цистэктомия
криодеструкция
склерозирование
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
207
Основным методом лечения кист челюстей большого размера является:
1
цистотомия
цистэктомия
криодеструкция
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
208
Причина развития неондонтогенных кист челюстей связана с:
1
нарушением эмбриогенеза лица
нарушением формирования корня зуба
нарушением формирования зачатка зуба
нарушением развития зубного фолликула
воспалением
#
209
Фиброматоз развивается в результате:
3
вредных привычек
нарушения эмбриогенеза
хронического механического раздражения
воспаления

вирусного поражения
#
210
Этиологическим фактором возникновения предрака является:
3
вторичная адентия
острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
хроническая травма слизистой оболочки полости рта
острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
специфические воспалительные процессы
#
211
Для морфологической картины предрака характерно наличие:
1
атипического ороговения
обызвествления миоцитов
воспалительного инфильтрата
инвазии в подлежащие ткани
вторичного казеозного некроза
#
212
К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:
3
рожистое воспаление
термический и химические ожоги
бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
#
213
Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием:
4
2-3 эрозией, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географического» рисунка
ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
#
214
Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является:
5
химиотерапия
криодеструкция
комбинированное лечение
выскабливание опухоли
удаление опухоли в пределах здоровых тканей
#
215
Эозинофильную гранулему дифференцируют с:
1
остеосаркомой
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
стеомиелитом челюсти
сосудистыми опухолями
#
216
Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:

1
пульсация
наличие флеболитов
боль при пальпации
болезненный инфильтрат
эрозии без тенденции к кровоточивости
#
217
Основным методом лечения кавернозной гемангиомы является:
4
прошивание
электрорезекция
лучевое воздействие
склерозирующая терапия
криодеструкция, лазерокоагуляция
#
218
Наиболее чувствительной к лучевой терапии является:
5
фибросаркома
остеосаркома
хондросаркома
гемангиома
саркома Юинга
#
219
Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является:
4
воспалительный инфильтрат
язва без инфильтрации краев
эрозия без инфильтрации краев
изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
гиперемия и отек участка слизистой оболочки
#
220
Метод дополнительного исследования при постановке окончательного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:
1
биопсия
томография
клиническое
ультразвуковое
рентгенологическое
#
221
Основным методом лечения рака нижней губы является:
5
физиотерапия
химиотерапия
хирургический
лучевая терапия
комбинированный метод
#
222
Рак верхнечелюстной пазухи развивается из:
4
нервной ткани
мышечной ткани

лимфатической ткани
эпителиальной ткани
соединительной ткани
#
223
Рак нижней челюсти следует дифференцировать с:
5
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
хроническим верхнечелюстным синуситом
дистопией третьих моляров
хроническим остеомиелитом
#
224
Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является:
3
гиперсаливация
обнажение кости
подвижность интактных зубов
парез мимической мускулатуры
эрозия, язва с инфильтрированными краями
#
225
Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует в:
5
шейные лимфоузлы
глубокие шейные лимфоузлы
заглоточные и шейные лимфоузлы
легкие и кости гематогенным путем
поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы
#
226
Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой оболочки дна полости рта заключается в профилактике метастазирования:
3
во внутренние органы
в отдаленные лимфоузлы
в регионарные лимфоузлы
в кости
в легкие
#
227
Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:
2
на питающей ножке
встречных треугольных
круглого стебельчатого
на сосудистом анастомозе
свободная пересадка
#
228
Методика пластики встречными треугольными лоскутами:
4
Аббе
Миларда
Седилло
Лимберга
Лапчинского

#
229
Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места:
4
лоскутом на ножке
мобилизация краев раны
треугольными лоскутами
пересадка свободной кожи
артеризованным лоскутом
#
230
Основное правило пластики местными тканями:
3
не ушивать рану наглухо
недопустима мобилизация тканей
отсутствие натяжения в краях раны
длина разреза должна быть минимальной
достаточное количество жировой ткани
#
231
Лоскут на питающей ножке состоит из тканей:
2
расщепленной кожи
кожи и подкожно-жировой клетчатки
кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
#
232
Круглый стебельчатый лоскут, одновременно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта, называется:
1
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
233
Круглый стебельчатый лоскут, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется:
2
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
234
Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного круглого стебельчатого лоскута:
4
предплечье
внутренняя поверхность плеча
внутренняя поверхность бедра
переднебоковая поверхность живота
передняя поверхность груди
#

235
Свободной пересадкой кожи называется:
2
перенос кожи стебельчатого лоскута
пересадка кожного аутотрансплантата
перемещение кожного лоскута на ноже
перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
деэпидермизация
#
236
Местные ранние осложнения после пересадки свободной кожи:
1
некроз лоскута
гиперпигментация
рубцовая деформация
кровотечение из лоскута
атрофия
#
237
Идентичность цвета пересаженной кожи лица достигается при помощи:
4
криотерапии
гидромассажа
физиотерапии
деэпидермизации
электрокоагуляции
#
237
Вторичная костная пластика после основной операции проводится через:
4
10 дней
1-2 месяца
3-4 месяца
6-8 месяцев
1-1,5 года
#
239
Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:
5
переохотита
секвестрэктомии
постлучевой некрэктомии
склерозирующей терапии
удаления доброкачественных опухолей
#
240
Показанием для проведения вторичной костной пластики является:
4
склерозирующая терапия
ретрогенатия челюстей
кератокиста
удаление злокачественных опухолей
переостит
#
241
Аутотрансплантант – это материал, взятый у:
1
пациента

животного
другого индивида
однойцового близнеца
близких родственников
#
242
Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией:
3
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
243
Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией:
2.
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
244
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии:
1
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная деформация
сагиттальный сдвиг
#
245
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии:
2
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная доформация
сагитальный сдвиг
#
245
Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:
4
шина Ванкевич
гладкая шина-скоба
шина-скоба с распорочным изгибом
бимаксилярные шины с зацепными петлями
Шина порта
#
247
Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают:
3
криотерапию
химиотерапию
антибактериальную терапию
лучевую терапию
Буки-терапию

#
248
Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является:
4
ретрогнатия
микрогнатия
несимметричная макрогнатия
чрезмерное развитие подбородочного отдела
нижнечелюстная макрогнатия
#
249
Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:
4
гиперсаливация
частичная адентия
массивные зубные отложения
хроническая травма слизистой оболочки
заболевания желудочно-кишечного тракта
#
250
При оперативном лечении радикулярных кист челюстей в области «причинного» зуба производят:
4
аппликацию
пломбирование канала
эндодентальный электрофарез
резекцию верхушки корня
выскабливание зубо-десневого кармана

#
1
Прикус – это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:
1
центральной
боковой левой
передней
дистальной
боковой правой
#
2
Окклюзия – это:
1
всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюсти
положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
соотношение беззубых челюстей
вид прикуса
#
3
Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:
3
сагитальных
центральной и сагиттальных
сагиттальных и боковых
боковых, сагиттальных и центральной
центральной
#
4
Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели:
3
установление в окклюдатор
установление в артикулятор
с восковыми базами и окклюзионными валиками
с восковыми базами и искусственными зубами
с восковыми базами, установленные в окклюдатор
#
5
Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:
1
гнатодинамометрии
анатомических особенностей строения зубов
подвижности зубов
жевательных проб

абсолютной силы жевательных мышц
#
6
К аппаратам, воспроизводящим движения нижней челюсти относятся:
1
артикулятор
функциограф
гнатодинамометр
параллелометр
эстезиометр
#
7
Жевательная проба И.С. Рубинова показывает:
4
степень измельчения 5г ореха после 50 жевательных движений
время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений
#
8
Наиболее достоверным методом определения высоты нижнего отдела лица является:
2
анатомический
анатоμο-физиологический
антропометрический
физиологический
фотографический
#
9
При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают:
3
полукоронкой
экваторной коронкой
штифтовой конструкцией
съёмным протезом
вкладкой
#
10
10. Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку на:
2
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа

гипсовом штампе в разборной модели
#
11
При штамповке коронки необходимо изготовить штампы:
2
один из гипса и один из легкоплавкого металла
один из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
два из гипса и один из легкоплавкого металла
два из гипса и не менее двух из легкоплавкого металла
один из гипса в разборной модели
#
12
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ располагается:
1
по всему периметру шейки зуба
на вестибулярной поверхности
с оральной и аппроксимальных сторон
на аппроксимальных поверхностях
с оральной стороны
#
13
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:
1
полировка
глазурирование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
14
Основные параметры функциональной ценности зуба:
3
воспаление десны и цвет зуба
цвет и размер зуба
атрофия кости и подвижность зуба
подвижность зуба и зубные отложения
зубные отложения и воспаление десны
#
15
Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок на (в мм):
1
0,2-0,3
0,5-1,0
1,0-1,5
1,5-2,0
2,0-2,5

#
16
При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:
5
челюсти, на которой будет припасована коронка
препарированного зуба и с противоположной челюсти
фрагмента челюсти с препарированным зубом
препарированного зуба
обеих челюстей
#
17
При препарировании зуба для изготовления штампованной коронки с боковых поверхностей сошлифовывают ткани:
2
на толщину материала
соответственно периметру шейки зуба
только экватор
контактный пункт
соответственно вершине межзубного десневого сосочка
#
18
При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:
5
супрагингивально
на уровне края десны
субгингивально на вестибулярной поверхности
субгингивально по всему периметру шейки зуба
не формируется
#
19
При изготовлении литых коронок разборную модель изготавливают для:
2
точности литья коронки
удобства моделировки и припасовки коронки
предотвращения усадки металла
дублирования модели из огнеупорного материала
литья коронки на гипсовом штампе
#
20
Создание чрезмерной конусности культи зуба при препарировании под металлокерамическую коронку обуславливает:
2
травму пародонта
ослабление фиксации протеза
затрудненное наложение протеза
эстетический дефект в области шейки зуба
снижение жевательной эффективности

#
21
Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):
2
0,1-0,2
0,3-0,4
0,5-0,6
0,7-0,8
0,8-0,9
#
22
Штифтовой зуб с вкладкой (по автору):
5
Логана
Ричмонда
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян
#
23
Противопоказанием к изготовлению штампованной коронки является:
3
подвижность зуба первой степени
разрушение коронки зуба
подвижность зуба третьей степени
наклон зуба
шинирование зубов
#
24
Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой коронки может вызвать:
3
улучшение фиксации коронки
увеличение размера коронки
образование газовой пористости и снижение прочности пластмассы
уменьшение размера коронки
образование гранулярной пористости
#
25
При препарировании зуба под фарфоровую коронку создают:
2
циркулярный уступ под углом 135°
циркулярный уступ под углом 90°
уступ-скос под углом 135° только с вестибулярной стороны
уступ-скос под углом 90° только с вестибулярной стороны
символ уступа с вестибулярной и апроксимальных сторон

#
26
Штифтовой зуб по Ричмонду – это конструкция:
3
с вкладкой
фабричного изготовления
с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надконеваемой культевой вкладкой
#
27
При изготовлении штифтовой конструкции оптимальная длина штифта относительно длины корня составляет:
3
1/3
1/2
2/3
всю длину корня
длина штифта не имеет значения
#
28
Препарирование зубов под литые коронки производят:
2
металлическими фрезами
алмазными головками
карборундовыми фрезами
карборундовыми дисками
вулканитовыми дисками
#
29
Для припасовки цельнолитой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:
5
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели
#
30
При изготовлении цельнолитой коронки рабочий оттиск получают с помощью массы:
1
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной

цинкоксидэвгеноловой
#
31
При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают массой:
1
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой
#
32
При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:
1
силиконовой
альгинатной
фторкаучуковой
термопластичной
цинкоксидэвгеноловой
#
33
Заключительным лабораторным этапом изготовления литой цельнометаллической коронки является:
1
полировка
глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
34
При изготовлении консольного несъемного протеза отрицательным является:
4
необходимость депульпации опорных зубов
препарирование большого количества зубов
неудовлетворительное эстетическое качество
наличие опрокидывающего момента в области опорных зубов
сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов
#
35
Опорами несъемного мостовидного протеза могут быть:
1
коронки, полукоронки, вкладки
вкладки, полукоронки, опорно-удерживающие кламмеры
опорно-удерживающие кламмера, штифтовые зубы, телескопические коронки
телескопические коронки, опорно-удерживающие кламмеры, аттачмены

только параллельно продольной оси зуба
#
36
Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:
2
любого
паяного
цельнолитого
металлокерамического
пластмассового
#
37
Моделирование тела паяного мостовидного протеза производится:
5
перед моделированием опорных коронок
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременного с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
#
38
Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:
3
перед моделированием опорных коронок
на этапе припасовки опорных коронок на модели
одновременно с моделированием опорных коронок
после этапа припасовки опорных коронок в клинике
после лабораторного этапа изготовления опорных коронок
#
39
На этап припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:
1
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
гипсовых штампах в разборной модели
#
40
Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:
5
сагиттальных
сагиттальных и центральной
центральной и боковых

боковых и сагиттальных
сагиттальных, боковых и центральной
#
41
Двусторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда, по классификации Кеннеди, относится к классу:
1
первому
второму
третьему
четвертому
пятому
#
42
Несъемный мостовидный протез состоит из:
2
промывной части
опорных элементов и промежуточной части
опорных элементов, промежуточной части и базиса
промывной части, коронок и тела
опорных коронок, тела, промывной части
#
43
Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:
1
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные
#
44
Форма промежуточной части мостовидного протеза в области передних зубов:
3
седловидная
промывная
касательная
диаторическая
комбинированная
#
45
Перед снятием двухслойного слепка ретракция десны необходима, чтобы:
1
получить точный отпечаток поддесневой части зуба
получить точный отпечаток наддесневой части зуба
остановить кровотечение
обезболить десневой край

высушить поверхность культы зуба
#
46
Односторонний дистально неограниченный (концевой) дефект зубного ряда (по классификации Кеннеди) относится к классу:
2
первому
второму
третьему
четвертому
пятому
#
47
На этап припасовки металлокерамического мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории на:
5
гипсовой модели
металлических штампах
гипсовых штампах
восковом базисе
разборной гипсовой модели
#
48
Классификация мостовидных протезов по материалу изготовления:
3
цельнолитые, полимеризованные, паяные
паяные, пластмассовые, комбинированные
комбинированные, металлические, неметаллические
неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные
#
49
Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:
2
виниром
фасеткой
вкладкой
коронкой
штифтовым зубом
#
50
Штифтовый зуб – ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:
5
вестибулярной стенки зуба
зубного ряда включенный во фронтальном отделе
зубного ряда включенный в боковом отделе
зубного ряда концевой

