

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Академия профессионального образования «АКЦЕНТ»
(АНО ВО «Академия профессионального образования «АКЦЕНТ»)

ПРИНЯТО

Решением Ученого Совета

АНО ВО «Академия профессионального
образования «АКЦЕНТ»

протокол № 7 от 15.05.2026 г.

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 7 от 15.05.2026 г.

Ректор
АНО ВО «Академия профессионального
образования «АКЦЕНТ»



О.Д. Быстрицкая

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

**БЛОК 1
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.77 ОРТОДОНТИЯ**

Квалификация: «Врач-ортодонт»

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

Оценочные средства для текущего контроля успеваемости по дисциплине «Терапевтическая стоматология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1), готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)

Цель текущего контроля – определение степени сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№ Курса/семестр	КОМПЕТЕНЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 1. Кариес зубов	Индексы для регистрации кариеса зубов и поверхностей. Этиология, патогенез кариеса зубов. Определение кариеса зубов. Международная классификация. Кариес эмали. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес дентина. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес цемента. Клиника, диагностика, диффе-

			ренциальная диагностика, лечение. Профессиональная гигиена полости рта. Современные методы и средства профилактики кариеса зубов. Эндогенные и экзогенные методы профилактики кариеса зубов. Методы стоматологического просвещения населения. Особенности профилактики кариеса зубов среди различных возрастных групп населения. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний твердых тканей зубов.
2 курс, 3 семестр	УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 2 Заболевания пульпы и периодонта	Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике пульпита и периодонтита зубов. Особенности течения лечения пульпита и периодонтита в различных возрастных группах . Клиника, дифференциальная диагностика и лечение осложнений кариеса. Современные средства и методы эндодонтического лечения зубов, техники обработки корневых каналов, современные материалы для заполнения корневых каналов. Реконструкция коронковой части девитализированного зуба различными штифтовыми конструкциями: металлическими, углеродными, композитными штифтами, сочетание с композитными материалами.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 3 Некариозные поражения твердых тканей зубов	Нарушение формирования твердых тканей зубов Гипоплазия эмали: этиология, клинические проявления, лечение. Флюороз: этиология, лечение, профилактика. Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез. Клинические проявления, диагностика. Гиперплазия эмали: клинические проявления. Лекарственные (медикаментозные) поражения зубов: клинические проявления, лечение. Патология твердых тканей зубов после их прорезывания. Клиновидный дефект: этиология, клинические проявления, лечение. Эрозия эмали: клинические проявления, лечение. Некроз эмали: клинические проявления, лечение. Патологическая стираемость твердых тканей: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение. Гиперстезия твердых тканей зубов: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение. Лекарственные и токсические поражения твердых тканей зубов: клинические проявления, лечение. Травма зуба: клинические разновидности, лечение. Профилактика некариозных поражений твердых тканей зубов.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10	Раздел 4 Заболевания слизистой оболочки полости рта	Проявление предраковых заболеваний на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ. Дифференциальная диагностика. Лечение. Проявление ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта. Хейлиты. Профилактика, ле-

			чение. Хронические трещины губ. Профилактика, лечение.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9	Раздел 5 Заболевания пародонта	Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. Клиника и диагностика заболеваний пародонта: гингивит, пародонтит, пародонтоз, идиопатические заболевания пародонта, пародонтомы. Симптоматическое лечение воспалительных заболеваний пародонта: лечение болезней пародонта, общие принципы лечения, удаление зубных отложений, шлифование и полирование поверхности корня, наложение десневых повязок, избирательное пришлифовывание зубов, депульпирование зубов, фармакотерапия болезней пародонта. Ортопедическое лечение: временное шинирование, ортодонтическая подготовка, несъемное протезирование, бюгельное протезирование, лечение парафункций, коррекция дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. Особенности индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта.

Контрольные задания текущего контроля.

Раздел 1.Кариес зубов

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после их прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:

- 1) гипоплазия
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) кариес
- 5) флюороз

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-10.

2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот
- 2) щелочей
- 3) кариесогенных факторов
- 4) абразивного фактора
- 5) температурных факторов

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

- 1) СРITN
- 2) РМА
- 3) ИДЖ
- 4) КПУ
- 5) УИГ

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

4. Причины возникновения кариеса:

- 1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Пелликула зуба образована:

- 1) коллагеном
- 2) кератином
- 3) скоплением микроорганизмов и углеводов
- 4) гликопротеидами слюны
- 5) полиненасыщенными жирными кислотами

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

6. Иммунные зоны зуба:

- 1) фиссуры и углубления на зубах
- 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
- 3) жевательные поверхности зубов
- 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- 5) небные и язычные поверхности зубов

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:

- 1) Str. Salivaris
- 2) Str. Mutans
- 3) лактобациллы
- 4) Str. sangius
- 5) Str. Aureus

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

8. Раствор эритрозина применяют

- 1) для определения индекса ПМА
- 2) для контроля чистки зубов
- 3) для определения индекса CPITN

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10

9. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) климатические условия
- 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 3) диета и Питьевая вода
- 4) белковые пищевые остатки в полости рта
- 5) наследственные и соматические заболевания

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

10. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного
- 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. Соотношение Са/P в дентине:

- 1) 1,55
- 2) 1,60
- 3) 1,67
- 4) 1,75
- 5) 2,0

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

12. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении Са/P:

- 1) 1,67
- 2) 1,57
- 3) 4,53
- 4) 1,33
- 5) 1,25

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:

- 1) стабильности эмали
- 2) уменьшении проницаемости эмали
- 3) увеличении проницаемости эмали
- 4) изменении органической составляющей свойств эмали
- 5) изменении неорганической составляющей эмали

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:

- 1) гиперплазией
- 2) эрозией твердых тканей
- 3) глубоким кариесом
- 4) острым пульпитом
- 5) хроническим фиброзным пульпитом

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

15. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:

- 1) прозрачная зона
- 2) темная зона
- 3) зона прозрачного и интактного дентина
- 4) подповерхностной деминерализации
- 5) тело поражения

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

16. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:

- 1) формирование отвесных стенок
 - 2) формирование плоского дна
 - 3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
 - 4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
 - 5) финирирование краев эмали
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

17. Размеры очага пигментации эмали, требующего динамического наблюдения и реминерализации:

- 1) 0,5-1,0мм
 - 2) 1,0-1,5мм
 - 3) 1,5-2,0 мм
 - 4) 2,0-2,5мм
 - 5) 2,5-3,0 мм
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

18. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:

- 1) 3 класса
 - 2) 4 класса
 - 3) 5 классов
 - 4) 6 классов
 - 5) 7 классов
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

19. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:

- 1) фтор
 - 2) молибден
 - 3) стронций
 - 4) кальций
 - 5) магний
- Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

20. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина
 - 2) эмали
 - 3) клеточного цемента
 - 4) первичного и вторичного дентина
 - 5) иррегулярного дентина
- Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Вторичный кариес - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина

5) кариозный процесс в постоянных зубах
Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

22. Рецидив кариеса - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
 - 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
 - 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
 - 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
 - 5) кариозный процесс в постоянных зубах
- Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

23. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

- 1) острым диффузным пульпитом
 - 2) эрозией эмали
 - 3) острым очаговым пульпитом
 - 4) флюорозом и гипоплазией
 - 5) глубоким кариесом
- Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
 - 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
 - 3) деструктивной формой флюороза
 - 4) хроническим фиброзным пульпитом
 - 5) гипоплазией
- Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

25. Кариозный процесс развивается при:

- 1) равновесии ре-и деминерализации
- 2) преобладании деминерализации
- 3) отсутствии реминерализации
- 4) дисминерализации
- 5) реминерализации

Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Рис.1



Рис. 2

Пациент К. 20 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический недостаток, кратковременные боли от химических раздражителей, прекращающиеся после их устранения. При осмотре: на медиальных контактных поверхностях зубов 1.2 и 2.1 определяются старые пломбы с краевой пигментацией; на медиальной контактной поверхности зуба 2.2 – кариозная полость средних размеров (см. Рис. 1).

Задания:

1. Расскажите о причинах развития краевой пигментации вокруг пломб.
2. Укажите класс представленных на Рис. 1 кариозных полостей.
2. Расскажите о классификациях кариеса и кариозных полостей.
4. Опишите особенности препарирования кариозных полостей данного класса.
5. Эстетическая реставрация. Назовите пломбировочные материалы, используемые для эстетической реставрации (Рис. 2).

Ответы

- Причиной развития краевой пигментации может быть нарушение краевого прилегания и развитие вторичного кариеса.
- Кариозные полости, представленные на рис. 1, относятся к III классу классификации Блека.
- До настоящего момента на территории РФ распространена классификация ММСИ, основанная на глубине поражения (кариозное пятно, кариес поверхностный, средний, глубокий). Осуществляется постепенный переход на международную классификацию кариеса в соответствии с МКБ-10 (кариес эмали, дентина, цемента и т.д.)
- Кариозные полости III класса препарируются в пределах контактной поверхности с удалением нависающей эмали и созданием фальца. Эстетические реставрации требуют полного удаления измененного в цвете дентина.

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больная М., 19 лет, обратилась с жалобами на наличие на зубах множественных меловидных пятен в пришеечных областях 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубов.

При проведении обследования установлено, что электропроводность в этих участках эмали равна 1 мкА, титр лактобактерий полости рта равен 10^{-9} , скорость реминерализации эмали 5 суток.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика
3. Наметьте план лечения.

Ответы

1. Множественный начальный кариес
2. Реминерализующая терапия

Ситуационная задача №3.**Компетенции: УК-1, ПК-5**

В клинику обратилась больная Б. по поводу выпавшей пломбы из 13 зуба. Зуб не болит, беспокоит попадание пищи. Имеется кариозная полость средней глубины, дно плотное, стенки размягчены, зондирование стенок болезненное, дна - безболезненное.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Поставьте окончательный диагноз.

Ответы

1. С хроническим периодонтитом (прежде всего). Затем со средним и поверхностным кариесом.
2. Средний кариес

Ситуационная задача №4**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7**

Больной В. 60 лет, жалуется на наличие углублений на зубах, повышенную чувствительность зубов при вдыхании холодного воздуха.

Объективно: в пришеечной области 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба. Зондирование безболезненное. Температурные раздражители вызывают кратковременную болевую реакцию.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными задачи.
4. Определите тактику лечения больного.

Ответы

1. Клиновидный дефект, средний кариес.
2. Клиновидный дефект
3. Имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба
4. Пломбирование адгезивными материалами

Ситуационная задача №5.**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10**

В средней общеобразовательной школе проводится внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний. На прием к школьному стоматологу вызван ребенок 7 лет для проведения герметизации фиссур первых постоянных моляров. В наличии стоматологического кабинета имеется светоотверждаемый герметик.

Жалоб нет.

При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При внутриротовом осмотре: состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Состояние твердых тканей зубов:

	п	п								п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	п									п	п

Фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 зубов интактные, глубокие.

Индекс гигиены полости рта по Грин-Вермилиону (компонент зубного налета) равен 1,8.

Задания:

1. Назовите возраст, в котором наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров.
2. Определите показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента.
3. Перечислите этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения.
4. Назовите сроки контрольных осмотров сохранности герметика.
5. Укажите эффективность метода герметизации фиссур.

Ответы:

1. Наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров в возрасте 6-7 лет.
2. Показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента: возрастные (ребенку 7 лет), анатомические (фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 глубокие).
3. Этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения: очищение жевательной поверхности зуба; изоляция зуба от слюны; высушивание зуба; протравливание эмали 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 15-20 сек; удаление кислоты с жевательной поверхности зуба; повторная изоляция от слюны и высушивание; внесение и распределение герметика по фиссурно-ямочной сети, отверждение герметика с помощью полимеризационной лампы, проверка окклюзионной высоты прикуса.
4. Контрольные осмотры сохранности герметиков рекомендуется проводить через 1 неделю, месяц, 6 месяцев, 12 месяцев, далее ежегодно.
5. Эффективность метода герметизации фиссур составляет 95-100%

Раздел 2

Заболевания пульпы и периодонта

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-7

1. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5

2. Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:

- 1) острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гангренозный

- 4) хронический гипертрофический
 - 5) острый очаговый
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-10.

3. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- 1) острым диффузном
 - 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
 - 3) хроническом гипертрофическом
 - 4) острым очаговым
 - 5) хроническом фиброзном
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

4. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

- 1) сформированных молочных резцах
 - 2) молочных молярах независимо от стадии развития корня
 - 3) молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
 - 4) сформированных постоянных молярах
 - 5) несформированных постоянных молярах
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

5. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

- 1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
 - 2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
 - 3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
 - 4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
 - 5) 40% формалина, резорцина до насыщения
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

6. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

- 1) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
 - 2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
 - 3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
 - 4) диагноза
 - 5) групповой принадлежности зубов
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:

- 1) перелом части коронки зуба
 - 2) нарушение техники препарирования кариозной полости
 - 3) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
 - 4) нелеченный кариес
 - 5) наследственная предрасположенность
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

8. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

9. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гангренозного
- 5) хронического гангренозного в стадии обострения

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1

10. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

- 1) 2-6
- 2) 8-10
- 3) 10-20
- 4) 20-60
- 5) свыше 150

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

11. 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
- 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
- 3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- 4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
- 5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

12. Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) высокая ампутация

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

13. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

14. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

- 1) прекращения воспалительного процесса
- 2) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- 3) обеспечения дальнейшего формирования корня
- 4) прекращения дальнейшего формирования корня
- 5) ускорения формирования корня
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

15. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) высокая ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) витальная ампутация
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

16. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

- 1) только в сформированных постоянных
- 2) в любых сформированных временных
- 3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
- 4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
- 5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

17. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

- 1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
- 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 3) переходная, складка свободная, безболезненная при пальпации
- 4) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
- 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

18. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутиационным методом контролируют рентгенологически:

- 1) через 3 недели, а потом 1 раз в год
- 2) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 3) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 4) однократно после завершения лечения
- 5) однократно через 1 год после лечения

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

19. Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:

- 1) девитальной экстирпации
- 2) девитальной ампутации
- 3) витальной ампутации
- 4) витальной экстирпации
- 5) высокой ампутации

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

20. Мышьяковистую пасту в первое посещение при лечении временных зубов методом девитальной ампутации не следует накладывать при:

- 1) хроническом фиброзном пульпите в зубах при начале резорбции корней, когда болезненность пульпы незначительная
- 2) хроническом гангренозном пульпите в зубах с рассасывающимися корнями
- 3) острым диффузным пульпите
- 4) острым очаговым пульпите
- 5) обострении хронического фиброзного пульпита

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

21. Медикаментозная обработка корневого канала применяется с целью:

- а) воздействию на микрофлору
- б) снятие болевых ощущений
- в) obturации верхушечного отверстия
- г) стимуляция регенерации периодонта
- д) удаление некротизированной ткани

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

22. Выдача листов нетрудоспособности при лечении пульпита производится на срок:

- 1) 2 дня
- 2) пять дней
- 3) 7 дней
- 4) не производится

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-10.

23. Третью группу диспансеризации детей у стоматолога осматривают и saniруют:

- 1) 3 раза в год (через 3-4 мес)
- 2) 2 раза в год (через 6 мес)
- 3) 1 раз в год.

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

24. Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:

- 1) механическая травма пульпы
- 2) термическая травма пульпы
- 3) химическая травма пульпы
- 4) нелеченный кариес
- 5) ретроградное инфицирование пульпы

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

25. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) клеточного цемента
- 3) неклеточного цемента
- 4) первичного дентина.
- 5) вторичного дентина

Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больной, 24 лет, жалуется на наличие самопроизвольных болей в 36 зубе, беспокоящие его около 2 суток. Боли прерывистые, ночные. Ранее отмечал кратковременные боли от холодно-го.

Объективно: на дистальной поверхности 36 зуба имеется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Перкуссия зуба безболезненна. Порог электровозбудимости пульпы повышен до 25 мкА.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите возможные заболевания при данной патологии.
3. Перечислите этапы выбранного метода лечения.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости.

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больная А., 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на острую, самопроизвольную, приступообразную боль в 25. Боль впервые появилась накануне ночью. Приступы повторяются каждые 2-3 часа и длятся 10-15 минут. На жевательной поверхности 25 обнаружена кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно, перкуссия безболезненная.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите методы лечения, показанные в случае подтверждения предварительного диагноза.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.

3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости.

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10.



Рис. 1



Рис. 2



Пациент Н. 29 лет обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании на зуб 2.6. При осмотре на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме в области верхушки небного корня определяется очаг деструкции кости с четкими границами размером 5 мм в диаметре. В области верхушек щечных корней - расширение периодонтальной щели.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что позволяет установить рентгенографический метод?
3. Расскажите о цели выполнения рентгенограммы с введенными в канал стержневыми инструментами (Рис. 1).
4. Расскажите о свойствах пломбировочных материалов для временного пломбирования каналов и цели их использования (Рис. 2).
5. Расскажите о сроках восстановления костной ткани при хроническом апикальном периодонтите (Рис. 3)

Ответы

- Учитывая клиническую картину, в данной ситуации можно предварительно поставить диагноз обострения хронического апикального периодонтита.
- Рентгенографический метод исследования позволяет определить форму хронического апикального периодонтита, размеры поражения.
- Рентгенограмма зуба с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами позволяет определить рабочую длину каналов, степень их прохождения.
- Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроокись кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.

- Костная ткань при хроническом апикальном периодонтите может восстанавливаться в сроки от 9 до 24 месяцев. В течение этого времени пациент требует динамического наблюдения. При отсутствии эффекта консервативного лечения следует использовать хирургические методы или их сочетание.

Ситуационная задача №4.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7



Представлена рентгенограмма зуба 1.6 пациентки М. 47 лет, обратившейся в клинику с жалобами на сильные боли, возникающие при накусывании на зуб, появление чувства «выросшего зуба», изменение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней челюсти справа, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: зуб был лечен 2 года тому назад.

Задания:

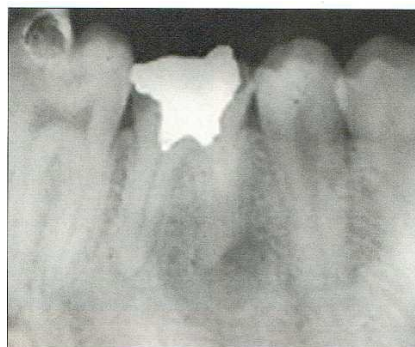
1. Опишите представленную рентгенограмму (вид снимка, участок челюсти, характер изменений структуры костной ткани).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения, учитывая общее состояние пациентки.
4. Назовите консервативно-хирургические методы амбулаторных зубосохраняющих операций.
5. Расскажите о пломбировочных материалах для временного пломбирования каналов.

Ответ

1. Прицельная контактная рентгенограмма зуба 1.6, ранее леченного эндодонтически. Дефект коронки восполнен пломбой, каналы запломбированы до апикального отверстия. В области верхушки переднего щечного корня очаг деструкции костной ткани с четкими границами.
2. Обострение хронического периодонтита, осложненное периоститом.
3. В зависимости от состояния пациентки может быть рекомендовано удаление зуба или произведен разрез с последующим проведением гемисекции после устранения острых воспалительных явлений. Местное лечение должно сопровождаться общей противовоспалительной и антибактериальной терапией.
4. Резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация.
5. Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроксид кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7



Пациент Л. 24 лет обратился с жалобами на попадание пищи в межзубный промежуток за 3.6 и 3.7. При осмотре: зуб 3.7 - интактный, на жевательной поверхности зуба 3.6 боль-
· пломба из амальгамы, поставленная 4 года назад. Пациент отмечал иногда появление и при накусывании на этот зуб. На рентгенограмме у верхушки переднего корня зуба 3.6 очаг деструкции костной ткани с четкими границами размером 4 мм (см. фото).

Задания:

1. Опишите рентгенограмму (вид снимка, участок челюсти, характер изменений структуры костной ткани).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите морфологические зоны зрелой гранулемы.
4. Назовите консервативно-хирургические методы амбулаторных зубосохраняющих операций.
5. Какие остеопластические материалы используются при ампутации корня зуба?

Ответ

1. Контактная рентгенограмма нижней челюсти слева, моляры и премоляры. В области переднего корня зуба 3.6 определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами, размером 4 мм.
2. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема).
3. Зрелая гранулема содержит 4 зоны:
 - зона некроза;
 - зона контаминации;
 - зона раздражения;
 - зона стимуляции.
4. Резекция верхушки корня, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация, гемисекция, реплантация. При невозможности эндодонтической обработки и obturation каналов в переднем корне в данной ситуации возможна ампутация или гемисекция.
5. Остим-ЮО, Коллапан, Гапкол, Колапол и др.

Раздел 3 Некариозные поражения твердых тканей зубов

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

1. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается вследствие:

- 1) заболеваний матери во время беременности
- 2) травматических повреждений молочных зубов
- 3) нарушения оптимального состава микроэлементов в воде
- 4) болезней ребенка после рождения
- 5) множественного кариеса молочных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

2. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:

- 1) небной и язычной моляров
- 2) вестибулярной моляров
- 3) вестибулярной резцов
- 4) небной и язычной резцов и клыков
- 5) любой поверхности всех зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

3. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

- 1) пигментированное пятно на эмали
- 2) облитерация полости зуба

- 3) «рифленные» зубы
 - 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
 - 5) «гипсовые» зубы
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

4. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
 - 2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
 - 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
 - 4) наличие белых пятен и крапинок
 - 5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Клинические проявления флюороза:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 - 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
 - 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - 5) борозды, параллельные режущему краю
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

6. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

- 1) болезни матери в I половине беременности
 - 2) болезни матери во II половине беременности
 - 3) болезни ребенка в I половине первого года жизни
 - 4) генетические факторы
 - 5) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- 1) наследственный фактор
 - 2) заболевания матери в период беременности
 - 3) травма плода
 - 4) заболевания ребенка на первом году жизни
 - 5) множественный кариес молочных зубов
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

8. Причины местной гипоплазии эмали:

- 1) болезни матери во время беременности
 - 2) болезни ребенка после рождения
 - 3) травматическое повреждение зачатка зуба
 - 4) пульпит молочного зуба
 - 5) вредные привычки матери во время беременности
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-10

9. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

- 1) сразу после их прорезывания
- 2) 7-8 лет
- 3) 8-9 лет
- 4) 9-10 лет
- 5) старше 12 лет

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10

10. Причина развития флюороза:

- 1) недостаточное содержание фтора в воде
- 2) передача патологии по наследству
- 3) избыточное содержание фтора в воде
- 4) отсутствие фтора в воде
- 5) фторидсодержащие зубные пасты

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. Клиническая форма гипоплазии эмали:

- 1) «рифленая» эмаль
- 2) дисплазия Капдепона
- 3) бороздчатая эмаль
- 4) меловидно-крапчатая эмаль
- 5) слущивающаяся эмаль

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:

- 1) «гипсового» цвета эмали
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) изменений на рентгенограмме
- 5) меловидные пятна в пришеечной области

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

13. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1
- 3) 2-3
- 4) 4-6
- 5) 7-9 и выше

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

14. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- 1) пломбирование кариозных полостей
- 2) депульпирование зуба
- 3) удаление зуба
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- 5) шинирование зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

15. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:

- 1) наличие ночных болей
- 2) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
- 3) «рифленные» зубы
- 4) «гипсовые» зубы
- 5) меловидные пятна, крапинки

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

- 1) гипоплазия эмали
- 2) флюороз
- 3) отлом коронки в результате травмы
- 4) несовершенный амелогенез
- 5) тетрациклиновое окрашивание

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

17. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

18. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

19. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

20. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба

- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-10.

21. Неблагоприятные причинные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии Капдепона):

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) вколоченный вывих молочных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-10.

22. Неблагоприятные причинные факторы развития флюороза:

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) отсутствие фтора в питьевой воде

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

23. Гигиеническое обучение и воспитание (ГОВ) необходимо начинать

- 1) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
- 2) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)
- 3) в возрасте 3-4 года
- 4) с двух лет
- 5) в возрасте прорезывания первых временных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

24. В каких из перечисленных групп имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?

- 1) I степень активности
- 2) II степень активности
- 3) III степень активности
- 4) имеющие КПУ = 0

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5.

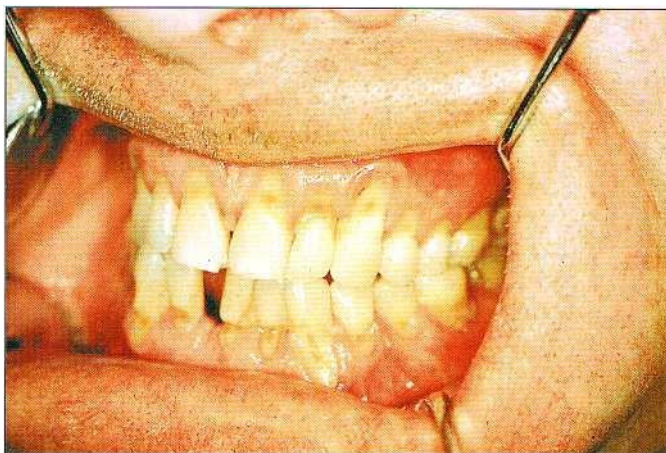
25. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов:

- 1) более глубокое поражение тканей зубов;
- 2) наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов;
- 3) симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных;
- 4) атипичное расположение эрозий эмали на зубах;
- 5) чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10



Пациент Б. 55 лет обратился в клинику с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток, иногда возникающую болезненность от температурных, механических и химических раздражителей (см. слайд). При осмотре: в пришеечной области определяются обширные дефекты твердых тканей, по форме напоминающие клин. Пораженные участки имеют гладкие и блестящие поверхности. Отмечается ретракция десны.

Задания:

1. Назовите стоматологическое заболевание, к которому относится данная патология.
2. Расскажите о возможных причинах развития данного некариозного поражения.
3. Чем обусловлено развитие абфракционных дефектов?
4. Предложите комплекс профилактических мероприятий.
5. Поясните особенности пломбирования абфракционных дефектов

Ответы

1. Клиновидный дефект (истирание).
2. Этиологические факторы до конца не выяснены. Считается, что причинами развития могут быть механические факторы (неправильная чистка зубов, жесткая зубная щетка заболевания пародонта, особенности анатомического строения круговой мышцы рта).
3. Развитие абфракционных дефектов в виде клина обусловлено разными модулями эластичности эмали и дентина.
4. Чистка зубов вертикальными движениями зубной щетки, применение низкоабразивных лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пломбирование клиновидных дефектов традиционными композитами часто мало эффективно. Поэтому при замещении абфракционных дефектов целесообразно использовать стеклоиономерные цементы, жидкие композиты и компомеры, которые обладают адекватными свойствами (модуль упругости, эластичности и т.д.)

