



ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ БАШЛАРОВА»

Адрес: РД, г. Махачкала, ул. А. Султана, 10 км, 367010,  
Телефон: +7-989-445-97-14; <http://bashlarov.ru/> E-mail: med-kolledj@bk.ru



СОГЛАСОВАНО:

Работодатель:

Главный врач ГБУ РД "РДСП"

П.Х. Омарова



УТВЕРЖДАЮ

Директор ЧПОУ «Медицинский колледж  
им. Башларова»

Р.Г.Мамаев

« 22 » февраля 20 23 г

Работодатель:  
Главный врач ООО «Смайл дизайн»

Ю.М.Мудунов



Рассмотрено на заседании педагогического совета  
Протокол № 6 от 22 февраля 2023

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МОДУЛЮ**

***ПМ 01 Проведение диагностики и профилактики  
стоматологических заболеваний при оказании первичной доврачебной  
медико-санитарной помощи по профилактике стоматологических  
заболеваний***

по программе подготовки специалистов среднего звена  
по специальности 31.02.06 Стоматология профилактическая  
на базе среднего общего образования

Квалификация выпускника – гигиенист стоматологический

## Содержание

1. Пояснительная записка.....	3
2. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения основной образовательной программы.....	5
3. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования.....	8
4. Оценочные средства характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения основной образовательной программы.....	8
5. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования .....	126
6. Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций.....	129

## Пояснительная записка

ФОС предназначены для контроля и оценки образовательных достижений студентов, осваивающих **ПМ.01 Проведение диагностики и профилактики стоматологических заболеваний при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по профилактике стоматологических заболеваний**

ФОС разработаны в соответствии требованиями ОПОП СПО по специальности 31.02.06 Стоматология профилактическая, рабочей программы ПМ.01 Проведение диагностики и профилактики стоматологических заболеваний при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по профилактике стоматологических заболеваний

ФОС включает контрольные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины студент должен:

### **иметь практический опыт:**

- проведении стоматологических осмотров пациентов различных возрастных групп и выявлении нуждающихся в стоматологическом лечении;
- оценка гигиенического состояния полости рта пациента;
- сбор жалоб, анамнеза у пациента (его законного представителя)
- выявление у пациента факторов риска стоматологических заболеваний: кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта, зубочелюстных аномалий, деформаций и предпосылок их развития;
- выявление у пациента факторов риска возникновения предраковых заболеваний и злокачественных новообразований полости рта;
- регистрация данных стоматологического статуса пациента в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);
- интерпретация информации, полученной от пациента (его законного представителя);
- интерпретация данных стоматологического обследования пациента;
- направление пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

### **уметь:**

- применять методы стоматологического обследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи при различных стоматологических заболеваниях;

- получать информацию от пациента (его законного представителя), оценивать гигиеническое состояние полости рта пациента;
  - выявление у пациента факторов риска стоматологических заболеваний: кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта, зубочелюстных аномалий, деформаций и предпосылок их развития;
  - выявление у пациента факторов риска возникновения предраковых заболеваний и злокачественных новообразований полости рта;
  - регистрировать данные стоматологического статуса пациента при стоматологических заболеваниях в соответствии с МКБ;
  - интерпретировать информацию, полученную от пациента (его законного представителя);
- анализировать и интерпретировать результаты стоматологического обследования.

**знать:**

- оборудования, инструментария и материалов для проведения стоматологического обследования;
- порядок и методы стоматологического обследования пациента;
- этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний;
- общие принципы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний;
- особенности стоматологического обследования пациентов различных возрастных групп;
- роль зубочелюстной системы, возрастные изменения челюстно-лицевой области и факторы риска зубочелюстных аномалий;
- строение зубов, челюстей и их нарушения при зубочелюстных аномалиях;
- функционирование зубочелюстной системы в норме и при аномалиях
- регистрация данных стоматологического статуса пациента;
- МКБ;
- клиническая картина, методы диагностики, классификация стоматологических заболеваний
- клинические проявления и течение стоматологических заболеваний у пациентов различных возрастных групп.

Результатом освоения программы является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности (ВПД): Планирование и проведение индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний, в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

ПК 1.1. Проводить обследование пациента для оценки и регистрации стоматологического статуса и гигиенического состояния рта.

ПК 1.2. Выявлять факторы риска возникновения стоматологических заболеваний.

ПК 1.3. Регистрировать данные эпидемиологического стоматологического обследовании населения.

ПК 1.4. Проводить анализ медико-статистической информации при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по профилактике стоматологических заболеваний.

- ОК.01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности, применительно к различным контекстам;
- ОК.02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности;
- ОК.03. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность;
- ОК.04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;
- ОК.09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

## **2.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения основной образовательной программы**

№	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
	<b>МДК. 01.01. Стоматологические заболевания и их профилактика</b>		
1.	Стоматологическая заболеваемость РФ	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест
2.	Профилактика на этапах развития зубочелюстной системы человека	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест
3.	Строение зубов верхней и нижней челюстей	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, реферат
4	Строение тканей зуба	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос
5	Строение слизистой оболочки полости рта	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, реферат

6	Осмотр стоматологического больного	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
7	Заболевания тканей пародонта и их профилактика	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
8	Кариес зубов и его профилактика	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
9	Некариозные поражения зубов и их профилактика	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
10	Зубочелюстные аномалии и их профилактика.	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
11	Заболевания слизистой оболочки полости рта и их профилактика	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
12	Изменения слизистой оболочки при общих заболеваниях.	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
13	Заболевания губ и языка	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
14	Заболевания и повреждения челюстно-лицевой области.	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
15	Онкологическая настороженность на стоматологическом приеме	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат
16	Анестезия на стоматологическом приеме	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02	Устный опрос, тест, реферат