коронковой части зуба
#
51
По функции различают искусственные коронки:
3
восстановительные, комбинированные
временные, с облицовкой
восстановительные, фиксирующие
опорные (фиксирующие), пластмассовые
шинирующие, штампованные
#
52
Показанием к изготовлению штифтового зуба является:
4
отлом угла режущего края зуба
разрушение корня зуба на $\frac{1}{2}$
кариозная полость I по Блэку
разрушение коронки зуба на уровне десны
подвижность зуба второй степени
#
53
Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:
4
дефект коронковой части зуба
патологическая стираемость
пародонтит тяжелой степени
включенный дефект зубного ряда
концевой односторонний дефект зубного ряда
#
54
Окклюзионная кривая – это линия, проведенная:
2
по контактными поверхностям зубов
по режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров
по проекции вершечек корней зубов
от козелка уха до угла крыла носа
по режущим краям фронтальных зубов и небным буграм премоляров
#
55
Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее (в мин):
2
5
15
40
60
90

#
56
Альгинатную слепочную массу замешивают на:
1
холодной воде
3% растворе поваренной соли
прилагаемом к материалу катализаторе
горячей воде
1% растворе питьевой соды
#
57
Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы золота пробы:
4
375
583
750
900
915
#
58
При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:
4
2
3
4
5
6
#
59
Метод субъективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:
3
осмотр
пальпацию
опрос
рентгенографическое исследование
изучение диагностических моделей
#
60
Вторая степень подвижности зубов по Д.А. Энтину характеризуется движениями зуба в направлении:
3
вестибуло-оральном
медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном
вестибуло-оральном и медио-дистальном, включая вертикальное

во всех направлениях, включая ротацию
#
61
Объективное исследование пациента начинают с:
5
опроса
осмотра слизистой оболочки
заполнения зубной формы
изучения диагностических моделей
внешнего осмотра
#
62
Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:
2
репин
цементы
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы
#
63
При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят на:
2
штампованный колпачок
литой колпачок
платиновый колпачок
штампик из огнеупорного материала
огнеупорную модель
#
64
Металлокерамическая коронка относится к:
1
комбинированным
металлическим
неметаллическим
сочетанным
полимеризованным
#
65
Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевременных контактов между коронкой и стенками культи зуба с помощью:
3
разогретого воска
альгинатных слепочных масс
корректирующих силиконовых слепочных масс
жидкого гипса
копировальной бумаги

#
66
На культевую вкладку можно изготовить коронку:
5
только штампованную
только фарфоровую
только пластмассовую
только металлопластмассовую
любую из существующих
#
67
При изготовлении металлопластмассовой коронки соединение пластмассы с литым каркасом осуществляется за счет:
5
химического соединения
образования окисной пленки
взаимной диффузии материалов
вырезания «окна» на вестибулярной поверхности коронки
формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков)
#
68
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлопластмассовой коронки является:
1
полировка
глазурования
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная корректировка формы
#
69
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, является показанием к изготовлению:
3
вкладки
полукоронки
штифтового зуба
экваторной коронки
телескопической коронки
#
70
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, является показанием к изготовлению:
1
вкладки
полукоронки
штифтового зуба

экваторной коронки
телескопической коронки
#
71
Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,7, является показанием к изготовлению:
4
вкладки
полукоронки
штифтового зуба
коронки
телескопической коронки
#
72
Телескопическая коронка используется для:
4
фиксации консольного мостовидного протеза
шинирование зубов
профилактики патологической стираемости
фиксации съемного мостовидного протеза
повышения высоты нижнего отдела лица
#
73
Дефекты зубных рядов могут возникать вследствие:
2
заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
осложнений кариеса
патологической стираемости твердых тканей зубов
снижение высоты нижнего отдела лица
заболеваний слизистой оболочки полости рта
#
74
Требования к корням зубов, используемым для штифтовых конструкций:
5
подвижность 2-3 степени
канал распломбирован на 1/3
расширение периодонтальной щели
канал незапломбирован до верхушки на 1/3
толщина стенок корня не менее одного миллиметра
#
75
Готовая штампованная коронка должна:
4
иметь толщину 0,5-0,8мм
плотно прилегать к уступу
соответствовать цвету естественного зуба
восстанавливать контакт с рядом стоящими зубами

погружаться в зубодесневую бороздку на 0,5-1,5 мм
#
76
Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба:
4
фасетка
культевая вкладка
Штифтовый зуб
вкладка
коронка
#
77
Перед фиксацией фарфоровой коронки платиновая фольга:
2
всегда не извлекается
всегда извлекается
извлекается при изготовлении коронки на премоляр
извлекается при изготовлении коронки на резцы
не извлекается при изготовлении коронки на премоляр
#
78
Первый клинический этап при изготовлении металлокерамической коронки:
4
определение цвета керамической облицовки
определение центральной окклюзии
изготовление временной пластмассовой коронки
препарирование зуба
снятие вспомогательного слепка
#
79
Временная пластмассовая коронка обычно не показана при изготовлении коронки:
1
штампованной
цельнолитой
металлокерамической
металлопластмассовой
фарфоровой
#
80
После полировки штампованной коронки заключительный клинический этап – это:
5
проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
полировка окклюзионной поверхности коронки
коррекция контактных пунктов
фиксация

#
81
Изготовление промежуточной части паяного мостовидного протеза осуществляется методом:
4
наружной штамповки
внутренней штамповки
обжига
литья
паяния
#
82
Соединение опорных штампованных коронок и промежуточной части мостовидного протеза осуществляется методом:
5
наружной штамповки
внутренней штамповки
обжига
литья
паяния
#
83
Штифтовый зуб по Логану – это конструкция:
2
с вкладкой
фабричного изготовления
с наружным кольцом
с надкорневой защиткой
с надкорневой культевой вкладкой
#
84
Штифтовый зуб с наружным кольцом (по автору):
2
Логана
Ричмонда
Ахметова
Дэвиса
Ильиной-Маркосян
#
85
Классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди включает классов:
3
два
три
четыре
пять
шесть

#
86
Классификация дефектов зубных рядов по Е.И. Гаврилову включает классов:
3
два
три
четыре
пять
шесть
#
87
Для временной фиксации несъемных протезов применяют:
4
эластичные пластмассы
стеклоиономерный цемент
масляный дентин
водный дентин
акриловые пластмассы
#
88
Согласно классификации Румпеля, съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся к:
3
физиологическим
полуфизиологическим
нефизиологическим
комбинированным
опирающим
#
89
Съемные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):
2
20
50
70
90
100
#
90
Окончательная припасовка съемного пластиночного протеза производится:
2
зубным техником на модели
врачом в полости рта
врачом на модели
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
врачом сначала на модели и затем в полости рта

#
91
Фиксирующими частями съемного мостовидного протеза могут являться:
4
полукоронки
вкладки
штифтовые зубы
телескопические коронки
культевые коронки
#
92
Бюгельный протез состоит из :
4
дуги
искусственных зубов и дуги
дуги, кламмеров и каркаса
дуги, кламмеров и седловидных частей с искусственными зубами
кламмеров и седловидных частей
#
93
Дуга бюгельного протеза располагается относительно слизистой оболочки:
1
никогда не касаясь
всегда слегка касаясь
всегда плотно прилегая
слегка касаясь при жевании
плотно прилегая при жевании
#
94
Отросток удерживающего кламмера должен располагаться:
5
между экватором и десной
между экватором и окклюзионной поверхностью
на вестибулярной поверхности зуба
в области ската альвеолярного гребня с оральной стороны
по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
#
95
Припасовка литого каркаса бюгельного протеза производится:
4
только зубным техником на модели
врачом только на модели
только врачом в полости рта
зубным техником на модели, затем врачом в полости рта
врачом сначала на модели и затем в полости рта
#
96

Задний край полного съемного протеза на нижней челюсти должен:
4
не доходить до медиального края позадиомолярного слизистого бугорка на 1,0-2,0 мм
доходить до медиального края позадиомолярного слизистого бугорка
перекрывать 1/3 позадиомолярного слизистого бугорка
перекрывать позадиомолярный слизистый бугорок полностью
перекрывать позадиомолярный слизистый бугорок не полностью
#
97
При наличии сильных болей, больному рекомендуется съемный пластиночный протез:
2
не снимать до посещения врача
снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача
снять и сразу придти к врачу
снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
снять и после исчезновения воспалительных явлений придти к врачу
#
98
Первая коррекция съемного пластиночного протеза производится:
2
в день наложения протеза
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза
через месяц
только при появлении болей
#
99
При изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть необходимо:
4
изготовить новый протез
укротить границы протеза
пришлифовать фронтальные зубы нижней челюсти
провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов
создать разобщения между фронтальными зубами
#
100
Коррекция базиса съемного пластиночного протеза производится инструментами:
4
крампонными щипцами
алмазными турбинными головками
вулканитовыми дисками
металлическими фрезами
твердосплавными турбинными борами
#

101
Изготовление двухслойного базиса съемного протеза с мягкой подкладкой показано при:
2, 4
равномерной атрофии альвеолярных отростков
наличие острых костных выступов (экзостозов) на протезном ложе
выраженных альвеолярных отростках с равномерно податливой слизистой оболочкой
повышенном пороге болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
сильно выраженном подслизистом слое в области протезного ложа
#
102
Топография слизистой оболочки периферической фиброзной зоны податливости (по Люнду):
2
срединная часть твердого неба
альвеолярный отросток
дистальная треть твердого неба
переходная складка
область небных складок
#
103
Топография железистой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду):
3
срединная часть твердого неба
альвеолярный отросток
дистальная треть твердого неба
переходная складка
область небных складок
#
104
Съемный пластиночный протез с удерживающими кламмерами передает большую часть жевательного давления на:
3
естественные зубы
жевательные мышцы
слизистую оболочку полости рта
слизистую оболочку и естественные зубы
слизистую оболочку, естественные зубы и мышцы
#
105
При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует:
3
медиальной поверхности клыка
дистальной поверхности клыка

середине клыка
середине первого премоляра
постановка центральных и боковых резцов
#
106
Классификация Суппли предложена для:
3
слепочных материалов
функциональных слепков
типов слизистой оболочки
форм скатов альвеолярных гребней
видов зубных протезов
#
107
После проведения последней коррекции съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра:
2
один раз в месяц
один раз в полгода
один раз в год
только при возникновении жалоб
по желанию пациента
#
108
Виды кламмерных линий:
4
вертикальная, диагональная, поперечная
боковая, передняя, сагиттальная
диагональная, дистальная, медиальная
поперечная, диагональная, сагиттальная
сагиттальная, вертикальная, боковая
#
109
Удерживающий кламмер состоит из:
5
плеча, отростка
отростка, окклюзионной накладки
окклюзионной накладки, ответвления
ответвления, тела, окклюзионной накладки
плеча, тела, отростка
#
110
Требования к восковому базису с окклюзионными валиками:
5
изготовление из моделировочного воска, плотное прилегание к протезному ложу
плотное прилегание к протезному ложу, окклюзионный валик ниже естественных зубов

окклюзионный валик ниже естественных зубов, соответствие границам базиса протеза
окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов
плотное прилегание к протезному ложу, соответствие границам базиса протеза
#
111
Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска:
3
липкого
моделировочного
базисного
бюгельного
базисного в сочетании с моделировочным
#
112
Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисами пластиночного протеза:
2
механически
химически
с помощью клея
изоляционным лаком
липким воском
#
113
При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:
4
боковые левые, боковые правые
боковые правые и левые, передние
передние, центральная
центральная
центральная, передние, боковые
#
114
Для проведения клинического этапа «Проверка конструкции съемного протеза» из лаборатории получают:
3
модели с восковыми базисами и искусственными зубами
модели с восковыми и окклюзионными валиками, фиксированные в артикулятор
модели с восковыми базисами и искусственными зубами, фиксированные в артикулятор
восковые базисы с искусственными зубами
неполированные протезы
#
115
Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии:

3
песочной
тянущихся нитей
тестообразной
резиноподобной
твердой
#
116
Гранулярная пористость в пластмассе образуется вследствие:
5
быстрого нагрева кюветы
недостаточного сжатия пластмассы
быстрого охлаждения кюветы
нарушения температуры нагрева кюветы
нарушения пропорций полимера и мономера
#
117
При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза:
2
трещин
газовой пористости
гранулярной пористости
внутренних напряжений
пористости сжатия
#
118
Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базисе протеза:
3
газовой пористости
гранулярной пористости
внутренних напряжений
«мраморности» пластмассы
пористости сжатия
#
119
«Мраморность» базиса пластиночного протеза возникает при:
5
несоблюдение температурного режима полимеризации
нарушении прессования
резком охлаждении кюветы после окончания полимеризации
неплотном соединении частей кюветы
отсутствии изолирующего слоя на гипсовой модели перед паковкой пластмассы
#
120
Первая коррекция бюгельного протеза производится:
2

в день наложения протеза
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза
через месяц
только при проявлении болей
#
121
При недостаточно хорошей фиксации съемного протеза, обусловленной удлиненными границами базиса, необходимо:
2
снять слепок и изготовить новый протез
провести коррекцию краев протеза
уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
нанести эластичный материал на базис протеза
#
122
Сроки пользования съемным пластиночным протезом, после которого его необходимо заменить новым (в годах):
2
0,5-1
2-4
5-7
8-10
не ограничены
#
123
Для ускорения адаптации к съемному протезу после его наложения рекомендуется:
5
снимать протез несколько раз в течение дня
первые 3 дня надевать протез только на ночь
пользоваться протезом только во время еды
пользоваться протезом днем и снимать на ночь первую неделю
пользоваться протезом днем и не снимать на ночь первую неделю
#
124
В качестве материала для перебазировки съемного протеза можно использовать:
3
термопластичную слепочную массу
силиконовую корригирующую слепочную массу
эластичную пластмассу
цинкоксидэвгеноловый материал
самотвердеющую пластмассу «Акрилоксид»
#
125
В бюгельных протезах применяются кламмера, изготовленные методом:

1
литья
штамповки
ковки
изгибания
паяния
#
126
Плечо литого кламмера в бюгельном протезе выполняет функцию:
4
удерживающую
опорную
направляющую
удерживающую и опорную
удерживающую, опорную и направляющую
#
127
Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти располагается:
2
у шеек зубов
между шейками зубов и переходной складкой дна полости рта
у переходной складки дна полости рта
между шейками зубов и окклюзионной поверхностью
у переходной складки преддверия полости рта
#
128
Каркас бюгельного протеза состоит из:
3
дуги, кламмеров
дуги, ответвлений
дуги, кламмеров, ответвлений
дуги, кламмеров, ответвлений, базиса
дуги, кламмеров, ответвлений, базиса искусственных зубов
#
129
Причинами непригодности каркаса протеза является:
3
ощущение во рту инородного тела при припасовке и наложении каркаса
большая протяженность каркаса и сложность его конструкции
отсутствие зазора между дугой и слизистой оболочкой
появление повышенной саливации
применение кламмеров разных типов
#
130
Зона слизистой оболочки твердого неба с обширным сосудистыми полями по Е.И. Гаврилову:
5

клапанная
ретенционная
фиброзная
железистая
буферная
#
131
Способность слизистой оболочки изменять уровень рельефа при вертикальном давлении:
5
подвижность
ретенция
когезия
адгезия
податливость
#
132
К лабораторным этапам изготовления съемного пластиночного протеза относятся:
4
проверка конструкции протеза, коррекция протеза
коррекция протеза, снятие слепков
снятие слепков, постановка искусственных зубов
постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу
замена воска на пластмассу, проверка конструкции протеза
#
133
Клинические этапы изготовления съемного пластиночного протеза:
2
замена воска на пластмассу, проверка конструкции протеза
проверка конструкции протеза, коррекция протеза
коррекция протеза, постановка искусственных зубов,
постановка искусственных зубов, снятие слепков,
снятие слепков, замена воска на пластмассу
#
134
После проведения клинического этапа «Проверка конструкции съемного протеза» следует лабораторный этап:
1
замена воска на пластмассу
постановка искусственных зубов
отделка протеза
изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
определение центральной окклюзии
#
135
После проведения клинического этапа «Определение центральной окклюзии» следует лабораторный этап:

2
замена воска на пластмассу
постановка искусственных зубов
отделка протеза
изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками
определение центральной окклюзии
#
136
После лабораторного этапа «Постановка искусственных зубов» следует клинический этап:
3
определение центральной окклюзии
коррекция протеза
проверка конструкции протеза
замена воска на пластмассу
отделка протеза
#
137
Оттисковая масса должна обладать следующим свойством:
2
замешиваться на воде
не давать усадку до отливки модели
прочно соединяться с материалом модели
отверждаться через 20 минут после замешивания
обладать пластичностью при выведении слепка из полости рта
#
138
Определение центрального соотношения челюстей для изготовления пластиночных протезов при дефектах зубных рядов начинают с:
4
припасовки восковых базисов с окклюзионными валиками с учетом высоты физиологического покоя
проверки правильности определения центрального соотношения челюстей
нанесения клинических ориентиров для постановки искусственных зубов
оценки качества изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
приклеивания разогретой пластинки воска и фиксации центрального соотношения челюстей
#
139
Классификация удерживающих кламмеров по конструкции:
5
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
гнутые, литые, полимеризованные
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#

140
Классификация кламмеров по способу соединения с базисом протеза:
3
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
гнутые, литые, полимеризованные
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#
141
Классификация кламмеров по функции:
4
дентальные, дентоальвеолярные, альвеолярные
металлические, пластмассовые
жесткие, полуподвижные, шарнирные
удерживающие, опорно-удерживающие
одноплечие, двухплечие, перекидные, многозвеньевые
#
142
Линия, соединяющая опорные зубы, на которых располагаются кламмеры:
5
зрачковая
протетическая
направляющая
обзорная
кламмерная
#
143
Фазы адаптации к съемному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому:
4
предварительной адаптации, раздражения, полной адаптации
полной адаптации, раздражения, стабилизация
стабилизация, частичной адаптации, полного торможения
раздражения, частичного торможения, полного торможения
раздражения, стабилизация, предварительной адаптации
#
144
Обучение пациента правилами пользования бюгельным протезом осуществляется на этапе:
4
коррекция протеза
проверки конструкции протеза
припасовка каркаса
припасовки и наложение протеза
обследования и выбора конструкции протеза
#
145

Одноплечие, двухплечие, многозвеньевые кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по:
3
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#
146
Жесткие, полуподвижные, шарнирные кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по:
5
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#
147
Удерживающие и опорно-удерживающие кламмеры выделяют в соответствии с классификацией по:
1
функции
материалу
конструкции
методу изготовления
способу соединения с базисом протеза
#
148
Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:
1
кариес и его осложнения
сердечно-сосудистые заболевания
онкологические заболевания
травмы
некариозные поражения твердых тканей зубов
#
149
Одной из наиболее частых причин полной утраты зубов являются:
4
травмы
сердечно-сосудистые заболевания
онкологические заболевания
заболевания пародонта
заболевания желудочно-кишечного тракта
#

150
Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:
3
увеличение амплитуды движений нижней челюсти
изменение характера движений нижней челюсти
атрофия альвеолярных гребней
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава
#
151
Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов:
1
атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
изменение характера движений нижней челюсти
увеличение амплитуды движения нижней челюсти
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава
#
152
Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:
5, 3
атрофия суставного бугорка
уплощение суставной ямки
разволокнение внутрисуставного диска
истончение внутрисуставного диска
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
#
153
Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:
3, 5
атрофия суставного бугорка
уплощение суставной ямки
разволокнение внутрисуставного диска
истончение внутрисуставного диска
смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
#
154
Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:
2
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
#
155
Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:
1
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
#
156
Первый тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками:
4
полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо
средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
#
157
Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера:
2
два
три
четыре
пять
шесть
#
158
Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:
4

альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
резкая равномерная атрофия альвеолярной части
полная атрофия альвеолярной части
#
159
Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Келлера:
3
два
три
четыре
пять
шесть
#
160
Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:
1
сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости
#
161
Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:
3
сагиттального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости
#
162

Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется слепочная ложка:
4
стандартная из металла, гладкая
стандартная из пластмассы, перфорированная
индивидуальная из эластичной пластмассы
индивидуальная из жесткой пластмассы
стандартная из пластмассы с краями, уточненными воском
#
163
На этапе «Проверка конструкции съемного протеза» при полном отсутствии зубов в случае выявления завышения высоты нижнего отдела лица необходимо заново определить центральное соотношение челюстей:
1
с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками
сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса
приклеив пластинку воска на передние зубы нижнего воскового базиса
#
164
Перекрестная постановка искусственных зубов при изготовлении полных съемных протезов применяется соотношение челюстей:
2
ортогнатическом
прогеническом
прогнатическом
прямом
соотношение челюстей не имеет значения
#
165
Повторная фиксация центрального соотношения челюстей методом наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти возможна при:
2
завышение высоты нижнего отдела лица
снижение высоты нижнего отдела лица
смещение нижней челюсти влево
смещение нижней челюсти вправо
смещение нижней челюсти вперед
#
166
Причиной утолщения базиса съемного протеза являются:
2
неточность снятия слепка
неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы
деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации
нарушение пропорций полимера и мономера при подготовке пластмассы

неправильный выбор вида гипсовки
#
167
При недостаточно хорошей фиксации полного съемного протеза, обусловленной удлинненными границами базиса, необходимо:
2
снять слепок и изготовить новый протез
провести коррекцию краев протеза
уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
снять слепок, используя протез, и провести перебазировку в лаборатории
провести перебазировку эластичной базисной пластмассой
#
168
Сроки проведения первой коррекции съемного протеза:
1
на следующий день после наложения протеза
через неделю после наложения протеза
только при появлении боли под протезом
любые – по согласованию с пациентом
после полной адаптации к протезу
#
169
«Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:
4
истечение срока годности мономера
истечение срока годности полимера
нарушение температурного режима полимеризации
несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»
быстром охлаждении кюветы после полимеризации
#
170
При полном отсутствии зубов протезы с пластмассовыми зубами рекомендуется менять:
1
через 2-4 года
через 5-6 лет
через 7-8 лет
по усмотрению пациента
в случае появления неудовлетворительной фиксации
#
171
После проведения последней коррекции полного съемного протеза пациенту необходимо рекомендовать являться в клинику для диспансерного осмотра:
2
один раз в месяц
один раз в полгода
один раз в год

только при возникновении жалоб
по желанию
#
172
Ориентиром для постановки центральных резцов служит расположение:
3
крылов носа
уздечки верхней губы
линии эстетического центра лица
фильтрума верхней губы
уздечки нижней губы
#
173
После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками:
3
используют для постановки искусственных зубов
сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
переплавляют для повторного использования воска
выдают пациенту на руки
#
174
Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов» в клинику поступают:
1
модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
восковые базисы с окклюзионными валиками
модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдатор
модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикулятор
модели с восковыми базисами и искусственными зубами
#
175
Перед фиксацией центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках:
2
нижнем на окклюзионные поверхности
верхнем на окклюзионной поверхности
нижнем и верхнем на окклюзионных поверхностях
расположение насечек не имеет значения
нижнем и верхнем на вестибулярных поверхностях
#
176
Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов, разогретый воск размещают на окклюзионном валике:

2
верхнем
нижнем
верхнем и нижнем
верхнем только в области жевательных зубов
нижнем только в области жевательных зубов
#
177
Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается:
5
замковыми креплениями и функциональной присасываемостью
функциональной присасываемостью и кламмерами
кламмерами и замковыми креплениями
замковыми креплениями и адгезией
адгезией и функциональной присасываемостью
#
178
Клапанная зона является понятием:
3
анатомическим
физиологическим
функциональным
комплексным
эстетическим
#
179
Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен:
1
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм
проходить строго по границе твердого и мягкого неба
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм
не доходить до границы твердого неба на 5-7мм
перекрывать границу твердого и мягкого неба на 5-7 мм
#
180
Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку:
1
перекрывает его полностью
не доходит до бугорка на 1 мм
не доходит до бугорка на 5 мм
располагается посередине бугорка
перекрывает бугорок на 2/3
#
181

Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «глотание»:
5
вестибулярный край между клыками
вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
язычный край в области премоляров
от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
182
Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»:
2
вестибулярный край между клыками
вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
язычный край в области премоляров
от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
183
Место коррекции индивидуальной ложки на нижнюю челюсть при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»:
4
язычный край в области премоляров
вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
язычный край в области моляров
вестибулярный край между клыками
от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии
#
184
Резцовой точкой называется место, находящееся между центральными резцами у:
3
режущего края зубов верхней челюсти
десневого сосочка на верхней челюсти
режущего края зубов нижней челюсти
десневого сосочка на нижней челюсти
середины высоты коронковой части
#
185
Ориентир, с помощью которого на загипсованных в окклюдатор или в артикулятор моделях определяется вид постановки искусственных зубов:
3
направление межальвеолярных (интеральвеолярных) линий
горизонтальная плоскость
угол, образованный межальвеолярной линией с горизонтальной плоскостью
угол наклона протетической плоскости
выраженность окклюзионных кривых

#
186
При полном отсутствии зубов угол менее 80^0 , образованный межальвеолярными линиями и горизонтальной плоскостью, является показанием к постановке искусственных зубов по типу
2
ортогнатическому
прогеническому
прогнатическому
бипрогнатическому
прямому
#
187
Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает:
1
12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти
по 14 зубов на верхней и нижней челюстях
12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
14 зубов на верхней и 16 зубов на нижней челюсти
16 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти
#
188
При постановке зубов в окклюдаторе выверяются окклюзии:
4
боковые левые
боковые правые
передние
центральная
дистальная
#
189
Диаторические фарфоровые зубы используются для постановки:
2
в переднем отделе зубной дуги
в боковом отделе зубной дуги
в переднем и боковом отделах зубной дуги
только на нижней челюсти
только на верхней челюсти
#
190
Одной из особенностей строения ВНЧС является:
1
парность
отсутствие суставной жидкости
конгруэнтность суставных поверхностей
возможность движений только в одной плоскости

возможность движений только в двух плоскостях
#
191
Одной из особенностей строения ВНЧС является:
2
наличие суставной жидкости
наличие суставных дисков
конгруэнтность суставных поверхностей
возможность движений только в одной плоскости
возможность движений только в двух плоскостях
#
192
В полном съемном протезе на верхнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет:
4
8
10
12
14
16
#
193
Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов зависит от:
2
формы зубных рядов
вида прикуса
размера зубов
размера челюстей
верно 1 и 3
#
194
Форма повышенной стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхность зубов, называется:
2
смешанная
вертикальная
компенсированная
декомпенсированная
горизонтальная
#
195
. Формы повышенной стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:
3
смешанная
вертикальная
компенсированная

декомпенсированная
горизонтальная
#
196
Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при определенной форме повышенной стираемости зубов обусловлено:
2
смещением нижней челюсти
ростом альвеолярных отростков челюстей
изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
выдвижением зубов
верно 1 и 4
#
197
Автором классификации повышенной стираемости по распространенности патологического процесса является:
2
Грозовский
Курляндский
Бушан
Дойников
Копейкин
#
198
Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов включает:
5
клинический анализ крови
томографию ВНЧС
биохимический анализ крови
рентгенологическое исследование зубов и челюстей
верно 2 и 4
#
199
При II и III степенях повышенной стираемости противопоказано применение:
5
цельнолитых коронок
штампованных коронок
цельнолитых мостовидных протезов
штампованно-паяных мостовидных протезов
верно 2 и 4
#
200
При II и III степенях декомпенсированной формы повышенной стираемости необходим этап лечения:
5
терапевтический

ортодонтический
хирургический
ортопедический
верно 2 и 4
#
201
При I степени повышенной стираемости зубов показано применение:
5
пластиночных протезов
вкладок
штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой
искусственных коронок
верно 2 и 4
#
202
При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение:
5
вкладок
цельнолитых коронок
штампованных коронок
культевых штифтовых вкладок
верно 2 и 4
#
203
При II и III степенях повышенной стираемости зубов показано применение:
3
штампованных коронок
цельнолитых коронок
штампованно-паяных мостовидных протезов
цельнолитых мостовидных протезов
верно 2 и 4
#
204
Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стираемостью зубов применяется:
3
пластинка с вестибулярной дугой
пластинка с наклонной плоскостью
пластмассовая каппа
шина Порта
пластинка с ортодонтическим винтом
#
205
При повышенной стираемости твердых тканей зубов полость зубов:
2
увеличивается
уменьшается