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Пациентка А. 37 лет обратилась с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток и боли от всех видов раздражителей (см. слайд) При осмотре: на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяются неглубокие дефекты овальной формы в пределах эмали, покрытые налетом, при зондировании - гладкие и болезненные.

Задания:

1. Назовите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите характер деминерализации, наблюдаемый при данной патологии.
3. Расскажите о классификации данного заболевания.
4. Заболевания какой железы внутренней секреции играют ведущую роль в патогенезе данного заболевания?
5. Методы лечения данного заболевания.

Ответы

1. Эрозия эмали, II степень, активная стадия.
2. Поверхностная деминерализация. При кариесе в стадии пятна - подповерхностная.
3. В эрозии твердых тканей выделяют 2 стадии поражения: начальную (эрозия эмали), выраженную (эрозия эмали и дентина).

По глубине поражения:

- степень - поражение поверхностных слоев эмали;
 - степень - поражение эмали до эмалево-дентинного соединения;
 - степень - поражение всей эмали и поверхностных слоев дентина. По активности процесса – активная стадия эрозии, стабилизированная, В данной ситуации эрозия в активной стадии
4. Важная роль в патогенезе эрозии зубов принадлежит эндокринным нарушениям. = частности гиперфункции щитовидной железы.
 5. Лечение эрозии включает реминерализацию и пломбирование в зависимости от степени поражения. Мониторинг состояния эндокринной системы.

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

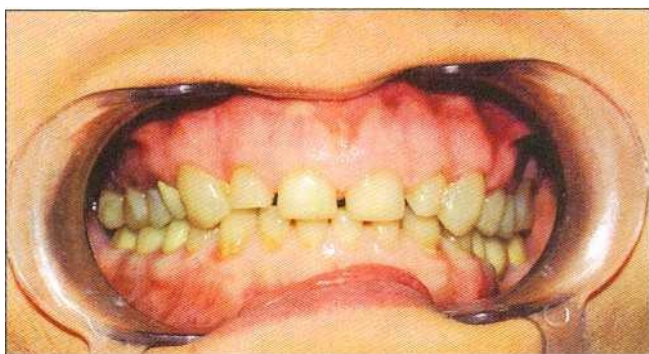


Рис 1

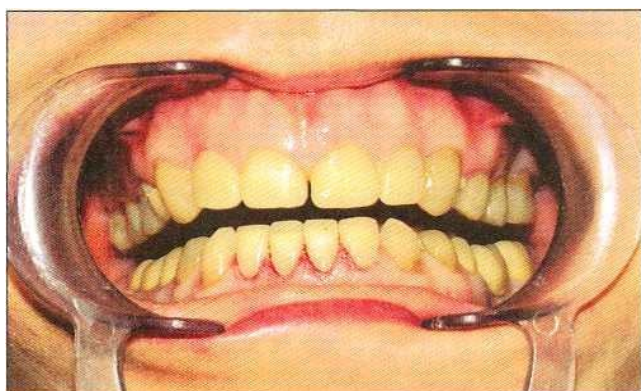


Рис 2

Пациентка М. 38 лет обратилась к стоматологу с жалобами на уменьшение высоты коронок фронтальных зубов (см. Рис. 1). При осмотре зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.2, 3.1.4, 2, 4.2 определяется уменьшение высоты коронок на $1/3$ длины.

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология (Рис. 1).
2. Дайте определение данному некариозному процессу.
3. Расскажите об этиологических факторах данной патологии.
4. Определите степень тяжести данного поражения по классификации Бракко.
5. Расскажите о методах лечения (Рис. 2).

Ответ

1. Стирание.
2. Стирание (патологическое) - это интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах.
3. Причины стирания: нарушения прикуса, перегрузка вследствие утраты зубов, неправильные конструкции протезов, взаимодействие бытовых и профессиональных вредностей, формирование неполноценных структур.
4. Степень I по Бракко - уменьшение высоты коронок с исчезновением на $1/3$.
5. Лечение стирания зависит от степени: при I и II степени основной задачей является стабилизация процесса, сохраняющая высоту коронок (вкладки и коронки на жевательных зубах, реставрация фронтальных зубов), устранение симптомов гиперестезии. При III и IV степенях - ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Ситуационная задача №4.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Пациентка А. 27 лет обратилась с жалобами на боли в зубах верхней и нижней челюсти, возникающие при воздействии температурных, механических и химических раздражителей, уходящие после устранения раздражителей (см.слайд). Жалобы появились на 16-й неделе беременности. При осмотре определяются дефекты твердых тканей в области резцов, верхних премоляров и моляров нижней и верхней челюсти.

Выявлена ретракция и гиперемия десневого края.

Задания:

1. Укажите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.2
2. Расскажите о причинах развития некариозного поражения у данной пациентки.
3. Какие еще могут быть причины, способствующие развитию такой патологии.
4. Предложите методы лечебных мероприятий.
5. Назовите возможные профилактические меры.

Ответы

- Некроз твердых тканей.
- Причинами некроза твердых тканей могут быть нарушения или перестройка функций желез внутренней секреции (половых, щитовидной).
- Воздействия внешних факторов: радиационный некроз, кислотный некроз.
- Устранение симптома гиперестезии, реминерализирующая терапия, пломбирование.
- Профилактические мероприятия складываются из мероприятий по производственной безопасности, мониторинга собственного здоровья и заботы о нем.

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5



Пациент Д. 27 лет жалуется на наличие косметического дефекта эмали в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. Изменения структуры зубов отмечаются с момента их прорезывания.

(см. слайд).

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология. С чем связана особенность локализации поражения твердых тканей?
2. Укажите данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
3. С нарушением деятельности каких клеток связано развитие данного поражения эмали?
4. Расскажите о методах диагностики, применяемых для уточнения диагноза.

Ответы.

1. Системная гипоплазия (болезни зубов некариозного происхождения, развивающиеся до их прорезывания).
2. Системный характер поражения эмали зубов связан со сроками закладки, формирования и прорезывания зубов.
3. Состояние здоровья ребенка в первые годы жизни.
4. Гипоплазия является результатом нарушения функции амелобластов. Окрашивание 2%-ным раствором метиленового синего, зондирование.

Раздел 4. Заболевания слизистой оболочки полости рта

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-5

1. Слизистая оболочка полости рта состоит из:

- 1) 5 слоев
- 2) 4 слоев
- 3) 3 слоев
- 4) 2 слоев
- 5) 1 слоя

Правильный ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

2. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

- 1) противовирусные препараты
- 2) антисептики
- 3) протеолитические ферменты
- 4) обезболивающие средства
- 5) антибиотики

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

3. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

- 1) 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 5-6 дней
- 4) 7-9 дней
- 5) 10-12 дней

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5

4. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
 - 3) творожистый налет
 - 4) прозрачные корочки, фиксированные в центре
 - 5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

5. Для лечения кандидоза используют мазь:

- 1) гепариновую
- 2) канестен (клотримазол)
- 3) бонафтоновую
- 4) зовиракс
- 5) солкосерил

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

6. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

- 1) средства гигиены полости рта новорожденных
- 2) игрушки с острыми гранями
- 3) преждевременно прорезавшиеся зубы
- 4) соски, резиновые рожки на бутылочках
- 5) кольца для прорезывания зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

7. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

- 1) антибактериальную терапию
- 2) десенсибилизирующую терапию
- 3) антигрибковую терапию
- 4) противовирусную терапию
- 5) антисептическую обработку

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

8. Клинические проявления при черном волосатом языке:

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

9. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

- 1) антисептические полоскания рта в период между рецидивами
- 2) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта
- 3) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка
- 4) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год
- 5) гидромассаж десен

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

10. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

- 1) 1% раствор тримекаина
- 2) 2% раствор новокаина
- 3) 10% раствор лидокаина в спрее
- 4) 10% взвесь анестезина в масле
- 5) 1% взвесь анестезина в масле

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

11. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

- 1) курс антибиотиков широкого спектра действия
- 2) противовирусные препараты во внутрь и местно
- 3) внутривенное введение тиосульфата натрия
- 4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке
- 5) курс кератопластической терапии

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

- 1) белый творожистый налет
- 2) фибринозный налет
- 3) папулы
- 4) «пятна» Филатова-Коплика
- 5) афты

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

- 1) папулы округлой или овальной формы
- 2) гнойные корки на губах
- 3) афты, сливающиеся эрозии
- 4) энантемы
- 5) разлитая эритема

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9, ПК-10

14. Сроки нетрудоспособности при лейкоплакии эпителия полости рта, включая язык:

- 1) 7-10 дней
- 2) 14-20 дней
- 3) 10-14 дней

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Симптом Никольского положителен при:

- 1) пузырчатке
- 2) сифилисе
- 3) многоформной эритеме
- 4) пиодермии
- 5) герпетическом стоматите

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

16. Линейный дефект слизистой оболочки - это:

- 1) афта
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) трещина
- 5) чешуйка

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
- 4) лихенизация, трещины, мокнутие
- 5) пузырьки

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. Афты Беднара встречаются у детей:

- 1) первых месяцев жизни
- 2) ясельного возраста
- 3) дошкольного возраста
- 4) школьного возраста
- 5) подросткового возраста

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

19. Клинические проявления при складчатом языке:

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

20. Образование пузырьков на коже лица характерно для:

- 1) ОГС
- 2) МЭЭ
- 3) ХРАС
- 4) лейкоплакии
- 5) герпангины

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-9

21. Курс лекарственного электрофореза при хейлите составляет:

- 1) 5 процедур;
- 2) 10 процедур;
- 3) 15 процедур;
- 4) 30 процедур.

Правильный ответ: 2, 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

22. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

- 1) алиментарной анемии
- 2) синдрома Бехчета
- 3) гингиво-стоматита Венсана
- 4) железодефицитной анемии
- 5) кандидоза

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

23. Клинические проявления при остром кандидозе:

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- 4) эрозии неправильных очертаний
- 5) пузыри

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2

24. На диспансерном учете должны находиться больные с такими заболеваниями слизистой полости рта, как: а)болезнь Боуэна, б)бородавчатый предрак, в)ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, г)абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, д)кожный рог, е)лейкоплакия, ж)папилломатоз, з)эрозивно-язвенная форма плоского лишая, и) хронические трещины губ.

- 1) а,б,в
- 2) а,з,и
- 3) г,е,ж
- 4) все перечисленные

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

25. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:

- 1) центральной нервной системы
- 2) хронических заболеваниях ЛОР-органов
- 3) крови и кроветворных органов
- 4) хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- 5) почек

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Пациентка К. 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щек. Все изменения появились 2 года назад после перенесенного стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит.



При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щек в среднем и заднем отделах на гиперемизированном фоне отмечаются участки измененного эпителия белесоватого цвета в виде полос, кружев, не удаляющихся при поскабливании.

Вопросы и задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите причины заболевания.
5. Составьте план обследования и лечения.

Ответ

1. Плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма.
2. Папула. Паракератоз, гиперкератоз.
3. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом.
4. Заболевание является полиэтиологичным. Из общесоматической патологии имеет значение состояние стресса, заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявляют непереносимость стоматологических материалов, повышенный уровень микротоксов, хроническую механическую травму.
5. Обследование: консультация врача стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога. Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, лечение общесоматической патологии, витамин «А» внутрь. Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка участков поражения, аппликация витамина «А» на участки поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

Ситуационная задача №2.



Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Пациент Н. 23 лет направлен на консультацию в клинику. После лечения зуба у стоматолога жалуется на сильную болезненность мягких тканей губы на стороне леченого зуба. Во время лечения появилось жжение слизистой оболочки верхней губы после наложения ватного валика.

При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке верхней губы, переходной складки, десны соответственно зубам 1.1, 1.2, 1.3

имеется резко болезненная язва с коагуляционной пленкой, мягкая при пальпации.

Задания:

1. Укажите групповую принадлежность данного заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.

4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения. Профилактика.

Ответ

1. Группа травматических поражений.
2. Травматическая язва. Химическая травма.
3. Ожог спиртом в результате невнимательной работы врача.
4. Дифференциальную диагностику проводят с язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта (язвой Венсана, острой механической травмой).
5. План лечения.
 - инфильтрационная анестезия;
 - аппликация протеолитических ферментов (трипсин, химопсин) на 5-7 минут;
 - антисептическая обработка (1%-ный раствор перекиси водорода, раствор перманганата калия 1:1000, 0,06%-ный раствор хлоргексидина);
 - аппликация эпителизирующих препаратов (масляные растворы витаминов А и Е, масло шиповника, солкосерил дентальный);
 - Профилактика: осторожное обращение с медикаментами, ответственность врача.

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.



Пациент К. 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и наличие белого пятна на языке. Изменения на языке заметил год назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась.

Из анамнеза: курит с 16 лет, страдает хроническим гастритом.

При осмотре: регионарные лимфоузлы не увеличены. Вторичная частичная адентия. На боковой поверхности языка справа имеется обширная

бляшка белого цвета с четкими контурами, возвышающаяся над уровнем слизистой оболочки, не удаляющаяся при поскабливании. Пальпация очага поражения безболезненная, уплотнения в основании нет.