	МДК. 01.02. Современные методики и материалы в профилактике стоматологических заболеваний		
1.	Современные диагностические методики	ПК 1.2, ОК.01, ОК.02, ОК.09	Устный опрос, тест
2	Методики и материалы в амбулаторной стоматологии	ПК 1.2, ОК.01, ОК.02, ОК.09	Устный опрос, тест
3	Современные методики и материалы в ортодонтии	ПК 1.2, ОК.01, ОК.02, ОК.09	Устный опрос, тест
4	Методики анестезии в стоматологии	ПК 1.2, ОК.01, ОК.02, ОК.09	Устный опрос, тест
5	Современные методики отбеливания зубов	ПК 1.2, ОК.01, ОК.02, ОК.09	Устный опрос, тест
	<b>МДК. 01.03. Неотложные состояния в стоматологии</b>		
1	Оценка риска развития неотложных состояний на приеме у стоматолога	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос, кейс-задача
2	Методики оказания неотложной помощи стоматологическим пациентам	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос
3	Анафилактические реакции на лекарственные препараты.	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос
4	Сердечно-сосудистые события как причина неотложных состояний	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос
5	Неотложные состояния у стоматологических пациентов с хроническими заболеваниями	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос

6	Геморрагические осложнения	ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3, ПК 1.4, ОК.01, ОК.02, ОК.03, ОК.04	Устный опрос
---	----------------------------	--	--------------

### 3. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Кейс-задача	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задачи
2	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
3	Устный опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
4	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания

### 4. Оценочные средства, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения основной образовательной программы

#### Тема 1.1. Стоматологическая заболеваемость РФ

##### Вопросы для устного ответа

1. Основные стоматологические заболевания населения РФ.
2. Показатели стоматологической заболеваемости в РФ.
3. Роль профилактики стоматологических заболеваний.



4. Направления профилактической стоматологии РФ в рамках профессии гигиенист стоматологический.
5. Виды профилактики стоматологических заболеваний.

**Тесты:**

1. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

1. диспансеризации населения
2. плановой санации полости рта
3. эпидемиологического стоматологического обследования
4. профилактических осмотров
5. профилактических мероприятий

2. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года
4. 5 лет
5. 10 лет

3. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать группы населения одного и того же возраста в количестве человек не менее:

1. 20
2. 30
3. 50
4. 100
5. 500

4. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период:

1. подготовительный
2. обследования
3. подведения итогов
4. анализа результатов
5. планирования программы профилактики

5. При калибровке специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения, совпадение результатов обследования должно быть не менее (%):

1. 95
2. 85
3. 70

4. 50

5. 30

6. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет):

1. 3, 6, 9

2. 6, 9, 12

3. 6, 12, 15

4. 9, 12, 15

5. 12, 15, 18

7. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет):

1. 18-25

2. 25-30

3. 30-40

4. 35-44

5. 50-65

8. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:

1. распространенностью стоматологического заболевания

2. интенсивностью стоматологического заболевания

3. стоматологической заболеваемостью населения

4. уровнем стоматологической помощи населению

5. качеством стоматологической помощи населению

9. Распространенность кариеса зубов выражается в:

1. абсолютных единицах

2. процентах

3. относительных единицах

4. коэффициентах

5. константах

10. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

1. суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума

2. суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума

3. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума

4. отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

5. средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

11. Для определения интенсивности кариеса зубов у пациента используется индекс:

1. ИГР-У
2. СРІТН
3. РНР
4. КПУ
5. РМА

12. Интенсивность кариеса зубов у ребенка 3-х лет оценивается с помощью индекса:

1. кпу(з)
2. КПУ(з) и кп(з)
3. КПУ(з)
4. ИГР-У
5. РМА

13. Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса:

1. кпу(з)
2. КПУ(з) и кп(з)
3. КПУ(з)
4. ИГР-У
5. РМА

14. КПУ(з) - это индекс:

1. интенсивности кариеса временных зубов
2. интенсивности кариеса постоянных зубов
3. интенсивности кариеса поверхностей
4. гигиены полости рта
5. определения состояния тканей пародонта

15. Уровни интенсивности кариеса по ВОЗ определены для возрастных групп:

1. 6 и 12 лет
2. 15 и 18 лет
3. 12 лет и 35-44 года
4. 12 и 15 лет
5. 35-44 года и 65 лет и старше

16. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ состояние тканей пародонта оценивается с помощью индекса:

1. РМА
2. РНР
3. СРІ
4. ОНІ-S
5. КПУ

17. СРІ - это индекс:

1. нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

2. коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
3. эффективности гигиены полости рта
4. интенсивности кариеса зубов
5. упрощенный индекс гигиены полости рта
18. Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет):
  1. 6
  2. 12
  3. 15
  4. 35-44
  5. 65 и старше
19. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст (лет):
  1. 6
  2. 12
  3. 15
  4. 35-44
  5. 65 и старше
20. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты:
  1. гигиенисты
  2. врачи-стоматологи
  3. стоматологические медицинские сестры
  4. врачи-эпидемиологи
  5. санитарные врачи

## **Тема 2. Профилактика на этапах развития зубочелюстной системы человека**

### **Вопросы для устного ответа:**

1. Возрастные периоды ребенка и взрослого человека.
2. Этапы развития зубного зачатка.
3. Структура зубного зачатка.
4. Формирование твердых тканей зуба.
5. Сроки формирования постоянных и временных зубов.
6. Сроки минерализации постоянных и временных зубов.
7. Сроки прорезывания постоянных и временных зубов.
8. Причины нарушений закладки, минерализации и сроков прорезывания зубов.
9. Взаимосвязь между общим состоянием беременной женщины и развитием зубочелюстной системы у ребенка.