не изменяется
в начале заболевания увеличивается, затем уменьшается
в начале заболевания уменьшается, затем увеличивается
#
206
Осложнением повышенной стираемости зубов является:
2
кариес
окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром
флюороз
гингивостоматит Венсана
клиновидный дефект
#
207
При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышенной стираемости зубов выявляется:
1
углубление носогубных складок, старческое выражение лица
асимметрия лица
«птичье» лицо
гиперемия кожных покровов
верно 2 и 4
#
208
Для дифференциации компенсированной формы повышенной стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:
1
измерить разницу между высотой отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
провести рентгенологическое исследование зубов
провести ЭОД
изготовить диагностические модели
верно 2 и 3
#
209
Причиной возникновения боли от термических раздражителей после укрепления литой вкладки при глубоком кариесе может являться:
4
нарушение режима литья
невыверенные окклюзионные контакты
отсутствие фальцев по краям полости
отсутствие прокладок на дне полости
усадка металла
#
210
Препарирование зуба не требуется при изготовлении коронки:
4

пластмассовой
комбинированной
фарфоровой
ортодонтической
цельнолитой
#
211
При препарировании зуба под «жакетную» коронку уступ формируется:
1
по всему периметру шейки зуба
на вестибулярной поверхности зуба
на оральной поверхности зуба
на вестибулярной поверхности с плавным переходом в символ уступа на аппроксимальных сторонах зуба
верно 2 и 3
#
212
На культевую вкладку можно изготовить коронку:
5
только штампованную
только литую
только пластмассовую
только фарфоровую
любую из существующих
#
213
Для снятия оттисков при изготовлении вкладок применяются материалы:
3
гипс
альгинатные
силиконовые
цинкоксиэвгеноловые
унифас
#
214
При изготовлении штифтовой конструкции толщина стенок корня зуба должна быть не менее:
4
0,3 мм
0,5 мм
0,8 мм
1,0 мм
2,0 мм
#
215
Заключительным лабораторным этапом изготовления металлокерамической коронки является:

2
извлечение платинового колпачка из коронки
глазурование
припасовка на модели
заключительный обжиг
окончательная коррекция формы
#
216
Для припасовки штампованной коронки в клинике врач получает коронку:
2
на гипсовой модели
на гипсовом штампе
на металлическом штампе
на разборной модели
#
217
Абсолютным противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является:
5
подвижность зуба третьей степени
разрушение коронки зуба
пульпит
необходимость шинирования зубов
верно 1 и 3
#
218
При изготовлении искусственных коронок гипсовые модели фиксирует в:
5
окклюдатор
артикулятор
эстезиометр
гнатодинамометр
верно 1 и 2
#
219
Телескопическая коронка используется для фиксации протеза:
5
консольного
несъемного мостовидного
пластиночного
съемного мостовидного
верно 3 и 4
#
220
При изготовлении металлокерамических коронок рабочие оттиски снимают массами

2
альгинатными
силиконовыми
термопластическими
твердокристаллическими
цинкоксиэвгеноловыми
#
221
Причиной появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного оттиска может быть:
5
недостаточное высушивание протезного ложа
плохое проведение ретракции десны
снятие оттиска с компрессией
неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое
верно 1 и 4
#
222
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ:
2
можно не формировать
формируется по всему периметру шейки зуба
формируется на вестибулярной поверхности зуба
формируется на оральной поверхности зуба
верно 3 и 4
#
223
При препарировании зуба под фарфоровую коронку уступ формируют:
1
со всех сторон
с вестибулярной стороны
с вестибулярной и аппроксимальных сторон
с медиальной и дистальной сторон
с оральной стороны
#
224
Зафиксированную металлокерамическую коронку по показаниям можно снять с зуба:
5
твердосплавленным колесовидным бором
коронкоснимателем (аппарат Копа)
алмазной головкой
фрезой
верно 1, 2 и 3
#
225
Сколько степеней подвижности зуба существует:

2
две
три
пять
четыре
шесть
#
226
Наличие пародонтального кармана характерно для :
2
пародонтоза
пародонтита
гингивита
стоматита
пульпита
#
227
Временные шины при лечении болезней пародонта должны:
5
надежно фиксировать шинируемые зубы
равномерно распределять жевательное давление
не препятствовать лекарственной терапии
верно 1 и 2
верно, 1, 2 и 3
#
228
При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию:
3
фронтальную
сагиттальную
по дуге
парасагиттальную
фронтосагиттальную
#
229
Метод избирательного шлифования зубов при пародонтите предусматривает:
5
уменьшение величины жевательных бугров
сошлифования защитных бугров
сошлифования скатов бугров
углубление фиссур
верно 3 и 4
#
230
При непосредственном протезировании протезы изготавливают:

1
до оперативного вмешательства
через 3 дня после удаления зубов
через 5-7 дней после удаления зубов
через 2 недели после удаления зубов
через месяц после удаления зубов
#
231
Конструкции цельнолитого съемного шинирующего протеза включает:
5
металлический каркас
пластмассовый базис с искусственными зубами
гнутые кламмеры
кляммер по Кемени
верно 1 и 2
#
232
К неспецифическим фактором алергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами относят:
5
нарушением теплообмена (повышение температуры под протезом)
механической травму
несоответствие протеза протезному ложу
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
233
Характерные жалобы при аллергическом стоматите возникших при использовании протезов из акриловых пластмасс:
5
жжении и воспалении слизистой оболочки полости рта, наиболее выраженные под протезом
сухость во рту
невозможность пользование протезом
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
234
Аллергический стоматит, вызванный металлическим протезом, следует дифференцировать с:
5
глоссалгией
кандидозом
эндокринными заболеваниями
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#

235
Аллергический стоматит при пользовании металлическими протезами развивается через:
5
три месяца
шесть месяцев
один год
два года
пять- пятнадцать лет
#
236
Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ортопедическими конструкциями:
5
парниковый эффект
дисбактериоз
несоответствие протеза протезному ложу
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
237
Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металлическим протезом:
5
прикусывание щек, языка
сухость во рту, жажда
жжение языка, усиливающие при приеме растительные и кислые пицци, а также к ночи
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
238
Характерные жалобы при аллергическом стоматите, возникшем в связи с использованием протезами из акриловых пластмасс:
5
жжение языка, щек, губ
затрудненное дыхание, глотания
жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выраженные под протезом
верно 1 и 2
верно 1, 2 и 3
#
239
Избирательное пришлифовывание зубов при патологии ВНЧС проводится с целью:
4
снижение окклюзионной работы

нормализация функциональной окклюзии
достижение плавности движений нижней челюсти
верно 2 и 3
верно 1 и 2
#
240
Сроки пользования ортодонтическими аппаратами при заболеваниях ВНЧС:
5
одна неделя
две недели
три недели
один месяц
три и шесть месяцев
#
241
Всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней:
1
артикуляция
окклюзия
прикус
межальвеолярная высота
высота нижнего отдела лица
#
242
Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:
1
чрезмерная конусность культи зуба
чрезмерная толщина литого каркаса
усадка металла при литье
некачественное литье
деформация двухслойного слепка
#
243
Для припасовки металлокерамической коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:
5
гипсовой модели
гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели
#
244
Для припасовки металлопластмассовой коронки в клинике врач получает из лаборатории коронку на:
5
гипсовой модели

гипсовом столбике
металлическом штампе
без штампа
разборной гипсовой модели
#
245
Промежуточная часть мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:
2
прилегает к ней по всей поверхности
прилегает только на скатах альвеолярного гребня
касается по вершине альвеолярного гребня в двух точках
касается по вершине альвеолярного гребня в одной точке
не касается
#
246
Степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) определяется уровнем расположения вершины гребня по отношению к:
1
переходной складке
шейками естественных зубов
окклюзионной поверхности естественных зубов
зубам-антагонистам
межальвеолярному расстоянию
#
247
Второй тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:
4
альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
резкая равномерная атрофия альвеолярной части
полная атрофия альвеолярной части
#
248
Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппле характеризуется признаками:
4
подвижные тяжи слизистой оболочки, болтающийся гребень
гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая
нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета
атрофированная слизистая оболочка, сухая, белесоватого цвета
подвижные тяжи слизистой оболочки, гипертрофированная слизистая оболочка
#

249
При изготовлении индивидуальной ложки в полости рта используется:
2
гипс
воск
пластмасса
термопластическая масса
легкоплавкий сплав
#
250
При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит от:
2
типа соотношения челюстей
степени атрофии челюстей
типа слизистой оболочки (по Суппле)
размера нижней челюсти
высоты нижнего отдела лица

#
1
Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м ²)
4
18
16,5
15
14
9
#
2
Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:
1
зеркала, изделия из стекла
наконечники
боры
одноразовые шприцы
перевязочный материал
#
3
В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:
1
пинцет, зонд
зеркало, пинцет
зонд, шприц
зеркало, шприц
ватные шарики
#
4
Автоклаированием стерилизуются:
2
зеркала
марлевые тампоны, наконечники
одноразовый шприц
пластмассовый шпатель
боры
#
5
Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал:
2
1% раствор перекиси водорода
6% раствор перекиси водорода
2% новокаина
0,5% раствор хлорамина
75% метиловый спирт
#

6
С помощью амидопириновой пробы определяют:
1
остатки крови на инструментах
остатки моющих средств
стерильность инструментов
наличие жира
наличие углеводов
#
7
Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:
3
зеркала
углового зонда
пинцета
экскаватора
шпателя
#
8
К первому этапу препарирования кариозной полости относится:
3
антисептическая обработка
кюретаж
раскрытие кариозной полости
некроэктомия
формирование
#
9
Целью некроэктомии при препарировании кариозной полости является:
2
создание контактного пункта
исключение рецидива кариеса
восстановление формы зуба
восстановление функции зуба
финирирование полости
#
10
Целью формирования кариозной полости является:
5,4
восстановление анатомической формы зуба
восстановление функции зуба
создание контактного пункта
создание условий для функции пломбы
удаление некротизированного дентина
#
11
Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

4
дно
стенки
эмаль
дно и стенки
углы
#
12
Травление твердых тканей зуба проводят с целью:
3
реминерализации
диагностики кариеса
улучшения адгезии
обезболивания
склерозирования
#
13
Для чего используют термометрию
1
для определения жизнеспособности пульпы
для определения глубины поражения
для определения диагноза при исследовании
для определения клинической картины пульпита
для дифференциальной диагностики пульпитов
#
14
Лампы галогенового света используют для:
5
дезинфекции операционного поля
высушивания полости рта
реминерализации эмали
дезинфекции кабинета
полимеризации композита
#
15
Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:
2
фосфат-цемент
бондинговая система
37% фосфорная кислота
паста на основе гидроксида кальция
искусственный дентин
#
16
Основным недостатком пластических нетвердеющих материалов для корневых каналов является:

3
противовоспалительное действие
бактерицидное действие
рассасывание в корневом канале
стимуляции репаративных процессов
противоэкссудативное действие
#
17
Какие виды обезболивания в терапевтической стоматологии вы знаете
1
инфильтрация, аппликация, внутриканальная, проводниковая, электрообезболивание, общее обезболивание
инфильтрация, общее обезболивание
внутрипупарная, внепупарная
проводниковая, аппликация
общее обезболивание, аппликация
#
18
Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:
1
источника света
полости рта
вестибулярную
оральную
окклюзионную
#
19
Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:
1
1,5-2
3
3-4
4-5
6-7
#
20
Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):
1
одним
двумя
тремя
четырьмя
пятью
#
21

Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:
4
оральную
вестибулярную
источника света
полости зуба
равномерно по объему
#
22
Наложение светоотверждаемых пломб противопоказано при наличии:
4
полостей I класса
полостей II класса
полостей III класса
кардиостимулятора
полостей IV класса
#
23
Антидотом мышьяковистой кислоты являются:
1
препараты йода
метронидазол (трихопол)
препараты брома
облепиховое масло
витамин А
#
24
Мышьяковистая паста классической прописи в 37 зуб накладывается на время:
2
24 часа
48 часов
3 суток
5-6 суток
7 суток
#
25
При пломбировании корневого канала используют инструмент:
2
Н-файл
спредер
развертку
пульпоэкстрактор
штифт
#
26
Для импргнационного метода используют раствор:
2

камфора-формалина
резорцин-формалина
фенол-фармолина
«царскую водку»
гипохлорит натрия
#
27
Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:
1
ЭДТА
глюканат кальция
марганцовокислый калий
формалин
йодиол
#
28
Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:
3
абсорбции влаги
дезинфекции канала
пломбирования
оттока экссудата
расширения
#
29
Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:
4
раствор ЭДТА
гипохлорита натрия
перекиси водорода
соляной кислоты
хлоргексидина
#
30
Для прохождения корневого канала по длине применяют:
1
К – ример
К – файл
Н – файл
пульпоэкстрактор
каналонаполнитель
#
31
Для расширения корневого канала по диаметру применяют:
4
корневую иглу

пульпоэкстрактор
К – ример
К – файл, Н – файл
каналонаполнитель
#
32
Символом К – римера является:
1
треугольник
квадрат
ромб
круг
трапеция
#
33
Символом К – файла является:
2
треугольник
квадрат
ромб
круг
трапеция
#
34
Осложнением при эндодонтическом лечении является:
1
отлом инструмента в канале
создание апикального упора
пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
создание конусности канала
формирование кариозной полости
#
35
Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:
1
вскрытие полости зуба
наложение лечебной прокладки
полное удаление некротизированного дентина
раскрытие кариозной полости
формирование кариозной полости
#
36
Где открывается выводной проток околоушной слюной железы
1
в преддверие полости рта на уровне верхнего 2 моляра
на подъязычном сосочке

на уровне 2 премоляра
на уровне 3 моляра
на уровне 1 премоляра
#
37
Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:
4
СРІТN
РМА
ИДЖ
КПУ
УИГ
#
38
Критерием окончательного препарирования кариозной полости является:
4
наличие размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
наличие пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
наличие светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
наличие пигментированного дентина на стенках и размягченного дентина на дне кариозной полости
#
39
Кариозный процесс развивается при:
2
равновесии ре – и деминерализации
преобладании деминерализации
отсутствии реминерализации
дисминерализации
реминерализации
#
40
Реминерализирующая терапия – это:
3
методика пломбирования
методика реставрации
методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами
методика устранения смазанного слоя
#
41
Лечение глубокого кариеса включает этап:
3