Задания:

1. Перечислите возможные причины заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план лечения. Прогноз.

Ответы

1. Возможные причины заболевания:
 - курение;
 - хроническая механическая травма;
 - патология желудочно-кишечного тракта.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза:
 - бактериоскопический (для исключения кандидоза);
 - консультация других специалистов (гастроэнтеролога, стоматолога-ортопеда);
 - гистологическое исследование.
3. Веррукозная лейкоплакия боковой поверхности языка.
4. Дифференциальную диагностику проводят:
 - с гиперкератотической формой плоского лишая;
 - с хроническим гиперпластическим кандидозом;

- раком слизистой оболочки рта;
- с сифилисом (сифилитическими папулами).

5. План лечения:

- отказ от курения;
- санация полости рта, рациональное протезирование, устранение хронической механической травмы;
- наблюдение и лечение у гастроэнтеролога;
- нераздражающая диета;
- удаление очага поражения в пределах здоровых тканей при помощи хирургического лазера или криодеструкции;
- при отсутствии своевременного лечения возможно озлокачествление (факультативный предрак).

Ситуационная задача №4.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

На прием к врачу обратилась женщина 34 лет, с жалобами на высыпание пузырьков на ККГ. Высыпания появляются 2-3 раза в год. Чаще весной и осенью в течении 4 лет. Врач поставил диагноз: простой герпес. Назначено лечение: обработка пораженных участков анилиновыми красителями, оксолиновой мазью. После проведенного лечения рецидивы возникают с той же частотой.

1. Уточните диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Внесите коррективы в лечение.

Ответ

1. Диагноз: хронический рецидивирующий герпес средней степени тяжести.
2. Дифференциальная диагностика: опоясывающий лишай; герпетиформный дерматит Дюринга, КПЛ пузырьная форма.
3. Назначение антигерпетиков; проведение специфической иммунотерапии.

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 21 год, жалуется на повышение температуры тела до 38С, слабость, недомогание, головную боль. Болен 3 день. На третий день заболевания на слизистой оболочке щек, губ, языка, появились эрозии, болезненные при разговоре, глотании. Усилилось слюноотделение, изо рта появился запах. При осмотре больного выявлена кровоточивость и гиперемия десен, на слизистой оболочке щек, губ, языка афты в количестве 10. Увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфатические узлы.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назначьте лечение

Ответ

1. Диагноз: острый герпес средней степени тяжести.
2. Лечение: противогерпетическая терапия, антисептическая обработка полости рта, кератопластики.

Раздел 5. Заболевания пародонта

Выберите один или несколько правильных ответов.

Компетенции: УК-1, ПК-5

1. Пародонтит - заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное

5) инфекционное

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-1.

2. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

- 1) микробный зубной налет (микробная бляшка)
- 2) зубной налет курильщика
- 3) плотный зубной налет
- 4) наддесневой зубной камень
- 5) поддесневой зубной камень

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

4. Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

5. Воспаление межзубной, маргинальной, части или всей альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5.

6. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

7. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени

5) пародонтоза тяжелой степени
Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

8. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

9. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

- 1) I-II степени
 - 2) II-III степени
 - 3) III степени
 - 4) более III степени
 - 5) отсутствует
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

10. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

- 1) I—II степени
 - 2) II—III степени
 - 3) III степени
 - 4) более III степени
 - 5) отсутствует
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

11. Подвижность зубов при пародонтите тяжелой степени:

- 1) I—II степени
 - 2) II-III степени
 - 3) III степени
 - 4) более III степени
 - 5) отсутствует
- Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

12. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
 - 2) пародонтиту средней степени
 - 3) пародонтиту тяжелой степени
 - 4) пародонтозу средней степени
 - 5) пародонтозу тяжелой степени
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

13. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени
- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени

5) пародонтозу тяжелой степени
Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

14. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
 - 2) пародонтиту средней степени
 - 3) пародонтиту тяжелой степени
 - 4) пародонтозу средней степени
 - 5) пародонтозу тяжелой степени
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

15. Первый этап плана лечения пародонтита:

- 1) медикаментозное противовоспалительное лечение
 - 2) ортодонтическое лечение
 - 3) ортопедическое лечение
 - 4) профессиональная гигиена полости рта
 - 5) хирургическое лечение
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

- 1) пародонтозом
 - 2) фиброматозом десен
 - 3) пародонтитом
 - 4) хроническим катаральным гингивитом
 - 5) атрофическим гингивитом
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

17. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази:

- 1) 0,25% оксолиновую
 - 2) 2% неомициновую
 - 3) 2% бонафтоновую
 - 4) 5% бутадионовую
 - 5) 5% синтомициновую
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

18. Выдача листов нетрудоспособности по уходу при лечении неосложненного пародонтита производится на срок:

- 1) 2 дня
 - 2) пять дней
 - 3) 7 дней
 - 4) не производится
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

19. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

- 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
 - 5) десна гиперемирована, отечна
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

20. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

- 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- 5) десна гиперемирована, отечна

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-9

21. Лечение гипертрофического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
 - 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 - 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 - 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
 - 5) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия
- Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-9

22. Лечение атрофического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
 - 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 - 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 - 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
 - 5) обезболивание, массаж, физиотерапия
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

23. Лечение язвенно-некротического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
 - 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 - 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 - 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
 - 5) гигиена полости рта, обезболивание, массаж
- Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2.

24. Стоматологическую диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта осуществляет:

- 1) педиатр-пародонтолог
- 2) стоматолог-терапевт

3) стоматолог-хирург
Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

25. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- 1) прием фторидсодержащих препаратов
- 2) проведение профессиональной гигиены
- 3) реминерализирующая терапия
- 4) уменьшение употребления углеводов
- 5) прием витаминов

Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Вопросы и задания:

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Определите индекс ПМА в области зубов 13 12 11 21 22 23.
4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

Ответы

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс ПМА в области 13 12 11 21 22 23 равен 66,6(6)%.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 13 12 11 21 22 23. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при

зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

Задания

1. Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти.
2. Проведите расчёт пародонтального индекса (ПИ по Расселу) с учётом данных рентгенологического исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите план лечения.

Ответы

1. На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 11 21 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.
2. Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.
3. Пародонтальный индекс (ПИ по Расселу) в области 13 12 11 21 22 23 соответствует 6 баллам.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

5. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 13 12 11 21 22 23;
- избирательное шлифование зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 13 12 11 21 22 23

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

Задания

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.

4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.

Ответы

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.
2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.

Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.

3. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

4. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

5. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:

- возникновением болезни в молодом возрасте;
- быстрой потерей альвеолярной кости;
- ранней потерей зубов;
- патологической подвижностью зубов;
- гипергликемией, её осложнениями

Ситуационная задача №4.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациент 25 лет обратился с жалобами на сильную кровоточивость десны при чистке зубов. Десна кровоточит с 14 лет, лечился нерегулярно, в последние полгода кровоточивость усилилась. Стоматолог по месту жительства назначил: трихопол по 1 таб. 3 раза в день, супрастин по 1 таб. 2 раза в день, аскорутин по 2 таб. 3 раза в день, инъекции раствора никотиновой кислоты в десневые сосочки. Больной от предложенного лечения отказался и обратился в МГМСУ.

Общие заболевания: детские инфекции, операция — аппендэктомия, тонзиллэктомия. Заключение терапевта после комплексного обследования — здоров. Последние 3 года работает переводчиком, несколько часов в день проводит за компьютером. При осмотре: внешний вид без особенностей. Поднижнечелюстные лимфоузлы слегка увеличены, умеренно болезненны при пальпации, мягкие, подвижные. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. Зубы 13—24 и 33—44 скучены, 11—21 — диастема, короткие уздечки верхней губы и языка, мелкое преддверие полости рта. Отек, деформация десневых сосочков, цианоз, продолжительная кровоточивость десны при зондировании у этих зубов. Гипертрофированная десна покрывает коронковую часть зуба до ее середины в области зубов 13—24 и 33—44. У остальных зубов десна гиперемирована, кровоточит при зондировании, гигиена полости рта неудовлетворительная, обилие наддесневого зубного камня. Зубы 16, 28, 35, 44, 47 — кариес по 2-му классу. Прикус смешанный. На ортопантограмме — компактная пластинка вершин межальвеолярных перегородок сохранена.

Задания

1. Гигиеническое состояние полости рта оценивается с помощью индексов
2. Для определения распространенности воспаления десны используют индексы
3. Причина этого заболевания
4. Для диагностики данного заболевания рентгенологическое исследование
5. Это заболевание дифференцируют с хроническим
6. Это заболевание называется

Ответы

1. Грина-Вермильона
2. РМА; ПИ

3. патология прикуса; неудовлетворительная гигиена полости рта; нерегулярное лечение
4. показано
5. генерализованным пародонтитом лёгкой степени; гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
6. хронический гипертрофический гингивит, отечная форма

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5 ПК-9

Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на боли и кровоточивость, затрудняющую прием пищи, неприятный запах изо рта, повышение температуры тела до 38°, слабость, недомогание, потливость, головную боль, снижение работоспособности. Более в течение 3 суток. При осмотре больного определяется бледный цвет кожных покровов, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов справа, зловонный запах изо рта, повышение температуры тела до 38°C. На зубах определяется большое количество мягкого зубного налёта и над десневого зубного камня. Слизистая оболочка десневых сосочков и маргинальной десны грязно-серого цвета, ниже определяется ярко-красная демаркационная линия. При удалении некротических масс, которые легко снимаются тампоном, обнажается кровоточащая рыхлая десна с участками изъязвлений.

Клинический анализ крови: количество лейкоцитов - 9000, СОЭ - 12 мм/час.

Задания:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Какие методы физиолечения применяют при данном заболевании.

Ответ:

- 1) K05.12 Острый язвенно-некротический гингивит
- 2) Гидротерапия водой, насыщенной углекислым газом, озоном, растворами антисептиков, КУФ-облучение (УФ-лучи активируют кровообращение, трофику, угнетают поверхностную микрофлору, стимулируют эпителизацию и местную резистентность тканей), аэрозоль-терапия с ферментами, кератопластиками, низкоинтенсивное лазерное облучение, озонотерапия.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Терапевтическая стоматология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№ Курса/семестр	КОМПЕТЕНЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 1. Кариес зубов	Индексы для регистрации кариеса зубов и поверхностей. Этиология, патогенез кариеса зубов. Определение кариеса зубов. Международная классификация. Кариес эмали. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес дентина. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Кариес цемента. Клиника, диагностика, диффе-

			ренциальная диагностика, лечение. Профессиональная гигиена полости рта. Современные методы и средства профилактики кариеса зубов. Эндогенные и экзогенные методы профилактики кариеса зубов. Методы стоматологического просвещения населения. Особенности профилактики кариеса зубов среди различных возрастных групп населения. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний твердых тканей зубов.
2 курс, 3 семестр	УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 2 Заболевания пульпы и периодонта	Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике пульпита и периодонтита зубов. Особенности течения лечения пульпита и периодонтита в различных возрастных группах . Клиника, дифференциальная диагностика и лечение осложнений кариеса. Современные средства и методы эндодонтического лечения зубов, техники обработки корневых каналов, современные материалы для заполнения корневых каналов. Реконструкция коронковой части девитализированного зуба различными штифтовыми конструкциями: металлическими, углеродными, композитными штифтами, сочетание с композитными материалами.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 3 Некариозные поражения твердых тканей зубов	Нарушение формирования твердых тканей зубов Гипоплазия эмали: этиология, клинические проявления, лечение. Флюороз: этиология, лечение, профилактика. Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез. Клинические проявления, диагностика. Гиперплазия эмали: клинические проявления. Лекарственные (медикаментозные) поражения зубов: клинические проявления, лечение. Патология твердых тканей зубов после их прорезывания. Клиновидный дефект: этиология, клинические проявления, лечение. Эрозия эмали: клинические проявления, лечение. Некроз эмали: клинические проявления, лечение. Патологическая стираемость твердых тканей: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение. Гиперстезия твердых тканей зубов: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение. Лекарственные и токсические поражения твердых тканей зубов: клинические проявления, лечение. Травма зуба: клинические разновидности, лечение. Профилактика некариозных поражений твердых тканей зубов.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10	Раздел 4 Заболевания слизистой оболочки полости рта	Проявление предраковых заболеваний на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ. Дифференциальная диагностика. Лечение. Проявление ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта. Хейлиты. Профилактика, ле-

			чение. Хронические трещины губ. Профилактика, лечение.
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9	Раздел 5 Заболевания пародонта	Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. Клиника и диагностика заболеваний пародонта: гингивит, пародонтит, пародонтоз, идиопатические заболевания пародонта, пародонтомы. Симптоматическое лечение воспалительных заболеваний пародонта: лечение болезней пародонта, общие принципы лечения, удаление зубных отложений, шлифование и полирование поверхности корня, наложение десневых повязок, избирательное пришлифовывание зубов, депульпирование зубов, фармакотерапия болезней пародонта. Ортопедическое лечение: временное шинирование, ортодонтическая подготовка, несъемное протезирование, бюгельное протезирование, лечение парафункций, коррекция дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. Особенности индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта.