### **Тесты:**

1. Для снижения кариесвосприимчивости назначают внутрь:

1. лактат или глюконат кальция
2. метилурацил
3. бактрим
4. лактобактерин
5. интерферон

2. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:

1. препарат «Кальцинова»
2. интерферон
3. супрастин
4. имудон
5. лактобактерин

3. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:

1. викасол
2. препарат «Берокка»
3. бифидобактерин
4. йодид калия
5. метилурацил

4. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:

1. ацикловир
2. эритромицин
3. витафтор
4. имудон
5. супрастин

5. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. кисломолочные продукты
2. зелень, овощи
3. мясные консервы
4. рыбные продукты
5. сыры

6. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. творог
2. яблоки
3. конфеты
4. овощи
5. мясо

7. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариес-восприимчивых детей применяется:

1. 30% раствор нитрата серебра
2. 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
3. 2% раствор питьевой соды

4. сафарейт
5. йодид калия

8. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесвосприимчивых детей применяется:

1. сафарейт
2. фторлак
3. 2% раствор метиленового синего
4. 40% раствор глюкозы
5. р-р Шиллера-Писарева

9. Для запечатывания фиссур постоянных зубов применяют:

1. силидонт
2. компомеры
3. силанты
4. амальгаму
5. силиции

10. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте:

1. 6-7 лет
2. 8-9 лет
3. 10-11 лет
4. 12-13 лет
5. любом

11. Таблетки фторида натрия для профилактики кариеса детям рекомендуют давать:

1. 1 раз в неделю
2. каждый день 3) через день
3. 2 раза в неделю
4. 1 раз в месяц

12. Проницаемость эмали понижается под действием:

1. ультрафиолетового облучения
2. глюконата кальция, ремодента
3. лазерного облучения
4. углеводистой пищи
5. цитрусовых

13. Для профилактики кандидоза нистатин назначается при лечении препаратами:

1. противовирусными
2. противовоспалительными
3. антибиотиками
4. антигистаминными
5. анальгетиками

14. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:
1. устранении факторов риска
  2. предупреждении возникновения факторов риска
  3. повышении уровня здоровья
  4. назначении корригирующих (лечебных) мероприятий
  5. выявлении факторов риска
15. Для качественной гигиены полости рта необходимо использовать:
1. зубные щетки и пасты
  2. зубные щетки, пасты и флоссы
  3. зубные щетки, пасты, флоссы и ополаскиватели
  4. зубные щетки, пасты, флоссы и жевательную резинку
  5. зубные щетки, пасты, жевательную резинку
16. Полоскание полости рта растворами фторидов для профилактики кариеса рекомендуется детям в возрасте:
1. 2 лет
  2. 4 лет
  3. 6 лет
  4. 8 лет
  5. 10 лет
17. Дети в возрасте 7 лет имеют показания к первичной профилактике кариеса зубов из групп активности кариеса:
1. I степени
  2. II степени
  3. III степени 4): здоровые дети
  4. любой степени активности
18. Наиболее простая и эффективная методика подготовки зубов к аппликационной терапии:
1. гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
  2. обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
  3. гигиеническая обработка зубов с помощью щетки и пасты
  4. гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами
  5. полоскание полости рта водой
19. Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить:
1. в антенатальном периоде
  2. в первом полугодии жизни
  3. во втором полугодии первого года жизни
  4. на втором году жизни
  5. на третьем году жизни

20. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

1. в период прорезывания первых временных зубов
2. с 2-х лет
3. в 3-4 года
4. в период прорезывания первых постоянных зубов
5. у первоклассников

21. Назначьте средства гигиены полости рта младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде:

1. лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фтор
2. гигиенический, зубной порошок
3. гигиенические зубные пасты
4. лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фосфорно-кальциевые соли
5. лечебно-профилактические зубные пасты с экстрактами лечебных трав

22. Назначьте средства гигиены ребенку с III степенью активности кариеса:

1. соленые зубные пасты
2. лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
3. Лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
4. гигиенические зубные эликсиры
5. гигиенические зубные пасты и эликсиры

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Этапы развития зубного зачатка.
2. Причины нарушений закладки, минерализации и сроков прорезывания зубов.

## **Тема 3. Строение зубов верхней и нижней челюстей**

### **Вопросы для устного ответа:**

1. Признаки зуба.
2. Анатомия постоянных зубов.
3. Анатомия временных зубов.
4. Признаки отличия временных и постоянных зубов.
5. Осмотр стоматологического больного.
6. Выявление признаков зуба, анатомических особенностей, отклонений от нормального строения зуба

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Анатомия постоянных зубов.
2. Осмотр стоматологического больного.

## **Тема 4. Строение тканей зуба**



### **Вопросы для устного опроса:**

1. Строение, состав и функции эмали, дентина, пульпы и цемента зуба.
2. Процессы деминерализации и реминерализации структуры эмали зуба.
3. Цвет зубов, варианты дисколорита зубов, причины изменения цвета зубов.
4. Структурные элементы пародонта и периодонта

## **Тема 5. Строение слизистой оболочки полости рта**

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Анатомические особенности слизистой оболочки щек, губ, неба, альвеолярных отростков и десневой борозды.
2. Большие и малые слюнные железы, места их выводных протоков.
3. Состав и свойства слюны.
4. Состав и свойства десневой жидкости.
5. Ротовая жидкость, состав и свойства.

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Анатомические особенности слизистой оболочки щек, губ, неба, альвеолярных отростков и десневой борозды.
2. Ротовая жидкость, состав и свойства.

## **Тема 2.1 Осмотр стоматологического больного**

### **Вопросы устного опроса:**

1. Основные и дополнительные методы осмотра стоматологического больного.
2. Рентгеновское обследование стоматологического пациента.
3. Зубная формула и способы ее записи в амбулаторную карту пациента.
4. Современные требования к оформлению документации стоматологического осмотра в том числе в электронном виде.
5. Техника безопасности при работе в стоматологическом кабинете.
6. Санитарно-эпидемиологический и гигиенический режим в стоматологическом кабинете.
7. Информационное соглашение на проведение и соблюдение правовых и нравственно-этических норм при осмотре стоматологического больного.
8. Понятие врачебной тайны и сохранения персональных данных пациента.
9. Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам.