препарирование кариозной полости
медикаментозной обработки
наложение лечебной прокладки
наложение постоянной пломбы
кондиционирования дентина
#
42
Какие показания к применению искусственного дентина на масле
3
для наложения постоянной пломбы
для герметизации фиссур
для временного закрытия полости зуба
для наложения лечебной прокладки
для пломбирования каналов
#
43
Скос эмали под 45° создается для:
1
увеличения адгезии и линии маскировки
обезболивания
уменьшения токсичности материала
устранения смазанного слоя
увеличения гидрофобности эмали
#
44
Безболезненность при среднем кариесе объясняется:
3
некроз пульпы
отсутствием чувствительной иннервации в дентине
разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)
воспалением пульпы
воспалением периодонта
#
45
Правильный подбор цвета реставрационного материала проводится при:
4
свете галогенового светильника стоматологической установки
искусственном освещении в вечернее время
идеально высушенной поверхности зуба
нейтральном дневном освещении
ярком солнечном свете
#
46
Какой лекарственный препарат применяют для трансканального электрофореза при мышьяковистом периодонтите
1

йодид калия 2%
15% р-р гидрохлорида кокаина
3% р-р ремодента
физ. раствор
02% р-р новокаина
#
47
Недостаточное удаление некротизированного дентина со дна и стенок кариозной полости может привести:
3
к случайному вскрытию полости зуба
облому стенки кариозной полости
рецидивирующему кариесу
некроз пульпы
воспалению периодонта
#
48
Для реставрации фронтальных зубов используют:
4
амальгаму
силикофосфатный цемент
силикатный цемент
композиты химического и светового отверждения
поликарбоксилатный цемент
#
49
Материалы для лечебных прокладок должны:
2
обеспечивать прочную связь подлежащего дентина и пломбирочного материала
оказывать противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
разрушаться под действием дентинной жидкости
обеспечивать кондиционирование дентина
обеспечивать эстетику реставрации
#
50
При остром очаговом пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно в области:
2
всего дна кариозной полости
проекции одного из рогов пульпы
эмалево-дентинного соединения
пришеечной
эмали
#
51
Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

3
2-6
10-12
15-25
30-60
выше 100
#
52
Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва является симптомом пульпита:
2
острого очагового
острого диффузного
хронического фиброзного (ремиссия)
хронического гипертрофического (ремиссия)
хронического гангренозного (ремиссия)
#
53
Приступы самопроизвольной боли возникают при:
2
среднем кариесе
остром пульпите
хроническом пульпите
остром периодонтите
глубоком кариесе
#
54
Воспаление пульпы в течение 48 часов после альтерации имеет характер:
1
острого диффузного пульпита
острого хронического пульпита
обострения хронического фиброзного пульпита
обострения хронического гангренозного пульпита
обострения хронического гипертрофического пульпита
#
55
Обширное сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование коронковой части пульпы практически безболезненно является симптомом пульпита:
4
острого диффузного
хронического фиброзного
хронического гипертрофического
хронического гангренозного
острого очагового пульпита
#
56
Для обострения хронического пульпита характерна:

4
приступообразная боль от всех видов раздражителей, сохраняющаяся после их устранения
ноющая боль от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температур
боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом
приступообразная, ночная, самопроизвольная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
#
57
В этиологии пульпита основную роль играют:
3
фузобактерии
спирохеты
гемолитические и негемолитические стрептококки
лактобактерии
простейшие
#
58
При хроническом гипертрофическом пульпите в пульпе происходит:
3
некроз ткани пульпы
фиброзное перерождение пульпы
значительное разрастание грануляционной ткани
уменьшение количества волокнистых элементов
развитие отека и полнокровия
#
59
Дифференциальный диагноз обострения хронического пульпита проводится с:
2
глубоким кариесом
острым обострившимся хроническим периодонтитом
хроническим фиброзным периодонтитом в стадии ремиссии
альвеолитом
острыми формами пульпита
#
60
Методика пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:
3
введение в канал одного центрального штифта
введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым

уплотнением
последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией
#
61
Рентгенологические изменения в 30% случаях встречаются при пульпите:
4
остром очаговом
остром диффузном
хроническом фиброзном
хроническом гангренозном
хроническом гипертрофическом
#
62
Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5см соответствует рентгенологической картине:
2
хронического фиброзного периодонтита
хронического гранулематозного периодонтита
хронического гранулирующего периодонтита
кистогранулемы
хронического гангренозного пульпита
#
63
Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:
4
хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
острый периодонтит однокорневого зуба
хронический фиброзный периодонтит
хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба
#
64
Некачественное пломбирование канала на $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ длины корня:
1
требует повторного эндодонтического лечения
не требует дополнительного вмешательства
требует резекции верхушки корня
требует удаления зуба
требует реплантации зуба
#
65
Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:
3

гранулирующий
гранулематозный
фиброзный
кисторанулема
нет зависимости от формы периодонтита
#
66
Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:
5
канал запломбирован не полностью
периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
канал запломбирован полностью
зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня
#
67
гипоплазия твердых тканей зубов – это:
2
эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
#
68
несовершенный амелогенез – это:
4
эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии
#
69
Клиническая картина эрозии зуба – это:
3
дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
дефект форме клина у шеек зубов на щечных и губных поверхностях
овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной

поверхности коронки
потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
пятно белого или желтоватого оттенка на всей поверхности эмали
#
70
Повышение эффективности пломбирования эрозии зубов требует:
4
более длительного протравления поверхности эрозии, чем при кариесе
препарирование только твердосплавными борами
использования пломбировочных материалов без предварительного протравления
реминерализирующей терапии
пломбирования только стеклоиономерными цементами
#
71
Меловидно-крапчатая форма флюороза:
3
наличие хорошо выраженных меловидных пятен без полосок
появлением небольших меловидных полосок-штрихов
хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
на фоне выраженной пигментации эмали участками с ее отсутствием
изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
#
72
Гипопластические изменения коронки в виде поперечной борозды:
3
волнистая форма
точечная форма
бороздчатая форма
лестничная форма
аплазия
#
73
Назовите пломбировочные материалы для постоянных пломб на основе искусственных смол
4
фритекс, сицилин
эндодент, консайз
интродонт, эвикрол
норакрил-65, эподент
серебряная, амальгама
#
74
Устойчивость к отбеливанию сохраняют:
2

зубы с каналами, запломбированными эндометазоновой пастой
«тетрациклиновые зубы»
зубы с гипопластическими изменениями
зубы, измененные под воздействием избытка фтора
зубы, измененные в цвете в результате травмы
#
75
Эмаль нормальной толщины с беспорядочно разбросанными ямками характерна для:
1
аутосомно-доминантного ямочного гипопластического амелогенеза
аутосомно-доминантного местного гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного гладкого гипопластического неполноценного амелогенеза
аутосомно-доминантного грубого гипопластического неполноценного амелогенеза
X- сцепленного (доминантного) гладкого неполноценного амелогенеза
#
77
Назовите пломбировочные материалы для постоянных пломб –металлические
3
фосфат-цемент, висфат-цемент
эвикрол, консайз
серебряная амальгама, медная амальгама, Галлодент – М
сицилин, силидонт
эндодент, адгезор
#
78
Зубы Гетчинсона – это проявление:
1
системной гипоплазии
местной гипоплазии
флюороза
стирания
кариеса
#
79
Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):
5
1
2-3
4-6
7-8
более 10
#

80
При несовершенном дентиногенезе (синдроме Стейнтона-Кандепона) поражены:
5
все молочные зубы
молочные и постоянные премоляры
молочные и постоянные моляры
молочные и постоянные резцы
все молочные и постоянные зубы
#
81
Патологическое стирание, вызванное наследственным формированием неполноценных структур, наблюдается при:
3
флюорозе
гипоплазии
несовершенном амело- и дентиногенезе
истирании
кислотном некрозе
#
82
Пародонтом называют комплекс тканей, состоящий из:
2
десны, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
десны, костной ткани альвеолы, периодонта и цемента корня зуба
десны, костной ткани альвеолы, шарпеевских волокон и цемента корня зуба
десны, круговой связки, альвеолярного гребня, периодонта и цемента корня зуба
десны, круговой связки зуба, альвеолярного гребня, периодонта и клеточного цемента корня зуба
#
83
Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержание зубодесневого соединения, перераспределение жевательного давления на стенки альвеолы:
5
барьерная
трофическая
пластическая
регулирующая, нейросенсорная
амортизирующая, опорно-удерживающая
#
84
Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:
2
клинический карман 3мм
симптом кровоточивости десны
патологическая подвижность зуба
неудовлетворительная гигиена полости рта

изменение цвета и формы десневого сосочка
#
85
Рентгенологический метод исследования позволяет определить:
2
содержимое пародонтальных карманов
уровень резорбции альвеолярной кости
регионарную гемодинамику в пародонте
парциальное давление кислорода в тканях
интенсивность и распространенность воспалительных изменений
#
86
Гингивит – это заболевание:
1
воспалительное
воспалительно-дистрофическое
дистрофическое
инфекционное
опухолевидное
#
87
Индекс ПМА определяет тяжесть:
1
гингивита
пародонтита
пародонтоза
пародонтолиза
стоматита
#
88
Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:
4
деформация десневых сосочков
карман до 3 мм
карман 4 мм
кровоточивость при зондировании
карман 5 мм и более
#
89
При пародонтите карман определяется:
1
клинически
гистологически
рентгенологически
люминесцентно
пальпаторно
#

90
Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:
1
локализованному
генерализованному
ювенильному
быстро прогрессирующему
верно и 2 и 4
#
91
Метронидазол является средством этиотропного лечения:
3
пародонтита
гипертрофического гингивита
катарального гингивита
язвенно-некротического гингивита
фиброматоза
#
92
Пародонт – это:
3
зуб, десна, периодонт
десна, периодонт, кость альвеолы
десна, периодонт, кость альвеолы, цемент корня
десна периодонт, кость альвеолы, дентин корня
десна, кость альвеолы
#
93
Какие препараты обладают одонтофорным действием
2
сульфаниламидные
препараты гидроокись кальция, цинко-эвгеноловая паста
антибиотики и антисептики
кортикостероиды красители
#
94
Для уменьшения гиперестезии твердых тканей зубов при пародонтозе используют зубные пасты
3
гигиенические
противовоспалительные
реминерализующие
солевые
ферментосодержащие
#

95
Слизистая оболочка полости рта состоит из:
3
5 слоев
4 слоев
3. слоев
2 слоев
1 слоя
#
96
К первичным элементам поражения относятся:
1
пузырь
эрозия
афта
рубец
трещина
#
97
К вторичным элементам поражения относятся:
1
чешуйка
бугорок
узелок
узел
пятно
#
98
Диагностическими клетками при остром герпесе является:
1
гигантские многоядерные клетки
акантолитические клетки Тцанка
клетки Лангханса
многоядерные полиморфные клетки
ксантомные клетки
#
99
Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования:
3
аллергологический
бактериоскопический
цитологический
рентгенологический
клинический анализ крови
#
100

Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:
3
аллергологический
рентгенологический
бактериоскопический
цитологический
серологический
#
101
К основным методам обследования относятся:
4
рентгенологическое обследование
цитологическое исследование
общий клинический анализ
осмотр полости рта
иммунологическое исследования
#
102
При исследовании регионарных лимфатических узлов необходимо определить их:
2
гиперемию
болезненность
обцедирования
площадь
форму
#
103
В многослойном плоском эпителии десны выделяют слой:
5
базальный
базальный, шиповидный
базальный, шиповидный, зернистый
базальный, шиповидный, зернистый, звездчатый
базальный, шиповидный, зернистый, роговой
#
104
Патологический процесс в слизистой оболочки полости рта, приводящий к развитию симптома Никольского:
2
акантоз
акантолиз
спонгиоз
гиперкератоз
паракератоз
#
105

Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:
2
язва
эрозия
трещина
рубец
узелок
#
106
Акантолические клетки находят в цитологическом препарате при:
2
плоском лишае
вульгарной пузырчатке
многоформной экссудативной эритеме
сифилисе
простом герпесе
#
107
Линейный дефект слизистой оболочки:
2
афта
трещина
язва
эрозия
бляшка
#
108
Дополнительные методы обследования при травматической язве:
3
проба Кулаженко
аллергологический
цитологический
проба Ясиновского
соскоб на наличие грибов Candida
#
109
Цитологическая картина при травматической язве характеризуется наличием:
2
атипичных клеток эпителия
элементов воспаления
акантологических клеток
клеток Лангханса
гигантских многоядерных клеток
#
110
Признаки озлокачествления травматической язвы:
4

изменение размеров язвы
блюдеобразная форма язвы
эозинофилия
уплотнение краев и дна язвы
изменение цвета окружающих тканей
#
111
Лечение травматической язвы включает:
5
хирургическое иссечение участка поражения
прижигание раствором бриллиантового зеленого
антисептическую обработку и аппликацию эпителизирующих средств
устранение травмирующих факторов
устранение травмирующих факторов, антисептическую обработку, аппликацию эпителизирующих средств
#
112
Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы:
4
трофическая
сифилистическая
туберкулезная
травматическая
афта Сеттона
#
113
Профилактика хронической механической травмы включает:
2
диету
своевременную коррекцию съемных протезов
прием поливитаминов
замену металлических коронок на металло-керамические
исключение курения и приема алкоголя
#
114
Возможные осложнения, возникающие после наложения мышьяковистой пасты:
4
декубитальная язва
трофическая язва
щелочной некроз
кислотный некроз
деминерализация тканей зуба
#
115
Меры предупреждения ожога слизистой оболочки рта при использовании 3% раствора гипохлорита натрия:
5

применение коффердама
применение слюноотсоса
полоскание раствором бикарбоната натрия
применение пылесоса
применение пылесоса, слюноотсоса
#
116
Наличие гальванического тока в полости рта может приводить к появлению:
1
жжения и сухости слизистой оболочки полости рта
герпетических эрозий
папилломатозных разрастаний
пузырей на слизистой оболочке рта
очагов деминерализации эмали зубов
#
117
Гальваноз появляется при наличии в полости рта:
1
разнородных металлов
однородного металла и пластмассы
однородного металла и композитных материалов
съёмных и несъёмных ортопедических конструкций
пломб из композитных материалов светового и химического отверждения
#
118
Каков клеточный состав пульпы
2
пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками
содержит клетки одонтобластов, малодифференциальные, звездчатые клетки
клеточный состав пульпы представлен тучными клетками и фибропластами с овальным ядром и светлой цитоплазмой
пульпа содержит большое количество эпителиальных клеток
#
119
Пломбы из композитного материала светового отверждения перед лучевой терапией целесообразно:
5
заменить на пломбы из композитного материала химического отверждения
покрыть радиопротектором
заменить на пломбы из стеклоиномерного цемента
покрыть пластмассовыми каппами
оставить без изменения
#
120
Острый герпетический стоматит является заболеванием:

1
вирусным
бактериальным
грибковым
аутоиммунным
аллергическим
#
121
Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:
5
афта
корка
папула
эрозия
пузырек
#
122
Вторичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:
3
афта
папула
эрозия
пузырек
чешуйка
#
123
Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:
4
актиномицеты
палочка Леффлера
дрожжеподобные грибы
вирус простого герпеса
фузоспирохета Венсана
#
124
Препарат, обладающий противовирусной активностью:
4
нистатин
дибазол
трихопол
ацикловир
цифран
#
125
Синдром приобретенного иммунодефицита является заболеванием:

4
аллергическим
грибковым
бактериальным
вирусным
аутоиммунным
#
126
Источником ВИЧ- инфекции является:
2
крупный рогатый скот
человек носитель-ВИЧ
кровососущее насекомое
птица
грызун
#
127
Инкубационный период ВИЧ-инфекции составляет:
4 5
1. от 3 до 12 часов
2. от 3 до 12 дней
3. от 3 до 12 недель
4. от 3 до 12 месяцев
5. от 3 до 12 лет
#
128
Пути передачи инфекции при сифилисе:
4
воздушно-капельный
через рукопожатие
алиментарный
половой
верно 2 и 3
#
129
Инкубационный период при сифилисе:
3
7-10 дней
14-17 дней
21-28 дней
3-6 недель
1 год
#
130
Первичный сифилис на СОПР проявляется как:
2
папулезный сифилид

твердый шанкр
творожистый налет
гумма
пятнистый сифилид
#
131
Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с:
5
плоским лишаем
десквамативным глосситом
глоссалгией
невралгией тройничного нерва
верно 1 и 2
#
132
Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям:
3
вирусным
аллергическим
бактериальным
аутоиммунным
неврогенным
#
133
Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:
5
пятно
афта
налет
эрозия
язва
#
134
Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:
5
раствор 0,05% хлоргексидина
гель метрогил-дента
трипсин
индометационовая мазь
верно 1, 2 и 3
#
135
К грибковым заболеваниям полости рта относят:
2
опоясывающий лишай
кандидоз
ящур

многоформная экссудативная эритема
лейкоплакия
#
136
Элемент поражения при кандидозе:
4
эрозия
папула
пятно
налет
бугорок
#
137
Оптимальная среда для развития Candida:
4
щелочная
нейтральная
кислая и нейтральная
кислая
щелочная и нейтральная
#
138
Показания для биологического метода лечения пульпита
4
острый диффузный пульпит, хронический гангренозный пульпит
хронический гипертрофический пульпит, хронический фиброзный пульпит
при пульпитах когда кариозная полость 5 класса
в случайное обнажение пульпы, острый очаговый, хронический фиброзный пульпит
хронический гангренозный, гипертрофический пульпиты
#
139
Отек Квинке имеет природу:
1
токсико-аллергическую
инфекционно-аллергическую
инфекционно-токсическую
аутоиммунную
инфекционную
#
140
Факторы Вызывающие лекарственную аллергию:
5
стресс
курение
прием лекарственного препарата

апликация медикамента на СОПР
верно 3 и 4
#
141
Жалобы больного при контактной аллергии в полости рта:
5
на зуд и жжение
на запах изо рта
на сухость
кровоточивость десен
верно 1 и 3
#
142
Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы:
5
синдром Бехчета
афтоз Сеттона
синдром Шегрена
синдром Розенталя
синдром Стивенса-Джонсона
#
143
Локализация элементов на коже при многоформной экссудативной эритеме:
1
тыльная поверхность ладоней и предплечья
спина и шея
волосистая часть головы
тыльная поверхность ладоней и голени
спина, шея и волосистая часть головы
#
144
Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с:
1
медикаментозным стоматитом и вторичным сифилисом
герпангиной и пузырьно-сосудистым синдромом
острым герпетическим стоматитом и вульгарной пузырчаткой
кандидозом и плоским лишаем
лейкоплакией и кандидозом
#
145
Профилактические мероприятия в период ремиссии многоформной экссудативной эритемы:
2
регулярная иммунизация детей и взрослых
устранение очагов хронической инфекции
устранение аномалий прикуса
гирудотерапия

иглорефлексотерапия
#
146
Клинические признаки, характерные при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:
5
длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию
на слизистой оболочке множественные эрозии и афты, склонные к слиянию
эрозии с фестончатыми краями, чаще на твердом небе, десне, красной кайме губ
пузыри, эрозии, корки, симптом Никольского положителен
на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты
#
147
Пораженные участки при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите обрабатывают:
5
раствором анестетика
растворами анестетика и ферментов
растворами анестетика, ферментов и антисептиков
растворами анестетика, ферментов, антисептиков, жидкостью Каstellани
растворами анестетики, ферментов, антисептиков, кератопластиков
#
148
Общее лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита:
4
антибиотики
гормональные препараты
сульфаниламиды
средства, повышающие резистентность организма
седативные препараты
#
149
Общее профилактическое мероприятие, проводимое при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:
1
лечение заболеваний пищеварительной системы
лечение эндокринных заболеваний
лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы
физиотерапия
психотропное лечение
#
150
Глоссалгия – это заболевание:
3
инфекционное
аллергическое
психогенное

наследственное
вирусное
#
151
Жалобы больного глоссалгией:
5
боль при приеме раздражающей пищи
жжение в языке, исчезающее при приеме пищи
чувство «ошпаренности» языка
боль в языке при движениях
верно 2 и 3
#
152
Сосочки языка:
4
нитевидные и листовидные
нитевидные и грибовидные
нитевидные, грибовидные, листовидные
нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые
нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые, грушевидные
#
153
Синонимы названия десквамативного глоссита:
2
ромбовидный глоссит
«географический язык»
ворсинчатый язык
Гюнтеровский глоссит
макроглоссит
#
154
Складчатый язык – это:
3
последствие приема острой пищи
результат хронической травмы зубами
врожденная аномалия развития
осложнение сердечно-сосудистой патологии
следствие гормональных нарушений
#
155
В развитии черного волосатого языка имеет значение:
2
употребление горячей пищи
курение
неудовлетворительная гигиена
несонированная полость рта
стресс

#
156
Гюнтеровский глоссит - это:
4
складчатый язык
черный волосатый язык
десквамативный глоссит
ярко-красный, болезненный, «полированный» язык
ромбовидный
#
157
Первичный элемент поражения при плоском лишае:
3
пузырек
пузырь
узелок
узел
бугорок
#
158
Больных истинной пузырчаткой лечит специалист:
3
онколог
стоматолог
дерматолог
венеролог
эндокринолог
#
159
Очаг поражения на лице в форме «бабочки» отмечается при:
3
лейкоплакии
плоском лишае
красной волчанке
пузырчатке
верно 2 и 3
#
160
Наиболее часто поражается трещинами:
3
комиссура
верхняя губа
нижняя губа
периоральная кожа
слизистая оболочка губы
#
161

Гландулярный хейлит – это гиперплазия мелких желез:
3
сальных
потовых
слюнных
слизистых
верно 1 и 2
#
162
Причины возникновения эксфолиативного хейлита:
5
острая пища
вредные привычки (облизывания, кусание губ)
криодеструкции
электрокоагуляции
верно 1 и 4
#
163
Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:
4
эрозия
корочка
язва
чешуйка
пузырек
#
164
Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы на:
5
повышение температуры тела
жжение
сухость
стянутость
верно 2, 3 и 4
#
165
Лечение эксфолиативного хейлита направлено на:
5
коррекцию психоэмоциональной сферы
воздействие на вирус
размягчение и удаление чешуек
устранение местной нейродистрофии
верно 1, 3 и 4
#
166
Хроническая механическая травма и курение приводят к:
3

гематоме
ссадине
лейкоплакия
хейлиту
кандидозу
#
167
Причины лейкоплакии Гаппейнера:
3
хронический герпес
лекарственная аллергия
курение
гальваноз
гиперсаливация
#
168
Морфологические элементы поражения при лейкоплакии:
3
узел
узелок
бляшка
бугорок
волдырь
#
169
Клиническая картина веррукозной формы лейкоплакии:
1
ограниченный очаг серо-белого цвета в виде бляшек
пузырь с серозным содержимым
воспалительное пятно
эрозия
язва
#
170
Санация полости рта при лейкоплакии включает:
3
избирательное шлифование
шинирование зубов
сошлифовывание острых краев зубов и пломб
повышение прикуса
пломбирование клиновидных дефектов
#
171
При эффективности консервативного лечения лейкоплакии используют:
5
иммунотерапию
радиотерапию

химиотерапию
гирудотерапию
криодеструкцию
#
172
Болезнь Боуэна относят к:
2
дерматозам
облигатным предракам
факультативным предракам
вирусным заболеваниям
аллергическим состояниям
#
173
Морфологические элементы при болезни Боуэна:
4
папула
пузырь
рубец
пятно
чешуйка
#
174
К облигатным предракам красной каймы губ относятся:
5
лейкоплакия и папилломатоз
папилломатоз и кератоакантома
кератоакантома и кожный рог
кожный рог и болезнь Боуэна
ограниченный гиперкератоз и бородавчатый предрак
#
175
Локализации бородавчатого предрака:
3
спинка языка
переходная складка
красная кайма нижней губы
твердое небо
десна
#
176
Элементы поражения при хейлите Манганотти:
1
эрозия
чешуйка
рубец
трещина

налет
#
177
Отсутствие эпителизации эрозий при лечении хейлита Манганотти требует:
2
прижигания
полного хирургического иссечения
химиотерапии
физиотерапии
радиотерапии
#
178
Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят к :
1
факультативному предраку
облигатному предраку
дерматозам
раку
доброкачественным опухолям
#
179
Папиллома вызвана факторами:
2
физическими
механическими
химическими
трофическими
радиологическими
#
180
Длительное ношение некачественного съемного пластиночного протеза приводит к развитию:
4
актиномикоза
кандидоза
дисбактериоза
папилломатоза
мягкой лейкоплакии
#
181
Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, склонные к озлокачествлению:
3
сифилитическая папула
аллергический стоматит
хроническая трещина губ
десквамативный глоссит

химический ожог
#
182
Ограниченный очаг на красной кайме губ до 1 см в диаметре, конусовидной формы, темно-серого цвета, плотно спаян с основанием – это:
1
кожный рог
кератоакантома
папиллома
бородавчатый предрак
фиброма
#
183
В чем отличие витального метода лечения от девитального
3
в том, что при витальном пульпите удаляется частично
в том, что при витальном методе коагулируется
в том, что при витальном методе пульпа удаляется под анестезией и в одно посещение
в том, что при витальном методе накладываются одонтотропные препараты в первое посещение
в том, что при витальном методе лечения проводится лечение для сохранения жизнеспособности пульпы зуба
#
184
Какие преимущества метода удаления пульпы под анестезией
2
возможность лечения пульпитов в два посещения
возможность закончить лечение в одно посещение
возможность обезболивания пульпы передналожением мышьяковистой пасты
возможность лечения пульпитом ампутацией коронковой пульпы
возможность удаления пульпы с помощью диатермокоагуляции
#
185
Основной метод обследования стоматологического больного:
4
рентгенологический
цитологический
гистологический
сбор анамнеза
аллергологический
#
186
Какие могут быть осложнения при лечении пульпитов девитальным методом
1

ожог слизистой оболочки вокруг зуба, мышьяковистый периодонтит
отсутствие болевых симптомов
разрушение коронковой части зуба
кровоточивость пульпы
некроз пульпы, изменение цвета зуба
#
187
Что характерно для обострившегося хронического периодонтита
1
постоянные ноющие боли при накусывании переходная складка в области причинного зуба гиперемирована, отека, болезненна при пальпации
острые приступы болей, проявляющиеся в результате раздражения “корковой зоны” боли в основном в дневное время суток
глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, зондирование болезненно по всему дну, электрометрия 12 мкА
ночные боли, иррадирующие по ходу ветвей тройничного нерва ЭОД 25 мкА
боли от температурных раздражителей
#
188
Какие препараты применяются для электрофореза при периодонтите
2
дентин паста
ферменты, антисептики
виноксол
мышьяковистая паста
паста этония
#
189
О чем свидетельствуют изменения цвета зуба
3
отлом корня зуба
трещина корня зуба
о гибели пульпы зуба
о воспалении периодонтита зуба
о воспалении десны зуба
#
190
Какие субъективные данные характерны для серозного периодонтита
1
характерно: медленно, постепенно, непрерывно усиливающаяся боль, ноющего характера и возникновение болей при нагрузке и перкуссии зуба, регионарные лимфатические узлы могут быть слегка увеличены, слабоболезненны
постоянная боль усиление боли при прикосновении к зубу, характерна подвижность

зуба
пульсирующая иррадирующая боль, усиливается при нагрузке на зуб
#
191
Лечебные мероприятия при В ₁₂ – фолиеводефицитной анемии:
5
назначение витамина В ₁₂ peros
парентеральное введение В ₁₂
гирудотерапия
назначение внутрь препаратов железа
верно 2 и 4
#
192
Какие субъективные данные характерны для хронического фиброзного периодонтита
1
жалоб обычно больной не предъявляет, клинически он но не проявляется,0 т.к. протекает бессимптомно
незначительная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб
болезненность при накусывании, периодическое образование свища
нарастание постоянных болей, особенно при накусывании на зуб
длительное боли ноющего характера
#
193
Укажите возможные пути оттока воспалительного экссудата из периодонтита
1
через верхушечное отверстие и корневой канал: через периодонтальную щель с отслоением десны и выходом из под десневого края, через костную стенку альвеолярного отростка с образованием поднадкостничного абсцесса и прорывом гноя в полости рта, через кортикальную пластинку луночки в губчатое вещество кости
под надкостницу и с прорывом гноя в полость рта
через лунку в губчатое вещество кости
через корневой канал и верхушечное отверстие
через периодонтальную щель
#
194
Перечислите ткани, образующие пародонт
3
альвеола, периодонтит, цемент корня зуба
десна маргинальный периодонт альвеола цемент корня зуба
десна периодонтит альвеола