Уровни сформированности компетенции у обучающихся

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	сущность метода системного анализа, системного синтеза, понятие «абстракция», ее типы и значение	выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов.	навыками сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; методикой решения профессиональных задач.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,	Принципы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессио-	Управлять коллективом сотрудников; уважительно принимать особенности	Методологией - управления коллективом на основе этических и деонтологических	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные за-

		этнические, конфессиональные и культурные различия	нальных и культурных различий, встречающихся среди членов коллектива и при взаимодействии различных типов коллективов (медицинского персонала, партнеров и пациентов); этические и деонтологические нормы общения, психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; принципы управления коллективом, проблемы взаимоотношения руководитель - подчиненный в медицинском коллективе.	других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах; сотрудничать с людьми, различающимися по полу, возрасту, языку, убеждениям, обычаям, верованиям; строить межличностные отношения и работать в команде; организовывать внутригрупповое взаимодействие с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий отдельных членов группы.	норм; - социального взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	дачи
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление стоматологического здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения	формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; основы здорового образа жизни, методы его формирования; причины и факторы риска возникновения стоматологических заболе-	производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике стоматологических заболеваний; определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту; разработать и	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику стоматологических заболеваний; методами борьбы с вредными привычками.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи

		ния стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ваний, принципы и особенности их профилактики.	реализовывать программы формирования здорового образа жизни.		
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов со стоматологической патологией; принципы диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией; порядок организации медицинских осмотров и диспансеризации, порядок диспансерного наблюдения пациентов со стоматологической патологией; принципы и особенности оздоровительных мероприя-	проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами; проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления стоматологических заболеваний, основных факторов риска их развития; производить диспансерное наблюдение пациентов со стоматологической патологией.	методикой проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления стоматологических заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

			тий среди пациентов со стоматологической патологией.		ческой патологией.	
5	ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки стоматологического здоровья на основе принципов диагностики стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;	пользоваться международной классификацией стоматологических болезней, анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать полный стоматологический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	методами стандартного стоматологического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов стоматологических заболеваний, используя знания алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем; навыками интерпретации данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
6	ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	порядок оказания ортодонтической помощи, клинические рекомендации(протоколы лечения) и стандарты по вопросам оказания ортодонтической помощи, современные	осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию; проводить обследование пациента, применяя дополнительные мето-	навыками определения показаний и противопоказаний в выборе тактики лечения пациента с стоматологическими заболеваниями; проводить и интерпретировать результа-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

			менные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий при стоматологических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и стандартами по вопросам оказания ортодонтической помощи.	ды исследования, анализировать полученные результаты; составлять план лечения стоматологических заболеваний пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); назначать лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов.	ты физикальных исследований с использованием современного диагностического оборудования; определять маршрут пациента при выявлении клинической ситуации вне сферы компетенции врача - ортодонта навыками выбора оптимального метода и тактики лечения при стоматологических заболеваниях.	
7	ПК-9	готовность к применению природных лечебных факто-	принципы, методы, медицинские показания и противопока-	подобрать оптимальную лекарственную, немедикамен-	навыками выбора индивидуальных методов реабилитации;	Собеседование. Тестовые задания.

		ров, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской стоматологической реабилитации и санаторно-курортном лечении	зания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	тозную терапию и другие методы для пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении .	навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	Ситуационные задачи.
8	ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего стоматологического здоровья и стоматологического здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению стоматологического здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	способы мотивации лиц, попадающих в зону риска возникновения и развития стоматологических заболеваний; тактику проведения профилактических мероприятий с учетом диагноза, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию элементов здорового образа жизни.	назначать профилактические мероприятия пациентам со стоматологическими заболеваниями, в том числе социально значимых заболеваний (сифилис, туберкулез, ВИЧ); обучить пациентов методами основных гигиенических мероприятий оздоровительного характера, способствующих сохранению и укреплению стоматологического здоровья.	методами формирования мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; навыками санитарно-просветительской работы в общении с коллегами, пациентами, родственниками пациентов по формированию элементов здорового образа жизни.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Терапевтическая стоматология»

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после их прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов:

- 1) гипоплазия
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) кариес
- 5) флюороз

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-10.

2. Кариесрезистентность - это устойчивость к действию:

- 1) кислот
- 2) щелочей
- 3) кариесогенных факторов
- 4) абразивного фактора
- 5) температурных факторов

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Для определения распространенности и интенсивности кариеса нужно знать:

- 1) CPITN
- 2) РМА
- 3) ИДЖ
- 4) КПУ
- 5) УИГ

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

4. Причины возникновения кариеса:

- 1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
- 2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
- 3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
- 4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
- 5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Пелликула зуба образована:

- 1) коллагеном
- 2) кератином
- 3) скоплением микроорганизмов и углеводов
- 4) гликопротеидами слюны
- 5) полиненасыщенными жирными кислотами

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

6. Иммунные зоны зуба:

- 1) фиссуры и углубления на зубах
- 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
- 3) жевательные поверхности зубов
- 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- 5) небные и язычные поверхности зубов

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

7. Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:

- 1) Str. Salivaris
- 2) Str. Mutans
- 3) лактобациллы
- 4) Str. sangius
- 5) Str. Aureus

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

8. Раствор эритрозина применяют

- 1) для определения индекса ПМА
- 2) для контроля чистки зубов
- 3) для определения индекса CPITN

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10

9. Местные факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:

- 1) климатические условия
- 2) изменение количества и качества ротовой жидкости
- 3) диета и Питьевая вода
- 4) белковые пищевые остатки в полости рта
- 5) наследственные и соматические заболевания

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

10. Изменение химического состава эмали при кариесе в стадии пятна сопровождается:

- 1) снижением микротвердости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- 2) снижением микротвердости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- 3) одинаковым снижением микротвердости наружного и подповерхностного слоев
- 4) повышением микротвердости наружного слоя больше, чем подповерхностного
- 5) одинаковым повышением микротвердости наружного и подповерхностного слоев

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. Соотношение Са/Р в дентине:

- 1) 1,55
- 2) 1,60
- 3) 1,67
- 4) 1,75
- 5) 2,0

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

12. Разрушение кристаллов ГА происходит при соотношении Са/Р:

- 1) 1,67
 - 2) 1,57
 - 3) 4,53
 - 4) 1,33
 - 5) 1,25
- Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны на:

- 1) стабильности эмали
 - 2) уменьшении проницаемости эмали
 - 3) увеличении проницаемости эмали
 - 4) изменении органической составляющей свойств эмали
 - 5) изменении неорганической составляющей эмали
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводится с:

- 1) гиперплазией
 - 2) эрозией твердых тканей
 - 3) глубоким кариесом
 - 4) острым пульпитом
 - 5) хроническим фиброзным пульпитом
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

15. При среднем кариесе в световом микроскопе различаются:

- 1) прозрачная зона
 - 2) темная зона
 - 3) зона прозрачного и интактного дентина
 - 4) подповерхностной деминерализации
 - 5) тело поражения
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

16. Особенности препарирования глубокой кариозной полости:

- 1) формирование отвесных стенок
 - 2) формирование плоского дна
 - 3) формирование неровного дна в зависимости от глубины поражения и топографии полости зуба
 - 4) сохранение на дне полости деминерализованного, размягченного дентина
 - 5) финирирование краев эмали
- Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

17. Размеры очага пигментации эмали, требующего динамического наблюдения и реминерализации:

- 1) 0,5-1,0мм
 - 2) 1,0-1,5мм
 - 3) 1,5-2,0 мм
 - 4) 2,0-2,5мм
 - 5) 2,5-3,0 мм
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

18. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:

- 1) 3 класса
- 2) 4 класса
- 3) 5 классов
- 4) 6 классов
- 5) 7 классов

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

19. Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:

- 1) фтор
- 2) молибден
- 3) стронций
- 4) кальций
- 5) магний

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

20. Патологическое воздействие на пульпу приводит к образованию:

- 1) третичного дентина
- 2) эмали
- 3) клеточного цемента
- 4) первичного и вторичного дентина
- 5) иррегулярного дентина

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Вторичный кариес - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

22. Рецидив кариеса - это:

- 1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- 2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- 3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
- 4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
- 5) кариозный процесс в постоянных зубах

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

23. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:

- 1) острым диффузным пульпитом
- 2) эрозией эмали
- 3) острым очаговым пульпитом
- 4) флюорозом и гипоплазией

5) глубоким кариесом
Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводят с:

- 1) кариесом в стадии пятна
- 2) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 3) деструктивной формой флюороза
- 4) хроническим фиброзным пульпитом
- 5) гипоплазией

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

25. Кариозный процесс развивается при:

- 1) равновесии ре-и деминерализации
- 2) преобладании деминерализации
- 3) отсутствии реминерализации
- 4) дисминерализации
- 5) реминерализации

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

26. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5

27. Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:

- 1) острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гангренозный
- 4) хронический гипертрофический
- 5) острый очаговый

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-10.

28. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- 1) острым диффузном
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) острым очаговым
- 5) хроническом фиброзном

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

29. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

- 1) сформированных молочных резцах
 - 2) молочных молярах независимо от стадии развития корня
 - 3) молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
 - 4) сформированных постоянных молярах
 - 5) несформированных постоянных молярах
- Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

30. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

- 1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
- 4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
- 5) 40% формалина, резорцина до насыщения

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

31. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

- 1) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
- 2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
- 3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
- 4) диагноза
- 5) групповой принадлежности зубов

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

32. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:

- 1) перелом части коронки зуба
- 2) нарушение техники препарирования кариозной полости
- 3) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
- 4) нелеченный кариес
- 5) наследственная предрасположенность

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

33. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:

- 1) острый очаговый пульпит
- 2) острый диффузный пульпит
- 3) хронический фиброзный пульпит
- 4) хронический гангренозный пульпит
- 5) хронический гипертрофический пульпит

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

34. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

- 1) острого очагового
- 2) острого диффузного
- 3) хронического фиброзного
- 4) хронического гангренозного
- 5) хронического гангренозного в стадии обострения

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1

35. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

- 1) 2-6
- 2) 8-10
- 3) 10-20
- 4) 20-60
- 5) свыше 150

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

36. 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
- 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
- 3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
- 4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
- 5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

37. Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) высокая ампутация

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

38. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

39. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

- 1) прекращения воспалительного процесса
- 2) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- 3) обеспечения дальнейшего формирования корня
- 4) прекращения дальнейшего формирования корня

5) ускорения формирования корня

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

40. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) высокая ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) витальная ампутация

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

41. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

- 1) только в сформированных постоянных
- 2) в любых сформированных временных
- 3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
- 4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
- 5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

42. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

- 1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
- 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
- 3) переходная, складка свободная, безболезненная при пальпации
- 4) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
- 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

43. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутиационным методом контролируют рентгенологически:

- 1) через 3 недели, а потом 1 раз в год
- 2) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 3) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
- 4) однократно после завершения лечения
- 5) однократно через 1 год после лечения

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

44. Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:

- 1) девитальной экстирпации
- 2) девитальной ампутации
- 3) витальной ампутации
- 4) витальной экстирпации
- 5) высокой ампутации

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

45. Мышьяковистую пасту в первое посещение при лечении временных зубов методом девитальной ампутации не следует накладывать при:

1) хроническом фиброзном пульпите в зубах при начале резорбции корней, когда болезненность пульпы незначительная

2) хроническом гангренозном пульпите в зубах с рассасывающимися корнями

3) острым диффузном пульпите

4) острым очаговым пульпите

5) обострении хронического фиброзного пульпита

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

46. Медикаментозная обработка корневого канала применяется с целью:

а) воздействию на микрофлору

б) снятие болевых ощущений

в) obturации верхушечного отверстия

г) стимуляция регенерации периодонта

д) удаление некротизированной ткани

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

47. Выдача листов нетрудоспособности при лечении пульпита производится на срок:

1) 2 дня

2) пять дней

3) 7 дней

4) не производится

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-10.

48. Третью группу диспансеризации детей у стоматолога осматривают и saniруют:

1) 3 раза в год (через 3-4 мес)

2) 2 раза в год (через 6 мес)

3) 1 раз в год.

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

49. Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:

1) механическая травма пульпы

2) термическая травма пульпы

3) химическая травма пульпы

4) нелеченный кариес

5) ретроградное инфицирование пульпы

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

50. Патологические воздействия на пульпу приводит к образованию:

1) третичного дентина

2) клеточного цемента

3) неклеточного цемента

4) первичного дентина.