### **Тесты:**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб
5. аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1. бледного цвета, сухая
2. бледно-розового цвета, сухая
3. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
4. ярко-красного цвета, обильно увлажнена
5. гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1. заполнения зубной формулы
2. определения прикуса
3. внешнего осмотра
4. осмотра зубных рядов
5. перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1. перкуссии
2. зондирования
3. пальпации
4. рентгенографии
5. аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1. отклонена назад

2. отклонена влево
3. отклонена вправо
4. наклонена вперед
5. отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1. зеркала
2. углового зонда
3. пинцета
4. экскаватора
5. шпателя

9. Глубина десневого желобка равна (мм):

1. 0,1-0,2
2. 0,5-1
3. 2-3
4. 3-4
5. 4-5

10. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1. тургор кожи, цвет глаз
2. симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи
3. форму носа, цвет глаз
4. пигментные пятна, цвет волос
5. целостность зубного ряда

11. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1. по всем поверхностям
2. в пришеечной области
3. в области контактных поверхностей
4. в фиссурах
5. в области бугров

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Основные и дополнительные методы осмотра стоматологического больного.
2. Санитарно-эпидемиологический и гигиенический режим в стоматологическом кабинете

## **Тема 2.2 Заболевания тканей пародонта и их профилактика**

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация заболеваний пародонта.
2. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта.
3. Катаральный гингивит, клинические признаки и профилактика.

4. Гипертрофический гингивит, клинические признаки и профилактика.
5. Язвенно-некротический гингивит, клинические признаки и профилактика.
6. Основные принципы лечения и профилактики гингивитов.
7. Пародонтиты, клинические признаки, основные принципы лечения и профилактики пародонтитов.
8. Подвижность зубов и способы ее выявления при пародонтите.
9. Пародонтоз, клинические признаки и профилактика.
10. Идиопатические заболевания пародонта, клинические признаки и профилактика.
11. Пародонтомы, клинические признаки и профилактика.
12. Выявление у пациентов факторов риска заболеваний тканей пародонта.
13. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с заболеваниями тканей пародонта.

### **Тесты:**

1. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности:
  1. губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано
  2. компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано
  3. компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован
  4. компактное и губчатое вещество представлены поровну
  5. губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано
2. При легкой степени пародонтита на рентгенограмме выявляются изменения:
  1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
  2. резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок
  3. сохранность кортикальной пластинки лунок зубов
  4. нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка
  5. уплотнение компактных пластинок и вершин перегородок
3. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:
  1. генерализованном гингивите
  2. локальном пародонтите
  3. локальном и генерализованном гингивите
  4. атрофическом гингивите
  5. гипертрофическом гингивите
4. Пародонтолиз наблюдается при:

1. синдроме Папийона-Лефевра
  2. функциональной перегрузке зубов
  3. эндемическом зобе
  4. заболеваниях желудочно-кишечного тракта
  5. заболеваниях сердечно-сосудистой системы
5. Формалиновая проба положительна при:
1. катаральном гингивите
  2. гипертрофическом гингивите
  3. атрофическом гингивите
  4. пародонтите
  5. папиллите
6. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:
1. переходу в следующую фазу заболевания
  2. стабилизации процесса
  3. выздоровлению
  4. не влияет на течение заболевания
  5. обострению процесса
7. При подсчете индекса РМА десну окрашивают:
1. метиленовым синим
  2. раствором Шиллера-Писарева
  3. йодином
  4. бриллиантовым зеленым
  5. эритрозинном
8. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:
1. болезни Иценко-Кушинга
  2. гипофизарном нанизме
  3. синдроме Папийона-Лефевра
  4. циклической нейтропении
  5. врожденном сифилисе
9. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:
1. заболевания желудочно-кишечного тракта
  2. скученность зубов
  3. заболевания крови
  4. экссудативный диатез
  5. болезни почек
10. Раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:
1. 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
  2. 30% AgNO<sub>3</sub>
  3. 30% трихлоруксусной кислоты

4. 40% формалина
5. йодиол

11. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

1. застойная гиперемия, 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 бледная, обнажение шеек зубов

12. Лечение хронического катарального 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, смазывание десен кератопластиками

13. Для проведения формалиновой пробы применяют раствор:

1. 0,5%
2. 3%
3. 10%
4. 20%
5. 40%

14. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

1. 2,5% р-р йода
2. 0,06% хлоргексидина
3. 20% AgNO<sub>3</sub>
4. 40% формалина
5. р-р бриллиантовой зелени

15. При легкой степени пародонтита карманы:

1. глубиной до 6 мм
2. глубиной до 3 мм
3. ложные десневые
4. костные
5. глубиной до 1 см

16. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

1. пародонтозом
2. фиброматозом десен

3. пародонтизом
4. хроническим катаральным гингивитом
5. атрофическим гингивитом

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

1. 0,25% оксолиновую
2. 2% неомициновую
3. 2% бонафтоновую
4. 5% бутадиионовую
5. 5% синтомициновую

18. Клинические признаки атрофического 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

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

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

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

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

### 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

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Катаральный гингивит, клинические признаки и профилактика.
2. Гипертрофический гингивит, клинические признаки и профилактика.
3. Язвенно-некротический гингивит, клинические признаки и профилактика.