зуб десна альвеола
альвеолярная часть десна периодонт
#
195
Сочетание эрозивной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью – это синдром:
1
Гриншпана
Мелькерсона-Розенталя
Бехчета
Стивенса-Джонсана
Шегрена
#
196
Какие жалобы предъявляет больной в средней степени тяжести пародонтита
1
жалобы на кровоточивость, гноетечение из десны, подвижность, болезненность зубов при приеме пищи, косметическую недостаточность, нарушение дикции, запах изо рта
жалобы на боль в десне постоянного характера усиливающая при приеме пищи, на подвижность зубов, припухлость десны, лица, подчелюстной области
жалобы отсутствуют
на необычный вид десны, ее раздражение, кровоточивость, ложные карманы
кровоточивость при чистке зубов, гиперемия десневых сосочков, отечность, патологического кармана нет
#
197
В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют:
4
атипичные клетки
акантолитические клетки Тцанка
клетки Пирогова-Лангханса
картину неспецифического воспаления
гигантские многоядерные клетки
#
198
Какие жалобы при язвенном гингивите
1
гнилостный запах изо рта, кровоточивость десен при приеме пищи
боли от температурных раздражителей, которые после устранения проходят
боли при накусывании
ночные боли, со светлыми промежутками
постоянные локализованные боли
#
199

Укажите противопоказания к кюретажу зубодесневых карманов
2
острые воспалительные процессы в полости рта (многоформная экссудативная эритема герпетический стоматит и др.)
заболевания крови, лучевая травма
авитаминоз «С» острые воспалительные процессы в парадонте, сопровождающийся абсцессами острые воспалительные процессы в других участках полости рта (особенно инфекционной природы)
гипертрофия десневых сосочков гиперемия отек слизистой оболочки десны
гиперестезия зубов, оголение шеек зубов, атрофия десневых сосочков
#
200
Диагностические клетки при истинной пузырчатке:
2
Лангханкса
Тцанка
атипичные
гигантские многоядерные
верно 1 и 4
#
201
Что значит понятие «пародонтальный карман»
3
карман, когда он располагается в пределах десны
карман, в котором имеется десневая жидкость
карман, при котором частично разрушены ткани пародонта
карман, когда он располагается в пределах десневой бороздки
карман, при котором уменьшается размер тканей периодонтита
#
202
К красной волчанке предрасполагает:
4
вирус простого герпеса
сахарный диабет
кандидоз
инсоляция
снижение высоты нижнего отдела лица
#
203
Укажите показания для применения линкомицина при заболеваниях пародонта
1
при обострении с абсцедированием, перед и после операции
дистрофические процессы
застойные явления в парадонте и отечность

пролиферативные процессы в пародонте
воспалительно-дистрофические процессы в пародонте
#
204
Для чего применяется полярография
1
для определения уровня напряжения кислорода в тканях пародонта
для определения стойкости капилляров
для определения подвижности зубов
для определения глубины патологических карманов
для определения деструкции костной ткани
#
205
Укажите заболевания сопровождающиеся пародонтолизом
1
нейтропения, сахарный диабет, агаммаглобулинемия
заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы
агранулоцитоз, эритремия болезнь Верльгофа
заболевания ЖКТ, невроты
инфекционные заболевания и заболевания ЦНС
#
206
Карман при пародонтите легкой степени тяжести
1
3-4 мм
4-5 мм
более 5 мм
6-9 мм
#
207
Рецидивы хронических трещин губ возникают:
2
тканевое вирусоносительство
неблагоприятные климатические условия
устойчивые вредные привычки
местная нейродистрофия
верно 2, 3 и 4
#
208
Какие изменения в пульпе наблюдаются при остром воспалении
3
усиленное разрастание волокнистых элементов

некроз пульпы
отек, гиперемия пульпы, очаги гнойного воспаления
склеротические изменения
облитерация и петрификация пульпы
#
209
Каковы основные функции пульпы зуба
1
трофическая, защитная, пластическая
сенсорная, амортизирующая, удерживающая
опорно-удерживающая, распределяющая давление, пластическая
защитная, кровотворная, всасывательная
кровообразующая, сенсорная
#
210
Какие лекарства рекомендуются ввести в корневой канал, если зуб не выдерживает герметизма при лечении периодонтита
5
паста этония, кальмецин
фенол с формалином
камфорофенол, сок коланхоэ
мараславин, полиминерол
кортикостероиды с антибиотиками, электрофорез с трипсином
#
211
Признаки озлокачествления эрозивно-язвенной формы лейкоплакии:
4
наличие фибринозного налета
воспаление вокруг очага поражения
появление жжения
уплотнение краев и основания очага поражения
гиперсаливация
#
212
Какова рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита
3
деформация периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня
очаг разрежения кости в области верхушки корня с нечеткими контурами
очаг разрежения кости в области верхушки корня с четкими контурами
изменение в костной ткани не наблюдаются
очаг разрежения кости в области верхушки корня с отчетливо ограниченными краями округлой формы диаметром более 0,5 см
#

213
К кератопластическим средствам относят:
3
теброфеновую мазь
аспириновую мазь
масляный раствор витамина А
гепариновую мазь
бутадионовую мазь
#
214
При лечении эрозивно-язвенной формы лейкоплакии назначают:
3
вакцинацию
УВЧ-терапию
эпителизирующие мази
прожигивающие средства
противогрибковые препараты
#
215
Какие дополнительные методы исследования применяются для диагностики пульпита
1
ЭОД, рентгенодиагностика, термометрия, состояние кровотока в пульпе, реодонтография, ЭВМ- при диагностике пульпита, фотоплетезмография
моментальная диагностика
аллергические кожные пробы
проба Кулаженко, ПМА
индекс Федорова Володкиной
#
216
Какие вы знаете назубные отложения
3
только мягкие
только твердые
налеты мягкие и твердые
творожистые
липкие, мягкие
#
217
Укажите состав мягкого зубного налета
1
пищевые остатки, лейкоциты, микроорганизмы, скопление клеток отторгшегося эпителия
микроэлементы, микроорганизмы пищевых остатков

неорганические вещества, бактерии
углеводы, мукополисахарида, бактерии, неорганические вещества
органические и неорганические вещества
#
218
К дополнительным методам обследования при папилломатозе относятся:
3
аллергические
цитологический
гистологический
проба Кулаженко
иммунологический
#
219
Укажите каков состав твердых зубных отложений
2
пищевые остатки, лейкоциты, микроорганизмы
органические и неорганические вещества
неорганические вещества и микроорганизмы
углеводы, мукополисахариды, бактерии, органические вещества
микроэлементы, микроорганизмы, пищевые остатки
#
220
Онкологическую настороженность проявляют при:
2
афтозном стоматите
пострентгеновском хейлите
вульгарной пузырчатке
десквамативном глоссите
глоссалгии
#
221
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:
2
острым герпесом
хроническим герпесом
многоформной экссудативной эритемой
вторичным сифилисом
язвенно-некротическим стоматитом
#
222
Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводится:
4
антибиотиками
противовирусными препаратами

противогрибковыми препаратами
кератопластиками
прижигающими препаратами
#
223
Средства для местного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита:
3
стрептоцидовая мазь
ацикловир
кератопластик
бонафтоновая мазь
гидрокортизоновая мазь
#
224
Боль в языке, проходящая во время еды, характерна для:
2
невралгии тройничного нерва
глоссалгии
десквамативного глоссита
ромбовидного глоссита
черного волосатого языка
#
225
Что обычно характерно для гипертрофического гингивита (фиброзная форма)
1
при объективном осмотре десна гипертрофирована, плотная, имеется ложный патологический зубодесневой карман
десна бледно – розового цвета
десна гиперемирована, набухшая, при дотрагивании не кровоточит
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 3-4 мм
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-6 мм
#
226
Что характерно для язвенно-некротического гингивита
1
десневые сосочки гиперемированы, отечны некротизированы, сильная боль при приеме пищи
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 3-4 мм, боль при приеме пищи
имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-5 мм, десна гиперемирована болезненна, гнойное отделяемое
десна бледно-розового цвета
десна гиперемирована, отечна изъязвлений нет
#

227
Каково лечение гипертрофического гингивита отечной формы
1
снятие зубных отложений, кюретаж патологических зубодесневых карманов
гингивотомия, гингивозэктомия
лоскутная операция, кюретаж
снятие зубных отложений, противовоспалительная терапия и противоотечная терапия
простая гингивозэктомия и физиотерапия
#
228
Каково лечение гипертрофического гингивита фиброзной формы
1
40% глюкоза, а десневые сосочки, 0,1-0,2 мл новэмбихин в гипер. сосочки, лидаза
противовоспалительная терапия
электрофорез витамина «С»
лоскутная терапия
вакуумтерапия оксиснотерапия
#
229
Каковы основные клинические признаки пародонтита
3
наличие патологических зубодесневых карманов, гноетечение травматическая окклюзия
атрофия альвеолярного отростка и мягких тканей пародонта, подвижность и смещение зубов
отсутствие воспаления десны, устойчивость зубов, равномерная атрофия альвеолярного отростка гиперестезия шейки зубов и их оголение
зуд, кровоточивость десны, зубодесневого соединения не повреждено
резорбция костной ткани альвеолярного отростка, патологические зубодесневые карманы
#
230
При каких формах болезней пародонта наиболее эффективно использование протеолитических ферментов
1
при язвенных гингивитах и средне-тяжелой степени пародонтита
при пародонтите II-III степени
при гипертрофическом гингивите
при катаральном и атрофическом гингивите
при гиперестезии зубов
#
231

К острым травмирующим фактором относят:
4
длительное раздражение острыми краями зубов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы
случайное прикусывание
действие микротоков
#
232
К хроническим травмирующим факторам относят:
2
случайное прикусывание
длительное раздражение острыми краями зубов
ранение острым предметом
воздействие кислоты
воздействие щелочи
#
233
Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала
3
удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
провести диатермокоагуляцию с непосредственным пломбированием
электрофорез с йодом
физиолечение (флюктурирующие токи)
#
234
Механизм действия мышьяковистой пасты
4
обезболивание
усиливает кровообращение в пульпе
коагулирует ткани пульпы
происходит гибель клеточных элементов пульпы, а также сосудов и нервов в результате нарушения тканевого дыхания
усиливает пролиферацию тканей пульпы
#
235
Какова рентгенологическая картина хронического фиброзного периодонтита
1
деформация периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня
очаг разрежения в области верхушки корня с нечеткими контурами

изменения в костной ткани не наблюдаются
очаг разрежения кости в области верхушки корня формы диаметром более 0,5 см
очаг разрежения в области верхушки корня с четкими контурами
#
236
Метод сохранения жизнеспособности пульпы в корневых каналах
2
витальная экстрипация
витальная ампутация
девитальная экстрипация
девитальная ампутация
#
237
Герпангина вызывается вирусом:
2
Эпштейна-Барр
Коксаки
варицелла-зостер
простого герпеса
гриппа
#
238
Что значит понятие «пародонтальный карман»
3
карман, когда он располагается в пределах десны
карман, в котором имеется десневая жидкость
карман, при котором частично разрушены ткани пародонта
карман, когда он располагается в пределах десневой бороздки
карман, при котором уменьшается размер тканей периодонтита
#
239
Диагноз ВИЧ-инфекции составляет:
3
цитологического
гистологического
иммуноферментного анализа крови
биохимического анализа крови
серологического анализа крови
#
240
Кандидоз имеет природу:
4
вирусную

инфекционно-аллергическую
травматическую
грибковую
радиологическую
#
241
Причина кандидозе:
5
переохлаждение
стресс
неудовлетворительная гигиена полости рта
аллергия на антибиотики
дисбактериоз
#
242
В развитии многоформной экссудативной эритемы имеют значение профессиональные вредности:
5
железорудная пыль
каменноугольные смолы
силикатная пыль
свинцовая пыль
длительный контакт с красками и лаками
#
243
Играет роль в образовании зубного налета и зубного камня
1
состав свойства слюны, питание
состояние зубов
состояние десны
общее состояние
наличие фтора в питьевой воде
#
244
Для девитализации пульпы используют:
1
мышьяковистую пасту
резорцин-формалиновую смесь
камфора-фенол
гипохлорит натрия
унитиол
#
245
Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы – это:
3
витальная экстирпация

витальная ампутация
биологический метод
девитальная экстирпация
девитальная ампутация
#
246
Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах – это:
3
девитальная экстирпация
девитальная ампутация
витальная ампутация
витальная экстирпация
биологический метод

Перечень ситуационных задач

Задача № 1

Пациенту 6 лет. На жевательной поверхности 53,54 определяются кариозные полости, на жевательных и медиальных поверхностях 74,75 пломбы. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной 4,2. 36 зуб прорезался полностью, 46 зуб в стадии прорезывания.

1. Определите интенсивность кариеса временных зубов.
2. Оцените уровень гигиены пациента.
3. Перечислите профилактические мероприятия в период прорезывания первых постоянных моляров у детей.

Задача № 2

Пациенту 6 лет. Интенсивность кариеса временных зубов по индексу кпу равна 4. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной 4,6. 36 зуб прорезался полностью, 46 зуб в стадии прорезывания.

1. Оцените уровень гигиены пациента.
2. Дайте рекомендации по выбору средств гигиены.
3. Перечислите профилактические мероприятия в период прорезывания первых постоянных моляров у детей.

Задача № 3

К стоматологу обратился ребенок 9-летнего возраста для профилактического осмотра с жалобами на кровоточивость десен

при чистке зубов. Индекс гигиены по РНР = 2,5, индекс РМА-23%.

Ребенок чистит зубы 1 раз в день утром.

1. Оцените уровень гигиены полости рта.
2. Оцените степень воспаления десны.
3. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.

Задача № 4

К стоматологу обратился ребенок 13 лет для профилактического осмотра с жалобами на кровоточивость десен при чистке

зубов. Индекс гигиены по РНР = 2,5, индекс РМА-26%.

Ребенок чистит зубы 1 раз в день утром.

1. Оцените гигиеническое состояние полости рта ребенка.
2. Какие мероприятия необходимо осуществить на приеме для профилактики кариеса и заболеваний тканей пародонта?
3. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.

Задача № 5

К стоматологу обратилась мама с ребенком 4-х лет для профилактического осмотра. В анамнезе частые простудные

заболевания, наличие вредной привычки сосания пальцев. Дышит ртом. Имеется дизокклюзия зубов во фронтальном

отделе. Ребенка начали обучать чистке зубов. Используется зубная щетка с размером головки 30 мм и зубная паста

«Колгейт Тотал». Индекс гигиены по Федорову-Володкиной = 4,0.

1. Оцените уровень гигиены полости рта.
2. Укажите ошибки, допущенные мамой в выборе средств гигиены, и дайте рекомендации по выбору средств гигиены полости рта.
3. Назначьте консультацию специалистов.

Задача № 6

К стоматологу обратилась мама с ребенком 3-х лет для профилактического осмотра. В анамнезе частые простудные

заболевания, наличие вредной привычки сосания пальцев. Дышит ртом. Имеется дизокклюзия зубов во фронтальном

отделе. Имеются кариозные полости на временных молярах нижней челюсти. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной =

3,5.