5) вторичного дентина

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

51. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается вследствие:

- 1) заболеваний матери во время беременности
- 2) травматических повреждений молочных зубов
- 3) нарушения оптимального состава микроэлементов в воде
- 4) болезней ребенка после рождения
- 5) множественного кариеса молочных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

52. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:

- 1) небной и язычной моляров
- 2) вестибулярной моляров
- 3) вестибулярной резцов
- 4) небной и язычной резцов и клыков
- 5) любой поверхности всех зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

53. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

- 1) пигментированное пятно на эмали
- 2) облитерация полости зуба
- 3) «рифленые» зубы
- 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
- 5) «гипсовые» зубы

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

54. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- 2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
- 4) наличие белых пятен и крапинок
- 5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

55. Клинические проявления флюороза:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) борозды, параллельные режущему краю

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

56. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

- 1) болезни матери в I половине беременности
- 2) болезни матери во II половине беременности
- 3) болезни ребенка в I половине первого года жизни
- 4) генетические факторы
- 5) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

57. Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- 1) наследственный фактор
- 2) заболевания матери в период беременности
- 3) травма плода
- 4) заболевания ребенка на первом году жизни
- 5) множественный кариес молочных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

58. Причины местной гипоплазии эмали:

- 1) болезни матери во время беременности
- 2) болезни ребенка после рождения
- 3) травматическое повреждение зачатка зуба
- 4) пульпит молочного зуба
- 5) вредные привычки матери во время беременности

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-10

59. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

- 1) сразу после их прорезывания
- 2) 7-8 лет
- 3) 8-9 лет
- 4) 9-10 лет
- 5) старше 12 лет

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10

60. Причина развития флюороза:

- 1) недостаточное содержание фтора в воде
- 2) передача патологии по наследству
- 3) избыточное содержание фтора в воде
- 4) отсутствие фтора в воде
- 5) фторидсодержащие зубные пасты

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

61. Клиническая форма гипоплазии эмали:

- 1) «рифленая» эмаль
- 2) дисплазия Капдепона
- 3) бороздчатая эмаль
- 4) меловидно-крапчатая эмаль
- 5) слущивающаяся эмаль

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

62. Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:

- 1) «гипсового» цвета эмали
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) изменений на рентгенограмме

5) меловидные пятна в пришеечной области

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

63. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):

1) 0,5

2) 1

3) 2-3

4) 4-6

5) 7-9 и выше

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

64. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

1) пломбирование кариозных полостей

2) депульпирование зуба

3) удаление зуба

4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов

5) шинирование зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

65. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:

1) наличие ночных болей

2) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы

3) «рифленные» зубы

4) «гипсовые» зубы

5) меловидные пятна, крапинки

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

66. Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:

1) гипоплазия эмали

2) флюороз

3) отлом коронки в результате травмы

4) несовершенный амелогенез

5) тетрациклиновое окрашивание

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

67. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

68. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

69. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

70. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-10.

71. Неблагоприятные причинные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии Капдепона):

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) вколоченный вывих молочных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-10.

72. Неблагоприятные причинные факторы развития флюороза:

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) отсутствие фтора в питьевой воде

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

73. Гигиеническое обучение и воспитание (ГОВ) необходимо начинать

- 1) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
- 2) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)
- 3) в возрасте 3-4 года
- 4) с двух лет
- 5) в возрасте прорезывания первых временных зубов

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-10.

74. В каких из перечисленных групп имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?

- 1) I степень активности
- 2) II степень активности
- 3) III степень активности
- 4) имеющие КПУ = 0

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5.

75. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов:

- 1) более глубокое поражение тканей зубов;
- 2) наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов;
- 3) симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных;
- 4) атипичное расположение эрозий эмали на зубах;
- 5) чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов.

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

76. Слизистая оболочка полости рта состоит из:

- 1) 5 слоев
- 2) 4 слоев
- 3) 3 слоев
- 4) 2 слоев
- 5) 1 слоя

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

77. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

- 1) противовирусные препараты
- 2) антисептики
- 3) протеолитические ферменты
- 4) обезболивающие средства
- 5) антибиотики

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

78. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

- 1) 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 5-6 дней
- 4) 7-9 дней
- 5) 10-12 дней

Правильный ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5

79. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет
- 4) прозрачные корочки, фиксированные в центре
- 5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

80. Для лечения кандидоза используют мазь:

- 1) гепариновую
- 2) канестен (клотримазол)
- 3) бонафтоновую
- 4) зовиракс
- 5) солкосерил

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

81. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

- 1) средства гигиены полости рта новорожденных
- 2) игрушки с острыми гранями
- 3) преждевременно прорезавшиеся зубы
- 4) соски, резиновые рожки на бутылочках
- 5) кольца для прорезывания зубов

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

82. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

- 1) антибактериальную терапию
- 2) десенсибилизирующую терапию
- 3) антигрибковую терапию
- 4) противовирусную терапию
- 5) антисептическую обработку

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

83. Клинические проявления при черном волосатом языке:

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

84. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

- 1) антисептические полоскания рта в период между рецидивами
- 2) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта
- 3) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка
- 4) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год
- 5) гидромассаж десен

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

85. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

- 1) 1% раствор тримекаина
- 2) 2% раствор новокаина
- 3) 10% раствор лидокаина в спрее
- 4) 10% взвесь анестезина в масле
- 5) 1% взвесь анестезина в масле

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

86. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

- 1) курс антибиотиков широкого спектра действия
- 2) противовирусные препараты во внутрь и местно
- 3) внутривенное введение тиосульфата натрия
- 4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке
- 5) курс кератопластической терапии

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

87. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

- 1) белый творожистый налет
- 2) фибринозный налет
- 3) папулы
- 4) «пятна» Филатова-Коплика
- 5) афты

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

88. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

- 1) папулы округлой или овальной формы
- 2) гнойные корки на губах
- 3) афты, сливающиеся эрозии
- 4) энантемы
- 5) разлитая эритема

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9, ПК-10

89. Сроки нетрудоспособности при лейкоплакии эпителия полости рта, включая язык:

- 1) 7-10 дней
- 2) 14-20 дней
- 3) 10-14 дней

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

90. Симптом Никольского положителен при:

- 1) пузырчатке
- 2) сифилисе
- 3) многоформной эритеме
- 4) пиодермии
- 5) герпетическом стоматите

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

91. Линейный дефект слизистой оболочки - это:

- 1) афта
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) трещина
- 5) чешуйка

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

92. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
- 4) лихенизация, трещины, мокнутие
- 5) пузырьки

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

93. Афты Беднара встречаются у детей:

- 1) первых месяцев жизни
- 2) ясельного возраста
- 3) дошкольного возраста
- 4) школьного возраста
- 5) подросткового возраста

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

94. Клинические проявления при складчатом языке:

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

95. Образование пузырьков на коже лица характерно для:

- 1) ОГС
- 2) МЭЭ
- 3) ХРАС
- 4) лейкоплакии
- 5) герпангины

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-9

96. Курс лекарственного электрофореза при хейлите составляет:

- 1) 5 процедур;
- 2) 10 процедур;
- 3) 15 процедур;
- 4) 30 процедур.

Правильный ответ: 2, 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

97. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

- 1) алиментарной анемии
- 2) синдрома Бехчета
- 3) гингиво-стоматита Венсана
- 4) железодефицитной анемии
- 5) кандидоза

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

98. Клинические проявления при остром кандидозе:

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- 4) эрозии неправильных очертаний
- 5) пузыри

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2

99. На диспансерном учете должны находиться больные с такими заболеваниями слизистой полости рта, как: а)болезнь Боуэна, б)бородавчатый предрак, в)ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, г)абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, д)кожный рог, е)лейкоплакия, ж)папилломатоз, з)эрозивно-язвенная форма плоского лишая, и) хронические трещины губ.

- 1) а,б,в
- 2) а,з,и
- 3) г,е,ж
- 4) все перечисленные

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

100. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:

- 1) центральной нервной системы
- 2) хронических заболеваниях ЛОР-органов
- 3) крови и кроветворных органов
- 4) хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- 5) почек

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

101. Пародонтит - заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное
- 5) инфекционное

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-1.

102. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

- 1) микробный зубной налет (микробная бляшка)
 - 2) зубной налет курильщика
 - 3) плотный зубной налет
 - 4) наддесневой зубной камень
 - 5) поддесневой зубной камень
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

103. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

104. Воспаление межзубной, маргинальной и части альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

105. Воспаление межзубной, маргинальной, части или всей альвеолярной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5.

106. Глубина пародонтального кармана до 4 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

107. Глубина пародонтального кармана до 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
 - 2) пародонтита средней степени
 - 3) пародонтита тяжелой степени
 - 4) пародонтоза средней степени
 - 5) пародонтоза тяжелой степени
- Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

108. Глубина пародонтального кармана более 5 мм характерна для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

109. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

- 1) I-II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

110. Подвижность зубов при пародонтите средней степени:

- 1) I—II степени
- 2) II—III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

Ответ 3

Компетенции: УК-1, ПК-5.

111. Подвижность зубов при пародонтите тяжелой степени:

- 1) I—II степени
- 2) II-III степени
- 3) III степени
- 4) более III степени
- 5) отсутствует

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5.

112. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени
- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени
- 5) пародонтозу тяжелой степени

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

113. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/2 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени
- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени
- 5) пародонтозу тяжелой степени

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-5.

114. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки более 1/2 соответствует:

- 1) пародонтиту легкой степени
- 2) пародонтиту средней степени
- 3) пародонтиту тяжелой степени
- 4) пародонтозу средней степени
- 5) пародонтозу тяжелой степени

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

115. Первый этап плана лечения пародонтита:

- 1) медикаментозное противовоспалительное лечение
- 2) ортодонтическое лечение
- 3) ортопедическое лечение
- 4) профессиональная гигиена полости рта
- 5) хирургическое лечение

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

116. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

- 1) пародонтозом
- 2) фиброматозом десен
- 3) пародонтитом
- 4) хроническим катаральным гингивитом
- 5) атрофическим гингивитом

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

117. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази:

- 1) 0,25% оксолиновую
- 2) 2% неомициновую
- 3) 2% бонафтоновую
- 4) 5% бутадионовую
- 5) 5% синтомициновую

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

118. Выдача листов нетрудоспособности по уходу при лечении неосложненного пародонтита производится на срок:

- 1) 2 дня
- 2) пять дней
- 3) 7 дней
- 4) не производится

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

119. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

- 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм

- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
 - 5) десна гиперемирована, отечна
- Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

120. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

- 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- 5) десна гиперемирована, отечна

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-9

121. Лечение гипертрофического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 5) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-9

122. Лечение атрофического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 5) обезболивание, массаж, физиотерапия

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

123. Лечение язвенно-некротического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- 4) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 5) гигиена полости рта, обезболивание, массаж

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2.

124. Стоматологическую диспансеризацию пациентов с заболеваниями пародонта осуществляет:

- 1) педиатр-пародонтолог
- 2) стоматолог-терапевт

3) стоматолог-хирург
Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

125. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- 1) прием фторидсодержащих препаратов
- 2) проведение профессиональной гигиены
- 3) реминерализирующая терапия
- 4) уменьшение употребления углеводов
- 5) прием витаминов

Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Рис.1



Рис. 2

Пациент К. 20 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический недостаток, кратковременные боли от химических раздражителей, прекращающиеся после их устранения. При осмотре: на медиальных контактных поверхностях зубов 1.2 и 2.1 определяются старые пломбы с краевой пигментацией; на медиальной контактной поверхности зуба 2.2 – кариозная полость средних размеров (см. Рис. 1).

Задания:

1. Расскажите о причинах развития краевой пигментации вокруг пломб.
2. Укажите класс представленных на Рис. 1 кариозных полостей.

- 2 Расскажите о классификациях кариеса и кариозных полостей.
- 4.Опишите особенности препарирования кариозных полостей данного класса.
- 5 Эстетическая реставрация. Назовите пломбировочные материалы, используемые для эстетической реставрации (Рис. 2).

Ответы

- Причиной развития краевой пигментации может быть нарушение краевого прилегания и развитие вторичного кариеса.
- Кариозные полости, представленные на рис. 1, относятся к III классу классификации Блека.
- До настоящего момента на территории РФ распространена классификация ММСИ, основанная на глубине поражения (кариозное пятно, кариес поверхностный, средний, глубокий). Осуществляется постепенный переход на международную классификацию кариеса в соответствии с МКБ-10 (кариес эмали, дентина, цемента и т.д.)
- Кариозные полости III класса препарируются в пределах контактной поверхности с удалением нависающей эмали и созданием фальца. Эстетические реставрации требуют полного удаления измененного в цвете дентина.

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больная М., 19 лет, обратилась с жалобами на наличие на зубах множественных меловидных пятен в пришеечных областях 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубов.

При проведении обследования установлено, что электропроводность в этих участках эмали равна 1 мкА, титр лактобактерий полости рта равен 10^{-9} , скорость реминерализации эмали 5 суток.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика
3. Наметьте план лечения.

Ответы

1. Множественный начальный кариес
2. Реминерализующая терапия

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-5

В клинику обратилась больная Б. по поводу выпавшей пломбы из 13 зуба. Зуб не болит, беспокоит попадание пищи. Имеется кариозная полость средней глубины, дно плотное, стенки размягчены, зондирование стенок болезненное, дна - безболезненное.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Поставьте окончательный диагноз.

Ответы

1. С хроническим периодонтитом (прежде всего). Затем со средним и поверхностным кариесом.
2. Средний кариес

Ситуационная задача №4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной В. 60 лет, жалуется на наличие углублений на зубах, повышенную чувствительность зубов при вдыхании холодного воздуха.

Объективно: в пришеечной области 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба. Зондирование безболезненное. Температурные раздражители вызывают кратковременную болевую реакцию.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.

3. Подтвердите диагноз данными задачи.
4. Определите тактику лечения больного.

Ответы

1. Клиновидный дефект, средний кариес.
2. Клиновидный дефект
3. Имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба
4. Пломбирование адгезивными материалами

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10

В средней общеобразовательной школе проводится внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний. На прием к школьному стоматологу вызван ребенок 7 лет для проведения герметизации фиссур первых постоянных моляров. В наличии стоматологического кабинета имеется светоотверждаемый герметик.

Жалоб нет.

При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При внутриротовом осмотре: состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Состояние твердых тканей зубов:

	п	п								п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	п									п	п

Фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 зубов интактные, глубокие.

Индекс гигиены полости рта по Грин-Вермилиону (компонент зубного налета) равен 1,8.

Задания:

1. Назовите возраст, в котором наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров.
2. Определите показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента.
3. Перечислите этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения.
4. Назовите сроки контрольных осмотров сохранности герметика.
5. Укажите эффективность метода герметизации фиссур.

Ответы:

1. Наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров в возрасте 6-7 лет.
2. Показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента: возрастные (ребенку 7 лет), анатомические (фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 глубокие).
3. Этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения: очищение жевательной поверхности зуба; изоляция зуба от слюны; высушивание зуба; протравливание эмали 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 15-20 сек; удаление кислоты с жевательной поверхности зуба; повторная изоляция от слюны и высушивание; внесение и распределение герметика по фиссурно-ямочной сети, отверждение герметика с помощью полимеризационной лампы, проверка окклюзионной высоты прикуса.
4. Контрольные осмотры сохранности герметиков рекомендуется проводить через 1 неделю, месяц, 6 месяцев, 12 месяцев, далее ежегодно.
5. Эффективность метода герметизации фиссур составляет 95-100%

Ситуационная задача №6

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больной, 24 лет, жалуется на наличие самопроизвольных болей в 36 зубе, беспокоящие его около 2 суток. Боли прерывистые, ночные. Ранее отмечал кратковременные боли от холодно-го.

Объективно: на дистальной поверхности 36 зуба имеется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Перкуссия зуба безболезненна. Порог электровозбудимости пульпы повышен до 25 мкА.

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите возможные заболевания при данной патологии.
3. Перечислите этапы выбранного метода лечения.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости.

Ситуационная задача №7

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больная А., 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на острую, самопроизвольную, приступообразную боль в 25. Боль впервые появилась накануне ночью. Приступы повторяются каждые 2-3 часа и длятся 10-15 минут. На жевательной поверхности 25 обнаружена кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно, перкуссия безболезненная.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите методы лечения, показанные в случае подтверждения предварительного диагноза.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.
3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости.

Ситуационная задача №8.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10.

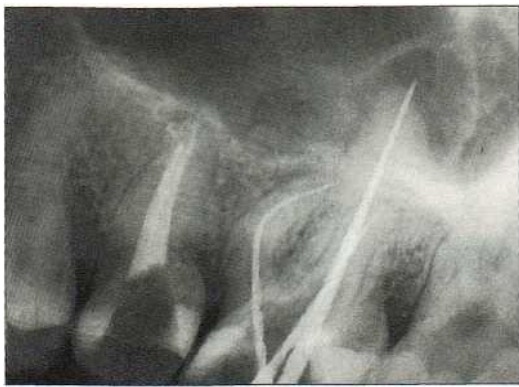


Рис. 1



Рис. 2



Пациент Н. 29 лет обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании на зуб 2.6. При осмотре на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме в области верхушки небного корня определяется очаг деструкции кости с четкими границами размером 5 мм в диаметре. В области верхушек щечных корней - расширение периодонтальной щели.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что позволяет установить рентгенографический метод?
3. Расскажите о цели выполнения рентгенограммы с введенными в канал стержневыми инструментами (Рис. 1).
4. Расскажите о свойствах пломбировочных материалов для временного пломбирования каналов и цели их использования (Рис. 2).
5. Расскажите о сроках восстановления костной ткани при хроническом апикальном периодонтите (Рис. 3)

Ответы

- Учитывая клиническую картину, в данной ситуации можно предварительно поставить диагноз обострения хронического апикального периодонтита.
- Рентгенографический метод исследования позволяет определить форму хронического апикального периодонтита, размеры поражения.
- Рентгенограмма зуба с введенными в корневые каналы стержневыми инструментами позволяет определить рабочую длину каналов, степень их прохождения.
- Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроксид кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.
- Костная ткань при хроническом апикальном периодонтите может восстанавливаться в сроки от 9 до 24 месяцев. В течение этого времени пациент требует динамического наблюдения. При отсутствии эффекта консервативного лечения следует использовать хирургические методы или их сочетание.

Ситуационная задача №9.



Представлена рентгенограмма зуба 1.6 пациентки М. 47 лет, обратившейся в клинику с жалобами на сильные боли, возникающие при накусывании на зуб, появление чувства «выросшего зуба», изменение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней челюсти справа, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: зуб был лечен 2 года тому назад.

Задания:

1. Опишите представленную рентгенограмму (вид снимка, участок челюсти, характер изменений структуры костной ткани).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Составьте план лечения, учитывая общее состояние пациентки.
4. Назовите консервативно-хирургические методы амбулаторных зубосохраняющих операций.
5. Расскажите о пломбировочных материалах для временного пломбирования каналов.

Ответ

1. Прицельная контактная рентгенограмма зуба 1.6, ранее леченного эндодонтически. Дефект коронки восполнен пломбой, каналы запломбированы до апикального отверстия. В области вершины переднего щечного корня очаг деструкции костной ткани с четкими границами.
2. Обострение хронического периодонтита, осложненное периоститом.
3. В зависимости от состояния пациентки может быть рекомендовано удаление зуба или произведен разрез с последующим проведением гемисекции после устранения острых воспалительных явлений. Местное лечение должно сопровождаться общей противовоспалительной и антибактериальной терапией.
4. Резекция вершины корня, гемисекция, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация.
5. Основой временных пломбировочных материалов для корневых каналов является гидроокись кальция. В материал может быть введен йодоформ и обязательно сульфат бария для рентгеноконтрастности. Временное пломбирование корневых каналов повышает эффективность медикаментозной обработки корневых каналов.

Ситуационная задача №10

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

Пациент Л. 24 лет обратился с жалобами на попадание пищи в межзубный промежуток за 3.6 и 3.7. При осмотре: зуб 3.7 - интактный, на жевательной поверхности зуба 3.6 боль-
пломба из амальгамы, поставленная 4 года назад. Пациент отмечал иногда появление и при накусывании на этот зуб. На рентгенограмме у верхушки переднего корня зуба 3.6 очаг деструкции костной ткани с четким границами разме-
ром 4 мм (см. фото).



Задания:

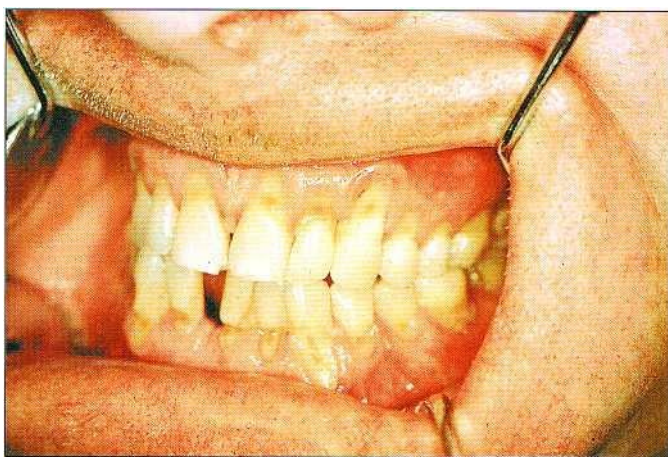
1. Опишите рентгенограмму (вид снимка, участок челюсти, характер изменений структуры костной ткани).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите морфологические зоны зрелой гранулемы.
4. Назовите консервативно-хирургические методы амбулаторных зубосохраняющих операций.
5. Какие остеопластические материалы используются при ампутации корня зуба?

Ответ

1. Контактная рентгенограмма нижней челюсти слева, моляры и премоляры. В области переднего корня зуба 3.6 определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами, размером 4 мм.
2. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема).
3. Зрелая гранулема содержит 4 зоны:
 - зона некроза;
 - зона контаминации;
 - зона раздражения;
 - зона стимуляции.
4. Резекция верхушки корня, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация, гемисекция, реплантация. При невозможности эндодонтической обработки и obturation каналов в переднем корне в данной ситуации возможна ампутация или гемисекция.
5. Остим-ЮО, Коллапан, Гапкол, Колапол и др.

Ситуационная задача №11.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10



Пациент Б. 55 лет обратился в клинику с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток, иногда возникающую болезненность от температурных, механических и химических раздражителей (см. слайд). При осмотре: в пришеечной области определяются обширные дефекты твердых тканей, по форме напоминающие клин. Пораженные участки имеют гладкие и блестящие поверхности. Отмечается ретракция десны.

Задания:

1. Назовите стоматологическое заболевание, к которому относится данная патология.
2. Расскажите о возможных причинах развития данного некариозного поражения.
3. Чем обусловлено развитие абфракционных дефектов?
4. Предложите комплекс профилактических мероприятий.
5. Поясните особенности пломбирования абфракционных дефектов

Ответы

1. Клиновидный дефект (истирание).
2. Этиологические факторы до конца не выяснены. Считается, что причинами развития могут быть механические факторы (неправильная чистка зубов, жесткая зубная щетка заболевания пародонта, особенности анатомического строения круговой мышцы рта).
3. Развитие абфракционных дефектов в виде клина обусловлено разными модулями эластичности эмали и дентина.
4. Чистка зубов вертикальными движениями зубной щетки, применение низкоабразивных лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пломбирование клиновидных дефектов традиционными композитами часто мало эффективно. Поэтому при замещении абфракционных дефектов целесообразно использовать стек-

лоиномерные цементы, жидкие композиты и компомеры, которые обладают адекватными свойствами (модуль упругости, эластичности и т.д.)

Ситуационная задача №12.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Пациентка А. 37 лет обратилась с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток и боли от всех видов раздражителей (см. слайд) При осмотре: на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяются неглубокие дефекты овальной формы в пределах эмали, покрытые налетом, при зондировании - гладкие и болезненные.

Задания:

1. Назовите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Укажите характер деминерализации, наблюдаемый при данной патологии.
3. Расскажите о классификации данного заболевания.
4. Заболевания какой железы внутренней секреции играют ведущую роль в патогенезе данного заболевания?
5. Методы лечения данного заболевания.

Ответы

1. Эрозия эмали, II степень, активная стадия.
2. Поверхностная деминерализация. При кариесе в стадии пятна - подповерхностная.
3. В эрозии твердых тканей выделяют 2 стадии поражения: начальную (эрозия эмали), выраженную (эрозия эмали и дентина).

По глубине поражения:

- степень - поражение поверхностных слоев эмали;
 - степень - поражение эмали до эмалево-дентинного соединения;
 - степень - поражение всей эмали и поверхностных слоев дентина. По активности процесса – активная стадия эрозии, стабилизированная, В данной ситуации эрозия в активной стадии
4. Важная роль в патогенезе эрозии зубов принадлежит эндокринным нарушениям. = частности гиперфункции щитовидной железы.
 5. Лечение эрозии включает реминерализацию и пломбирование в зависимости от степени поражения. Мониторинг состояния эндокринной системы.

Ситуационная задача №13.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

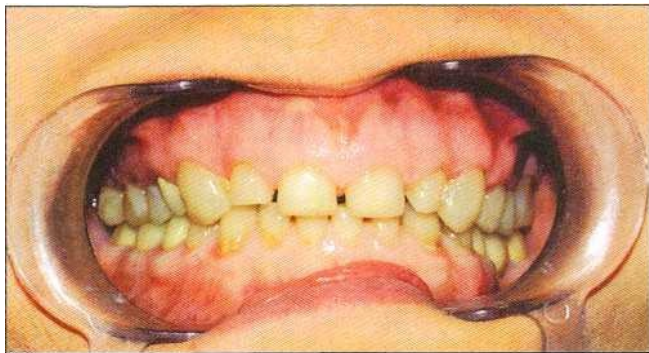


Рис 1

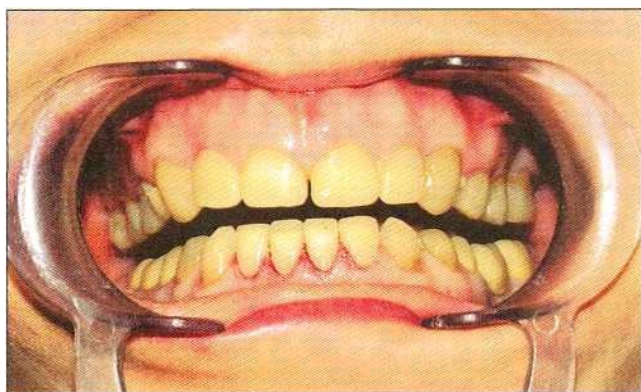


Рис 2

Пациентка М. 38 лет обратилась к стоматологу с жалобами на уменьшение высоты коронок фронтальных зубов (см. Рис. 1). При осмотре зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 3.2, 3.1.4, 2, 4.2 определяется уменьшение высоты коронок на 1/3 длины.

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология (Рис. 1).
2. Дайте определение данному некариозному процессу.
3. Расскажите об этиологических факторах данной патологии.
4. Определите степень тяжести данного поражения по классификации Бракко.
5. Расскажите о методах лечения (Рис. 2).