1. Оцените уровень гигиены полости рта.
2. Дайте рекомендации по выбору средств гигиены полости рта.

3. Назначьте консультацию специалистов.

Задача № 7

На профилактический осмотр к стоматологу обратилась девочка 15 лет. Предъявляет жалобы на кровоточивость десен, возникающую при чистке зубов. При осмотре на контактных поверхностях 11, 21, 22 зуба выявлены пломбы с

нависающими краями, отсутствуют контактные пункты. Десневые сосочки и маргинальная десна в области верхних

фронтальных зубов отечны, гиперемированы.

Индекс Грин-Вермиллиона = 3,8, при обследовании тканей пародонта по индексу CPITN обнаружен зубной камень на 16,

26, 36, 46 зубах.

1. Оцените уровень гигиены полости рта

2. Укажите факторы риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта.

3. Предложите план лечебно-профилактических мероприятий.

Задача № 8

На профилактический осмотр к стоматологу обратилась девочка 11 лет. Предъявляет жалобы на повышенную

чувствительность твердых тканей зубов нижней челюсти в пришеечной области. В течение последних 2-х месяцев ребенок

чистил зубы горизонтальными движениями отбеливающей зубной пастой "Здоровая белизна". При осмотре отмечается

болезненная реакция твердых тканей фронтальных зубов нижней челюсти от воздуха и при зондировании.

Индекс Грин-

Вермиллиона = 3,8, при обследовании тканей пародонта по индексу CPITN обнаружен зубной камень на 16,

26, 36, 46

зубах.

1. Оцените уровень гигиены полости рта

2. Укажите возможную причину появившейся гиперчувствительности твердых тканей зубов.

3. Предложите план лечебно-профилактических мероприятий.

Задача № 9

К стоматологу обратилась мама с ребенком 6,5 лет с жалобами на поражение кариесом временных зубов и с просьбой

предохранить постоянные прорезавшиеся зубы. Из анамнеза выяснилось, что ребенок употребляет сладости между

приемами пищи. При осмотре на 55,54,84,26 зубах пломбы, 51,61, 85, 75 зубы поражены кариесом. Фиссуры прорезавшихся 16, 46 зубов глубокие. 51, 61 зубы подвижны.

1. Определите интенсивность кариеса зубов.

2. Предложите план лечебно-профилактических мероприятий.

3. Укажите метод профилактики фиссурного кариеса постоянных моляров, перечислите показания к его проведению у данного пациента.

Задача № 10

К стоматологу обратилась мама с ребенком 7 лет с жалобами на поражение кариесом временных зубов и с просьбой

предохранить постоянные прорезавшиеся зубы. Из анамнеза выяснилось, что ребенок употребляет большое количество

сладостей между приемами пищи. Индекс интенсивности кариеса временных зубов (кпу) равен 5, постоянных зубов

(КПУ) - 1. На прорезавшихся первых центральных резцах верхней челюсти визуально определяется большое количество

зубного налета. Индекс гигиены РНР равен 2,6.

1. Укажите причины возникновения и развития кариеса временных и постоянных зубов.

2. Какие методы профилактики необходимо провести для устранения факторов риска возникновения и развития

кариеса зубов?

3. Предложите план лечебно-профилактических мероприятий.

Перечень вопросов

“Введение в специальность. Общие вопросы. Общие понятия. Диагностика”:

1. Медицинская документация, требования к оформлению амбулаторной истории болезни. Оснащение детского стоматологического кабинета.
2. Деонтология и врачебная этика. Организация работы детского стоматологического отделения и кабинета стоматологической поликлиники.
3. Асептика и антисептика в детской стоматологии. Основные требования, предъявляемые к организации детского кабинета в стоматологической поликлинике.
4. Современные методы асептики и антисептики.
5. Анестетики, применяемые в стоматологии для местного обезболивания.
6. Виды местного обезболивания в детской стоматологии. Современные средства и инструменты, используемые для проведения местной анестезии.
7. Общая характеристика неинъекционных методов обезболивания, применяемых в детской стоматологии.
8. Виды общего обезболивания в детской стоматологии, показания к применению, подготовка больного, возможные осложнения, профилактика.
9. Виды премедикации, применяемые в стоматологической практике.
10. Методы инфильтрационной анестезии при удалении зубов - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения.
11. Методики проводникового обезболивания при проведении вмешательств на верхней челюсти.
12. Проводниковое обезболивание у резцового отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, осложнения.
13. Проводниковое обезболивание у подглазничного отверстия - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
14. Проводниковое обезболивание у большого небного отверстия - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
15. Методика проводникового обезболивания у бугра верхней челюсти. Осложнения и их профилактика.
16. Проводниковое обезболивание у овального отверстия по Вайсблату - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.

17. Проводниковое обезболивание у круглого отверстия по Вайсблату - топографоанатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.

18. Показания к использованию анестезии методом ползучего инфильтрата по Вишневскому. Методика проведения.

19. Способ отдельной анестезии второй и третьей ветвей тройничного нерва.

20. Проводниковая анестезия у подбородочного отверстия - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.

21. Проводниковое обезболивание на нижнечелюстном возвышении по Вейсбрему - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.

22. Проводниковая анестезия у нижнечелюстного отверстия (мандибулярная) - топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.

23. Сравнительная оценка мандибулярной и торусальной анестезии.

24. Анестезия по Берше-Дубову-Уварову. Показания к применению. Методика проведения, возможные осложнения и их профилактика.

25. Выбор способа анестезии при удалении отдельных групп зубов на верхней челюсти.

26. Выбор способа анестезии при удалении отдельных групп зубов на нижней челюсти.

27. Местные осложнения при проведении проводниковой и инфильтрационной анестезии: клиника, диагностика, профилактика и лечение.

28. Общие осложнения при местном обезболивании. Патогенез, клиника, лечение, предупреждение.

29. Объективные методы обследования с применением современных диагностических препаратов.

30. Обоснование применения вазоконстрикторов при местном обезболивании. Дозировка вазоконстрикторов, противопоказания к их применению.

“Кариес и некариозные поражения временных и постоянных зубов у детей и подростков”:

1. Кариес временных и постоянных зубов у детей и подростков. Определение. Распространенность. Интенсивность. Учета заболеваемости.

2. Этиология. Патогенез. Классификация (клинические, МКБ).

3. Начальный (в стадии пятна): морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

4. Поверхностный: морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Средний : морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Глубокий кариес: морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении кариеса.
8. Профилактика.
9. Современные пломбировочные материалы и методики для реставрации твердых тканей зубов. Выбор пломбировочного материала.
10. Некариозные поражения временных и постоянных зубов у детей и подростков. Этиология, патогенез, классификации некариозных поражений (клиническая, МКБ).
11. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов (гипоплазия эмали, гиперплазия эмали, флюороз, наследственные нарушения развития тканей зубов, медикаментозные и токсические нарушения развития тканей зубов). Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
12. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (повышенная стираемость, клиновидные дефекты, эрозии, медикаментозные и токсические нарушения развития тканей зубов, травма зубов, некроз твердых тканей, повышенная чувствительность (гиперестезия) зубов. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

“Осложнения кариеса временных и постоянных зубов к детей и подростков”:

1. Заболевания пульпы временных и постоянных зубов у детей и подростков. Этиология, патогенез, классификация (клинические, МКБ).
2. Основные и дополнительные методы обследования больных с воспалением пульпы зуба.
3. Клиника, диагностика, лечение обратимых и необратимых форм пульпита.
4. Клиническое и анатомо-морфологическое обоснование к выбору метода лечения.
5. Ошибки и осложнения во время и после лечения пульпита, их предупреждение и лечение. Профилактика пульпита.
6. Заболевания периодонта временных и постоянных зубов у детей и подростков.
7. Анатомо-физиологические особенности периодонта временных и постоянных зубов на различных этапах развития.
8. Этиология, патогенез периодонтита.
9. Классификация (клиническая, МКБ).
10. Диагностика. Дифференциальная диагностика различных форм периодонтита. Лечение.
11. Одонтогенный сепсис.

12. Очагово-обусловленные заболевания.

13. Тактика врача стоматолога детского при выборе метода лечения хронического периодонтита у лиц, страдающих заболеваниями инфекционно-аллергической природы.

14. Осложнения при лечении периодонтита. Пути предупреждения и устранения.

“Заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей и подростков”:

1. Патологические процессы в слизистой оболочке. Элементы поражения. Значение общего и местного факторов, условий, способствующих развитию патологического процесса.

2. Распространенность основных нозологических форм ЗСОПР. Особенности обследования больных с ЗСОПР.

3. Классификация (клиническая, МКБ).

4. Травма (травматическая эрозия, язва, лучевое поражение, ожог, гальванизм, лейкоплакия, актинический хейлит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

5. Вирусные заболевания: простой лишай, опоясывающий лишай, СПИД, герпетическая ангина.

6. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

7. Грибковое поражение, кандидоз.

8. Сифилис, особенности поведения врача при приеме этой группы больных.

9. Аллергические заболевания. Отек Квинке. Многоформная экссудативная эритема. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

10. Медикаментозная интоксикация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика.

11. Поражения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях.

12. Поражения слизистой оболочки при дерматозах (плоский лишай, красная волчанка, пузырчатка, дерматит Дюринга).

13. Аномалии и заболевания языка: складчатый язык, ромбовидный, десквамативный глоссит. Волосатый (черный) язык. Хейлит: glandулярный, эксфолиативный, экзематозный, макрохейлит Мелькерсона-Розенталя, хронические трещины, предрак и рак слизистой оболочки. Классификация предраковых заболеваний. Профилактика.

14. Строение и функции пародонта. Обследование больного с патологией пародонта. Этиология, патогенез, классификации. Распространенность болезней пародонта у различных групп населения.

15. Зубные отложения. Методика оценки гигиенического состояния. Индексы гигиены, CPITN. Методы удаления зубных отложений. Вид окклюзии.

16. Исследование состояния сосудов десен, стоматоскопия, капилляроскопия. Дополнительные методы: внутриротовая рентгенограмма, панорамная рентгенография, лабораторные исследования – цитология содержимого пародонтального кармана. Исследование десневой жидкости, миграция лейкоцитов по М.А. Ясиновскому, микробиологические и гистологические исследования. Комплексное обследование.

17. Классификация заболеваний пародонта (1983), МКБ. Гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов. Распространенность. Клиника, дифференциальная диагностика различных форм гингивита. Лечение: местное и общее.

18. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы комплексного лечения. Показания к выбору методов и средств местного и общего лечения в зависимости от тяжести и стадии пародонтита. Физические методы в комплексном лечении пародонтита.

19. Заболевания с прогрессирующим лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений. Лечение.

20. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Значение поддержания гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта. Диспансеризация.

“Зубочелюстные аномалии у детей и подростков”:

1. Характеристика прикуса в норме и патологии в различные возрастные периоды
2. Этиология зубо-челюстных аномалий и деформаций
3. Диагностика в ортодонтии.
4. Лечение и вторичная профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций

“Одонтогенные воспалительные заболевания, травма зубов у детей и подростков”:

1. Обезболивание.
2. Операция удаления временного и постоянного зуба у детей и подростков
3. Ретенированные и дистопированные зубы
4. Воспалительные одонтогенные заболевания челюстно-лицевой области.
5. Заболевания и височно-нижнечелюстного сустава.
6. Болезни слюнных желез.
7. Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области
8. Острая травма зубов у детей и подростков
9. Пороки развития зубов, челюстей и лица

1. Методы витальной ампутации и экстирпации при лечении пульпита постоянных зубов у детей. Показания и методика.
2. Пломбировочные материалы, применяемые при лечении постоянных зубов у детей. Классификация, критерии выбора
3. Несовершенный амелогенез, причины, клинические формы, лечение.
4. Пломбировочные материалы, применяемые при лечении временных зубов. Показания к выбору. Ошибки в применении, возможные осложнения.
5. Диагностика хронического периодонтита постоянных зубов с законченным формированием корней.
6. Глубокий кариес постоянных зубов у детей. Клиника, диагностика, особенности лечения.
7. Лечение хронического периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
8. Биологический метод лечения пульпита постоянных зубов у детей. Показания, методика.
9. Ошибки и осложнения при лечении пульпита постоянных зубов у детей.
10. Ошибки и осложнения при лечении периодонтита временных и постоянных зубов у детей.
11. Клиника и диагностика острого периодонтита постоянных зубов с законченным формированием корней.
12. Гипоплазия эмали постоянных зубов: этиология, клинические формы, лечение.
13. Характеристика материалов, применяемых для пломбирования корневых каналов при лечении зубов у детей.
14. Особенности строения периодонта: этиология, патогенез, классификация периодонтита..
15. Этиология, патогенез и классификация периодонтита у детей.
16. Осложненный перелом коронки зуба: варианты, клиника, тактика врача, исходы.
17. Несовершенный дентиногенез. Синдром Стентона-Капдепона. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
18. Травма коронки зуба: варианты, клиника, тактика врача, исходы.
19. Клиника и диагностика острого периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
20. Клиника и диагностика хронического периодонтита постоянных зубов с незаконченным формированием корней.
21. Этиология, патогенез и классификация пульпитов у детей.
22. Флюороз зубов. Этиология, классификация, профилактика.

23. Клиника и дифференциальная диагностика хронических форм пульпита постоянных зубов.

24. Клиника и диагностика острого и обострившегося хронического пульпита постоянных зубов у детей.

25. Клиника и диагностика острого и обострившегося хронического периодонтита временных зубов.

Приложение 5.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ (текущий, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации стоматологических индексов	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам слюны	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния полости рта	0-20
3	Обработка полости рта	0-25
4	Наложение материалов на зубы и десны	0-25
5	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-15
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ
(рубежный, промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
	Всего баллов	Среднее арифм. (сумма баллов /4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно - примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание	

	проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
	Работа написана не по теме менее	40
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст.время)	0-7
3	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4	АНАМНЕЗЖИЗНИ	0-7
5	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
6	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	0-10
8	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
11	ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ	0-7
12	ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме	0-7
13	ДНЕВНИК	0-7
14	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
 2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
 3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
 4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.
- Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в стоматологии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна -две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически

по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.
Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

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

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов со стоматологической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения стоматологических заболеваний у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

7

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения стоматологических заболеваний у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные

решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;

- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с стоматологической патологией;

- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;

- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой (**0 баллов**) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.