Ответ

1. Стирание.
2. Стирание (патологическое) - это интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах.
3. Причины стирания: нарушения прикуса, перегрузка вследствие утраты зубов, неправильные конструкции протезов, взаимодействие бытовых и профессиональных вредностей, формирование неполноценных структур.
4. Степень I по Бракко - уменьшение высоты коронок с исчезновением на 1/3.
5. Лечение стирания зависит от степени: при I и II степени основной задачей является стабилизация процесса, сохраняющая высоту коронок (вкладки и коронки на жевательных зубах, реставрация фронтальных зубов), устранение симптомов гиперестезии. При III и IV степенях - ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Ситуационная задача №14.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Пациентка А. 27 лет обратилась с жалобами на боли в зубах верхней и нижней челюсти, возникающие при воздействии температурных, механических и химических раздражителей, уходящие после устранения раздражителей (см.слайд). Жалобы появились на 16-й неделе беременности. При осмотре определяются дефекты твердых тканей в области резцов, верхних премоляров и моляров нижней и верхней челюсти.

Выявлена ретракция и гиперемия десневого края.

Задания:

1. Укажите заболевание твердых тканей зубов, которому соответствует данная клиническая картина.2
2. Расскажите о причинах развития некариозного поражения у данной пациентки.
3. Какие еще могут быть причины, способствующие развитию такой патологии.
4. Предложите методы лечебных мероприятий.
5. Назовите возможные профилактические меры.

Ответы

- Некроз твердых тканей.
- Причинами некроза твердых тканей могут быть нарушения или перестройка функций желез внутренней секреции (половых, щитовидной).
- Воздействия внешних факторов: радиационный некроз, кислотный некроз.
- Устранение симптома гиперестезии, реминерализирующая терапия, пломбирование.
- Профилактические мероприятия складываются из мероприятий по производственной безопасности, мониторинга собственного здоровья и заботы о нем.

Ситуационная задача №15.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5



Пациент Д. 27 лет жалуется на наличие косметического дефекта эмали в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. Изменения структуры зубов отмечаются с момента их прорезывания.

(см. слайд).

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология. С чем связана особенность локализации поражения твердых тканей?
2. Укажите данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
3. С нарушением деятельности каких клеток связано развитие данного поражения эмали?
4. Расскажите о методах диагностики, применяемых для уточнения диагноза.

Ответы.

1. Системная гипоплазия (болезни зубов некариозного происхождения, развивающиеся до их прорезывания).
2. Системный характер поражения эмали зубов связан со сроками закладки, формирования и прорезывания зубов.
3. Состояние здоровья ребенка в первые годы жизни.
4. Гипоплазия является результатом нарушения функции амелобластов. Окрашивание 2%-ным раствором метиленового синего, зондирование.

1

Ситуационная задача №16

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

Пациентка К. 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой



оболочки щек. Все изменения появились 2 года назад после перенесенного стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щек в среднем и заднем отделах на гиперемизированном фоне отмечаются участки измененного эпителия белесоватого цвета в виде полос, кружев, не удаляющихся при поскабливании.

Вопросы и задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите причины заболевания.
5. Составьте план обследования и лечения.

Ответ

1. Плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма.
2. Папула. Паракератоз, гиперкератоз.
3. Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом.
4. Заболевание является полиэтиологичным. Из общесоматической патологии имеет значение состояние стресса, заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявляют непереносимость стоматологических материалов, повышенный уровень микроотоков, хроническую механическую травму.
5. Обследование: консультация врача стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога. Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, лечение общесоматической патологии, витамин «А» внутрь. Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка участков поражения, аппликация витамина «А» на участки поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

Ситуационная задача №17
Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7



Пациент Н. 23 лет направлен на консультацию в клинику. После лечения зуба у стоматолога жалуется на сильную болезненность мягких тканей губы на стороне леченого зуба. Во время лечения появилось жжение слизистой оболочки верхней губы после наложения ватного валика.

При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке верхней губы, переходной складки, десны соответственно зубам 1.1, 1.2, 1.3

имеется резко болезненная язва с коагуляционной пленкой, мягкая при пальпации.

Задания:

1. Укажите групповую принадлежность данного заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения. Профилактика.

Ответ

1. Группа травматических поражений.
2. Травматическая язва. Химическая травма.
3. Ожог спиртом в результате невнимательной работы врача.
4. Дифференциальную диагностику проводят с язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта (язвой Венсана, острой механической травмой).
5. План лечения.
 - инфильтрационная анестезия;
 - аппликация протеолитических ферментов (трипсин, химопсин) на 5-7 минут;
 - антисептическая обработка (1%-ный раствор перекиси водорода, раствор перманганата калия 1:1000, 0,06%-ный раствор хлоргексидина);
 - аппликация эпителизирующих препаратов (масляные растворы витаминов А и Е, масло шиповника, солкосерил дентальный);
 - Профилактика: осторожное обращение с медикаментами, ответственность врача.

Ситуационная задача №18
Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.



Пациент К. 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и наличие белого пятна на языке. Изменения на языке заметил год назад. Белесоватость очага за последнее время усилилась.

Из анамнеза: курит с 16 лет, страдает хроническим гастритом.

При осмотре: регионарные лимфоузлы не увеличены. Вторичная частичная адентия. На боковой поверхности языка справа имеется обширная

бляшка белого цвета с четкими контурами, возвышающаяся над уровнем слизистой оболочки, не удаляющаяся при поскабливании. Пальпация очага поражения безболезненная, уплотнения в основании нет.

Задания:

1. Перечислите возможные причины заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Поставьте предварительный диагноз.

4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план лечения. Прогноз.

Ответы

1. Возможные причины заболевания:
 - курение;
 - хроническая механическая травма;
 - патология желудочно-кишечного тракта.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза:
 - бактериоскопический (для исключения кандидоза);
 - консультация других специалистов (гастроэнтеролога, стоматолога-ортопеда);
 - гистологическое исследование.
3. Веррукозная лейкоплакия боковой поверхности языка.
4. Дифференциальную диагностику проводят:
 - с гиперкератотической формой плоского лишая;
 - с хроническим гиперпластическим кандидозом;
 - раком слизистой оболочки рта;
 - с сифилисом (сифилитическими папулами).
5. План лечения:
 - отказ от курения;
 - санация полости рта, рациональное протезирование, устранение хронической механической травмы;
 - наблюдение и лечение у гастроэнтеролога;
 - нераздражающая диета;
 - удаление очага поражения в пределах здоровых тканей при помощи хирургического лазера или криодеструкции;
 - при отсутствии своевременного лечения возможно озлокачествление (факультативный предрак).

Ситуационная задача №19

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

На прием к врачу обратилась женщина 34 лет, с жалобами на высыпание пузырьков на ККГ. Высыпания появляются 2-3 раза в год. Чаще весной и осенью в течении 4 лет. Врач поставил диагноз: простой герпес. Назначено лечение: обработка пораженных участков анилиновыми красителями, оксолиновой мазью. После проведенного лечения рецидивы возникают с той же частотой.

1. Уточните диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Внесите коррективы в лечение.

Ответ

1. Диагноз: хронический рецидивирующий герпес средней степени тяжести.
2. Дифференциальная диагностика: опоясывающий лишай; герпетический дерматит Дюринга, КПЛ пузырьная форма.
3. Назначение антигерпетиков; проведение специфической иммунотерапии.

Ситуационная задача №20

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 21 год, жалуется на повышение температуры тела до 38°C, слабость, недомогание, головную боль. Болен 3 день. На третий день заболевания на слизистой оболочке щек, губ, языка, появились эрозии, болезненные при разговоре, глотании. Усилилось слюноотделение, изо рта появился запах. При осмотре больного выявлена кровоточивость и гиперемия десен, на слизистой оболочке щек, губ, языка афты в количестве 10. Увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфатические узлы.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Назначьте лечение

Ответ

1. Диагноз: острый герпес средней степени тяжести.
2. Лечение: противогерпетическая терапия, антисептическая обработка полости рта, кератопластики.

Ситуационная задача №21.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Вопросы и задания:

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Определите индекс ПМА в области зубов 13 12 11 21 22 23.
4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

Ответы

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс ПМА в области 13 12 11 21 22 23 равен 66,6(6)%.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 13 12 11 21 22 23. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта

Ситуационная задача №22.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

Задания

1. Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти.
2. Проведите расчёт пародонтального индекса (ПИ по Расселу) с учётом данных рентгенологического исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Определите план лечения.

Ответы

1. На контактных внутриротовых рентгенограммах в области 11 21 высота межальвеолярной перегородки снижена на длину корней зубов, отсутствует кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки, резорбция альвеолярной кости II степени.

2. Заключение по рентгенограмме: резорбция межальвеолярной перегородки II степени, что соответствует пародонтиту средней степени тяжести.

3. Пародонтальный индекс (ПИ по Расселу) в области 13 12 11 21 22 23 соответствует 6 баллам.

4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23.

Учитывая клинические и рентгенологические данные, дифференциальную диагностику следует проводить между гингивитом, пародонтитом лёгкой и тяжёлой степени, пародонтозом, пародонтолизом.

План дополнительного обследования:

- общий клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови на содержание глюкозы;
- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- заключение врача терапевта общего профиля о перенесённых и сопутствующих заболеваниях.

5. План лечения:

- коррекция и контроль гигиены рта;
- местная противовоспалительная терапия;
- шинирования 13 12 11 21 22 23;
- избирательное шлифование зубов верхней и нижней челюстей;
- операция открытый кюретаж в области 13 12 11 21 22 23

Ситуационная задача №23.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.

Задания

1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.
2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.
3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.

Ответы

1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.

2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.

Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.

3. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

4. План лечения:

- удаление зубных отложений;
- коррекция и контроль гигиены;
- местная противовоспалительная терапия;
- санация полости рта.

5. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:

- возникновением болезни в молодом возрасте;
- быстрой потерей альвеолярной кости;
- ранней потерей зубов;
- патологической подвижностью зубов;
- гипергликемией, её осложнениями

Ситуационная задача №24.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациент 25 лет обратился с жалобами на сильную кровоточивость десны при чистке зубов. Десна кровоточит с 14 лет, лечился нерегулярно, в последние полгода кровоточивость усилилась. Стоматолог по месту жительства назначил: трихопол по 1 таб. 3 раза в день, супрастин по 1 таб. 2 раза в день, аскорутин по 2 таб. 3 раза в день, инъекции раствора никотиновой кислоты в десневые сосочки. Больной от предложенного лечения отказался и обратился в МГМСУ.

Общие заболевания: детские инфекции, операция — аппендэктомия, тонзиллэктомия. Заключение терапевта после комплексного обследования — здоров. Последние 3 года работает переводчиком, несколько часов в день проводит за компьютером. При осмотре: внешний вид без особенностей. Поднижнечелюстные лимфоузлы слегка увеличены, умеренно болезненны при пальпации, мягкие, подвижные. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. Зубы 13—24 и 33—44 скучены, 11—21 — диастема, короткие уздечки верхней губы и языка, мелкое преддверие полости рта. Отек, деформация десневых сосочков, цианоз, продолжительная кровоточивость десны при зондировании у этих зубов. Гипертрофированная десна покрывает коронковую часть зуба до ее середины в области зубов 13—24 и 33—44. У остальных зубов десна гиперемирована, кровоточит при зондировании, гигиена полости рта неудовлетворительная, обилие наддесневого зубного камня. Зубы 16, 28, 35, 44, 47 — кариес по 2-му классу. Прикус смешанный. На ортопантограмме — компактная пластинка вершин межальвеолярных перегородок сохранена.

Задания

1. Гигиеническое состояние полости рта оценивается с помощью индексов
2. Для определения распространенности воспаления десны используют индексы
3. Причина этого заболевания
4. Для диагностики данного заболевания рентгенологическое исследование
5. Это заболевание дифференцируют с хроническим
6. Это заболевание называется

Ответы

1. Грина-Вермильона
2. РМА; ПИ
3. патология прикуса; неудовлетворительная гигиена полости рта; нерегулярное лечение
4. показано
5. генерализованным пародонтитом лёгкой степени; гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
6. хронический гипертрофический гингивит, отечная форма

Ситуационная задача №25.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5 ПК-9

Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на боли и кровоточивость, затрудняющую прием пищи, неприятный запах изо рта, повышение температуры тела до 38°, слабость, недомогание, потливость, головную боль, снижение работоспособности. Более в течение 3 суток. При осмотре больного определяется бледный цвет кожных покровов, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов справа, зловонный запах изо рта, повышение температуры тела до 38°C. На зубах определяется большое количество мягкого зубного налёта и над десневого зубного камня. Слизистая оболочка десневых сосочков и маргинальной десны грязно-серого цвета, ниже определяется ярко-красная демаркационная линия. При удалении некротических масс, которые легко снимаются тампоном, обнажается кровоточащая рыхлая десна с участками изъязвлений.

Клинический анализ крови: количество лейкоцитов - 9000, СОЭ - 12 мм/час.

Задания:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Какие методы физиолечения применяют при данном заболевании.

Ответ:

- 1) K05.12 Острый язвенно-некротический гингивит
- 2) Гидротерапия водой, насыщенной углекислым газом, озоном, растворами антисептиков, КУФ-облучение (УФ-лучи активируют кровообращение, трофику, угнетают поверхностную микрофлору, стимулируют эпителизацию и местную резистентность тканей), аэрозоль-терапия с ферментами, кератопластиками, низкоинтенсивное лазерное облучение, озонотерапия.