## **Тема 2.3 Кариес зубов и его профилактика**

### **Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация кариеса.
2. Причины кариеса.
3. Влияние фтора на развитие кариеса.
4. Общая профилактика кариеса.
5. Местная профилактика кариеса.
6. Антенатальная профилактика кариеса.
7. Кариес в стадии пятна, клинические проявления, диагностика, профилактика и лечение.
8. Начальный кариес, диагностика, профилактика и лечение.
9. Средний и глубокий кариес, диагностика, профилактика и общие принципы лечения.
10. Осложнения кариеса и их профилактика.
11. Выявление у пациентов факторов риска кариеса зубов.
12. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с кариесом зубов.



## Тесты:

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:

1. 12, 11, 21, 22

2. 42,41,31,32

3. 16,55, 54, 64, 65, 26

4. 46, 85, 84, 74, 75, 36

5. 13, 23, 43, 53

2. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1. стрептококком в сочетании со стафилококком

2. палочкой Коха

3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4. стрептококком

5. верно 3) и 4)

3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1. срочной госпитализации

2. иммунотерапии

3. хирургической помощи

4. противовоспалительной терапии

5. верно 2) и 4)

4. Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

1. за 2-3 дня до операции

2. одновременно с основной операцией

3. через 2-3 дня после операции

4. через 2 недели после операции

5. через 4 недели после операции

5. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1. временных резцов
2. временных клыков
3. временных моляров нижней челюсти
4. временных моляров верхней челюсти
5. верно 1) и 2)

6. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1. 42, 41, 31, 32
2. 12, 11, 21, 22
3. 55, 54, 64, 65
4. 85, 84, 74, 75
5. 16, 26, 36, 46

7. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1. антибактериальной терапии
2. хирургической помощи в полном объеме
3. десенсибилизирующей терапии
4. противовоспалительной терапии
5. верно 1) и 4)

8. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1. временных резцов
2. временных клыков
3. временных моляров
4. премоляров
5. постоянных моляров

9. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1. цистэктомия
2. цистотомия
3. цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
4. периостотомия
5. верно 1) и 4)

10. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от постоянных резцов у детей является:

1. цистотомия
2. цистэктомия с радикальной гайморотомией
3. цистэктомия с резекцией верхушки корня
4. периостотомия
5. верно 1) и 4)

11. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

1. 15,14, 24, 25
2. 45, 44, 34, 35
3. 16,26
4. 46, 36
5. 13,23,33,43

12. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

1. просветления с четкими границами
2. затемнения с четкими границами
3. просветления с нечеткими границами
4. затемнения с нечеткими границами
5. деструкции кости с нечеткими границами

13. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1. цистэктомия
2. цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
3. цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
4. цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
5. периостотомия

14. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1. зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26
2. зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36
3. ОРВИ
4. ЛОР-органы
5. детские инфекционные заболевания

15. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:

1. по показаниям
2. всегда
3. никогда
4. по настоянию родителей
5. верно 1) и 4)

16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от:

1. временных резцов с несформированным корнем
2. временных резцов со сформированным корнем
3. временных моляров.
4. постоянных резцов
5. временных клыков

17. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1. 1-2 года
2. 2-3 года
3. 3-4 года
4. 6-8 лет
5. верно 2) и 3)

18. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1. хирургической помощи
2. антибактериальной терапии
3. противовоспалительной терапии
4. дезинтоксикационной терапии
5. гипосенсибилизирующей терапии

19. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1. зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26
2. зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36
3. ОРВИ и детские инфекционные заболевания
4. ЛОР-органы
5. верно 3) и 4)

20. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:

1. просветления с четким контуром
2. затемнения с четким контуром
3. просветления с нечетким контуром
4. затемнения с нечетким контуром
5. диффузной резорбции кости

21. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:

1. всегда удаляется
2. всегда сохраняется
3. очень редко (при наличии показаний) удаляется
4. никогда не удаляется
5. удаляется по настоянию родителей

### **Самостоятельная работа:**

#### **Рефераты на тему:**

1. Причины кариеса. Влияние фтора на развитие кариеса. Общая профилактика кариеса. Местная профилактика кариеса.
2. Осложнения кариеса и их профилактика. Выявление у пациентов факторов риска кариеса зубов.

### **Тема 2.4 Некариозные поражения зубов и их профилактика**

#### **Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация некариозных поражений твердых тканей зубов.
2. Гипоплазия эмали и флюороз: классификация, клинические проявления, принципы лечения и профилактики этих заболеваний.
3. Клиновидный дефект, Клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
4. Эрозия эмали, клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
5. Некроз твердых тканей зуба, клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
6. Выявление у пациентов факторов риска развития некариозных заболеваний твердых тканей зубов.
7. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с некариозными поражениями твердых тканей зубов.

#### **Тесты:**

1. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов зависит от:
  1. формы зубных рядов
  2. вида прикуса
  3. размера зубов
  4. размера челюстей
  5. верно 1) и 3)

2. Глубина поражения твердых тканей зубов при I степени повышенной

1. до  $1/3$  длины коронки
2. от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба
3. от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки
4. от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
5. от  $1/2$  до  $2/3$  длины коронки

3. Глубина поражения твердых тканей зубов при II степени повышенной стертости достигает:

1. до  $1/3$  длины коронки
2. от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба
3. от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки
4. от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
5. до  $1/4$  длины коронки

4. Глубина поражения твердых тканей зубов при III степени повышенной стертости достигает:

1. до  $1/3$  длины коронки
2. от  $2/3$  длины коронки до шейки зуба
3. от  $1/3$  до  $2/3$  длины коронки
4. от  $1/3$  до  $1/2$  длины коронки
5. до  $1/4$  длины коронки

5. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется:

1. смешанная
2. вертикальная
3. компенсированная
4. декомпенсированная
5. горизонтальная

6. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:

1. смешанная
  2. вертикальная
  3. компенсированная
  4. декомпенсированная
  5. горизонтальная
7. Отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица при определенной форме повышенной стертости зубов обусловлено:
1. смещением нижней челюсти
  2. ростом альвеолярных отростков челюстей
  3. изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
  4. выдвиганием зубов
  5. верно 1) и 4)
8. Автором классификации повышенной стертости по распространенности патологического процесса является:
1. Грозовский
  2. Курляндский
  3. Бушан
  4. Дойников
  5. Копейкин
9. Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой повышенной стертости твердых тканей зубов включают:
1. клинический анализ крови
  2. томографию ВНЧС
  3. биохимический анализ крови
  4. рентгенологическое исследование зубов и челюстей
  5. верно 2) и 4)
10. При II и III степенях повышенной стертости противопоказано применение:
1. цельнолитых коронок
  2. штампованных коронок
  3. цельнолитых мостовидных протезов



4. штампованно-паяных мостовидных протезов

5. верно 2) и 4)

11. При II и III степенях декомпенсированной формы повышенной стертости

1. терапевтический

2. ортодонтический

3. хирургический

4. ортопедический

5. верно 2) и 4)

12. При декомпенсированной форме генерализованной (II или III степени) по

1. последовательная дезокклюзия

2. перестройка миотатического рефлекса

3. постепенная дезокклюзия

4. коррекция формы зубных рядов

5. верно 1) и 4)

13. При компенсированной форме генерализованной повышенной стертости

1. постепенная дезокклюзия

2. коррекция формы зубных рядов

3. последовательная дезокклюзия

4. перестройка миотатического рефлекса

5. верно 1) и 2)

14. При компенсированной форме локализованной повышенной стертости

1. постепенная дезокклюзия

2. коррекция формы зубных рядов

3. последовательная дезокклюзия

4. перестройка миотатического рефлекса

5. верно 2) и 4)

15. При I степени повышенной стертости зубов показано применение:

1. пластиночных протезов

2. вкладок

3. штифтовых конструкций с последующим покрытием коронкой

4. искусственных коронок

5. верно 2) и 4)

16. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:

1. вкладок

2. цельнолитых коронок

3. штампованных коронок

4. культовых штифтовых вкладок

5. верно 2) и 4)

17. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:

1. штампованных коронок

2. цельнолитых коронок

3. штампованно-паяных мостовидных протезов

4. цельнолитых мостовидных протезов

5. верно 2) и 4)

18. Для ортодонтического этапа лечения больных с повышенной стертостью зубов применяется:

1. пластинка с вестибулярной дугой

2. пластинка с наклонной плоскостью

3. пластмассовая каппа

4. шина Порта

5. пластинка с ортодонтическим винтом

19. При повышенной стертости твердых тканей зубов полость зуба:

1. увеличивается

2. уменьшается

3. не изменяется

4. в начале заболевания увеличивается, затем уменьшается

5. в начале заболевания уменьшается, затем увеличивается

20. Осложнением повышенной стертости зубов является:

1. кариес
2. окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром
3. флюороз
4. гингивостоматит Венсана
5. клиновидный дефект

21. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышен

1. углубление носогубных складок, старческое выражение лица
2. асимметрия лица
3. «птичье» лицо
4. гиперемия кожных покровов
5. верно 2) и 4)

22. Для дифференциации компенсированной формы повышенной стертости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:

1. измерить разницу между высотой нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
2. провести рентгенологическое исследование зубов
3. провести ЭОД
4. изготовить диагностические модели
5. верно 2) и 3)

23. При горизонтальной повышенной стертости твердых тканей зубов форма

1. клинообразная
2. кратерообразная
3. ступенчатая
4. овальная
5. округлая

24. Этиологические факторы повышенной стертости, связанные с функцио

1. алиментарная недостаточность
2. бруксизм

3. воздействие средств гигиены

4. химические воздействия

5. верно 1) и 4)

25. Экзогенные этиологические факторы повышенной стертости, приводя

1. патология прикуса

2. химическое воздействие кислот и щелочей

3. частичная адентия

4. бруксизм

5. верно 1) и 3)

26. При повышенной стертости твердых тканей зубов I степени ортопедиче

1. в один этап

2. в два этапа

3. в три этапа

4. в четыре этапа

5. в пять этапов

**Самостоятельная работа:**

**Рефераты на тему:**

1. Гипоплазия эмали и флюороз: классификация, клинические проявления, принципы лечения и профилактики этих заболеваний.

2. Некроз твердых тканей зуба, клинические проявления, принципы лечения и профилактики

**Тема 2.5 Зубочелюстные аномалии и их профилактика.**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий у детей в различные периоды развития зубочелюстной системы ребенка.
2. Классификация зубочелюстных аномалий.
3. Профилактика развития зубочелюстных аномалий.
4. Выявление у пациентов факторов риска развития зубочелюстных аномалий, деформаций и предпосылок их развития

**Тесты:**

1. К моменту рождения нижняя челюсть ребенка занимает положение по отношению к верхней:

1. нейтральное
2. мезиальное
3. дистальное
4. латеральное
5. переменное

2. Во временной окклюзии форма зубных рядов соответствует:

1. полукругу
2. полуэллипсу
3. параболе
4. трапеции
5. прямоугольнику

3. Форма верхней зубной дуги в постоянной окклюзии соответствует:

1. полукругу
2. полуэллипсу
3. параболе
4. трапеции
5. прямоугольнику

4. Форма нижней зубной дуги в постоянной окклюзии соответствует:

1. полукругу
2. полуэллипсу
3. параболе

4. трапеции

5. прямоугольнику

5. Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречается при:

1. укороченной уздечке верхней губы

2. недостатке места в зубном ряду

3. множественном кариесе

4. флюорозе

5. гингивите

6. Несмыкание фронтальных зубов у детей 2-3 лет может быть обусловлено:

1. нарушением жевания

2. неправильной осанкой

3. сосанием соски

4. прорезыванием зубов

5. бруксизмом

7. Вредная привычка прокладывания языка между зубами может привести к:

1. расширению зубных рядов

2. сужению зубных рядов

3. резцовой дизокклюзии

4. неполному прорезыванию зубов

5. возникновению диастемы

8. Аномалии положения зубов обусловлены:

1. неправильным положением зачатка зуба

2. нарушением функции жевания

3. флюорозом

4. кариесом

5. гипоплазией эмали

9. Причиной диастемы является:

1. гингивит

2. укороченная уздечка верхней губы

3. кариес в стадии пятна

4. гипоплазия эмали

5. скученность зубов

10. Бугры временных клыков обычно сошлифовывают для:

1. косметических целей

2. профилактики зубочелюстных аномалий

3. профилактики заболеваний пародонта

4. изготовления ортодонтических аппаратов

5. улучшения гигиены полости рта

11. При раннем удалении временных зубов необходимо провести:

1. стимуляцию прорезывания постоянных зубов

2. съемное протезирование

3. несъемное протезирование

4. сошлифовывание нестершихся бугров временных моляров

5. динамическое наблюдение

12. Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:

1. гипоплазия эмали
2. флюороз
3. раннее удаление временных зубов
4. гингивит
5. средний кариес

13. Возраст для протезирования у детей:

1. 5-6 лет
2. 7-8 лет
3. 10-12 лет
4. 12-14 лет
5. возрастных ограничений нет

14. Конструкции профилактических протезов у детей 5-6 лет:

1. вкладки
2. мостовидный
3. консольный
4. съемный пластиночный
5. бюгельный

15. При глотании правильным является положение кончика языка:

1. между передними зубами
2. в области небной поверхности верхних фронтальных зубов
3. на границе твердого и мягкого неба



4. между губами

5. на дне полости рта

16. К наследственным зубочелюстным аномалиям в большинстве случаев относится:

1. вторичная частичная адентия

2. первичная адентия

3. неправильное положение зубов

4. нарушение смыкания зубов

5. ретенция зубов

17. Наличие трем и диастем является физиологическим признаком для детей в возрасте (лет):

1. 3

2. 6

3. 12

4. 15

5. не является патологией в любом возрасте

18. С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1. 6 месяцев

2. 1 года

3. 2 лет

4. 3 лет

5. 5 лет

19. Для нормализации носового дыхания, смыкания губ, глотания у детей проводится:

1. избирательное пришлифовывание нестершихся бугров временных зубов
2. рациональное протезирование
3. удаление сверхкомплектных зубов
4. миогимнастика
5. динамическое наблюдение

20. Аномалии формы и размеров зубов выявляют при обследовании:

1. клиническом
2. рентгенологическом
3. лабораторном
4. иммунологическом
5. гистологическом

21. Равномерная стираемость бугров временных зубов в норме характерна для окклюзии:

1. временной
2. постоянной
3. смешанной,
4. для всех видов окклюзии
5. не является физиологическим признаком

22. Смена зубов происходит в возрастной период с (лет):

1. 3 до 6
2. 4 до 10
3. 6 до 12

4. 8 до 14

5. 7 до 15

23. К концу первого года жизни у ребенка должно прорезаться зубов не менее:

1. 4 2) 6

2. 8

3. 10

4. 12

24. Подвижность 71, 81 зубов является физиологическим признаком у ребенка в возрасте (лет):

1. 3

2. 6

3. 9

4. 12

5. является патологией в любом возрасте

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий у детей в различные периоды развития зубочелюстной системы ребенка.

2. Выявление у пациентов факторов риска развития зубочелюстных аномалий, деформаций и предпосылок их развития.

### **Тема 3.1 Заболевания слизистой оболочки полости рта и их профилактика**

#### **Вопросы для устного опроса:**

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Классификация.

2. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта, клинические признаки и профилактика.

3. Герпетический стоматит, клинические признаки, лечение и профилактика.

4. Кандидоз, клинические признаки, профилактика, профилактика и основные принципы лечения.

5. Афтозный стоматит, клинические признаки, дифференциальная диагностика, профилактика и основные принципы лечения.

### **Тесты:**

1. Для лечения пиодермии применяются мази:

1. 2% неомициновая
2. 0,25 % оксолиновая
3. клотримазол (канестен)
4. бутадиеновая
5. гепариновая

2. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

1. ферменты
2. антисептики
3. антибиотики
4. противовирусные препараты
5. кератопластики

3. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:

1. тетрациклин
2. ацикловир
3. сульфадиметоксин
4. нистатин
5. бисептол

4. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

1. противовирусные препараты
2. антисептики
3. протеолитические ферменты

4. обезболивающие средства

5. антибиотики

5. 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

6. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:

1. кератопластические

2. антисептические

3. противовирусные и обезболивающие

4. антибиотики

5. противогрибковые

7. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета на 1 кг массы тела:

1. 50 000 ЕД

2. 100 000 ЕД

3. 150 000 ЕД

4. 200 000 ЕД

5. 250000 ЕД

8. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:

1. стабилизации состояния

2. более быстрому выздоровлению

3. развитию генерализованной формы

4. не вызывает изменений

5. летальному исходу

9. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1. противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

2. сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
3. противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
4. кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
5. кератопластики, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
10. Для лечения кандидоза используют мазь:
  1. гепариновую
  2. канестен (клотримазол)
  3. бонафтоновую
  4. зовиракс
  5. солкосерил
11. 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
12. 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
13. При атоническом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:
  1. антибактериальную терапию
  2. десенсибилизирующую терапию
  3. антигрибковую терапию
  4. противовирусную терапию
  5. антисептическую обработку
14. 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
15. 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
16. Кератопластические средства:
1. неомициновая мазь .
  2. теброфеновая мазь
  3. актовегин, солкосерил
  4. зовиракс
  5. оксикорт
17. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:
1. картолин
  2. лизоцим
  3. формалин
  4. винилин
  5. витаон
18. 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

19. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:

1. 1-2%

2. 4-5%

3. 7-9%

4. 10-15%

5. 20-30%

20. 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

21. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода:

1. 1%

2. 3%

3. 5%

4. 10%

5. 30%

22. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1. выбор обезболивающих средств

2. устранение травмирующего слизистую оболочку фактора

3. применение дезинфицирующих средств

4. применение кератопластических средств

5. применение антибактериальных препаратов



23. Общее состояние и самочувствие больного МЭЭ:

1. температура тела нормальная, прием пищи безболезненный
2. температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах
3. прием пищи безболезненный
4. головная боль, температура тела субфебрильная
5. температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах

24. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

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

25. 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

26. Мазь, применяемая для лечения пиодермии:

1. 0,25% оксолиновая
2. 2% теброфеновая
3. 2% неомициновая
4. клотримазол
5. бутадиеновая

27. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната:

1. 0,5%
2. 1-2%
3. 5-10%
4. 10-20%

5. 20-30%

28. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны:

1. множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
2. острый катаральный гингивит
3. единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом
4. пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
5. разлитая эритема, уртикарная сыпь

29. Симптом Никольского положителен при:

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

30. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:

1. застойная гиперемия на красной кайме
2. чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
3. эрозии
4. массивные гнойные корки
5. трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

31. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1. нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
2. неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
4. обильный белый налет на спинке языка
5. плотный темно-коричневый налет на спинке языка

32. Клинический анализ крови следует провести при:

1. кандидозе
2. ХРАС
3. язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

4. ОГС

5. атопическом хейлите

33. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

1. 0,1% раствор новокаина
2. 0,5% взвесь анестезина в глицерине
3. 2% р-р новокаина
4. 10% взвесь анестезина в масле
5. 10% спрей лидокаина

34. Этиология острого герпетического стоматита:

1. грибковая
2. инфекционная
3. вирусная
4. инфекционно-аллергическая
5. аллергическая

35. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:

1. травматических эрозиях
2. ХРАС
3. складчатом языке
4. пиодермии
5. афтеБеднара

36. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

1. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
2. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом
3. обезболить, провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями
4. обезболить, смазать мазью ацикловир
5. обезболить, обработать 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем керато-пластическими средствами

37. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

1. винилин
2. резорцин-формалиновая смесь
3. метиленовый синий
4. йодиол
5. витаон

38. 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

39. Афты Беднара встречаются у детей:

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

40. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

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. разлитая эритема

41. Общее состояние и самочувствие больного при остром герпетическом стоматите:

1. головная боль, боль в суставах, мышцах
2. температура тела повышена, прием пищи болезненный
3. прием пищи не нарушен
4. температура тела повышена, прием пищи безболезненный
5. общее состояние не нарушено

42. ОГС у детей возникает при:

1. наличии сопутствующих заболеваний
2. утрате пассивного иммунитета
3. аллергизации организма
4. нарушении режима питания
5. заболеваниях эндокринной системы

43. При лечении пиодермии с указанием в анамнезе аллергических реакций к антибактериальной мази добавляют:

1. фторокорт, флуцинар
2. теброфеновую 2% мазь
3. бонафтоновую 2% мазь
4. бутадионовую мазь
5. клотримазол

44. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите:

1. каждый час
2. перед едой
3. после каждого приема пищи
4. только перед сном
5. один раз в день

45. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при:

1. афтах Беднара
2. молочнице
3. инфекционном хейлите
4. атопическом (экзематозном) хейлите
5. сифилисе

46. 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

47. Выберите этиотропные лекарственные средства при герпангии в первые 2-3 дня заболевания:

1. ферменты
2. антисептики
3. антибиотики
4. противовирусные препараты
5. кератопластические средства

48. Препараты для перорального введения при ОГС в период высыпаний:

1. метилурацил
2. тетрациклин
3. ацикловир,
4. бутадион
5. бисептол

49. Возраст детей, преимущественно болеющих ОГС:

1. ясельный
2. дошкольный
3. младший школьный
4. старший школьный
5. подростковый

50. Первичным элементом поражения слизистой оболочки полости рта является:

1. язва
2. эрозия
3. пятно
4. корка
5. рубец

51. Для ускорения заживления элементов ХРАС применяют:

1. флореналевую мазь
2. теброфеновую мазь
3. мазь клотримазол

4. солкосерил, дентальную адгезивную пасту

5. оксикорт

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

1. эрозии с гнойным отделяемым

2. «медовые» корки

3. эрозии с влажным белым налетом

4. кровяные массивные корки

5. разлитая эритема, уртикарная сыпь

53. Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. ХРАС

4. МЭЭ

5. хейлиты

54. Образование пузырьков на коже лица характерно для:

1. ОГС

2. МЭЭ

3. ХРАС

4. лейкоплакии

5. герпангины

55. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:

1. язвенно-некротические процессы

2. «лаковый» язык

3. эрозии эмали

4. полиморфная сыпь

5. уртикарная сыпь

56. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

1. алиментарной анемии

2. синдрома Бехчета

3. гингиво-стоматита Венсана

4. железодефицитной анемии

5. кандидоза

57. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

1. эпидермофиты

2. актиномицеты

3. трихофиты

4. кандида

5. спирохеты

58. Возбудителями молочницы являются:

1. фузобактерии

2. грибы Candida

3. актиномицеты

4. спирохеты

5. трихофиты

59. Атипичная форма МЭЭ называется синдромом:

1. Бехчета

2. Шегрена

3. Розенталя

4. Стивенса-Джонсона

5. Папийон-Лефевра

60. Для лечения ОГС применяются мази:

1. канестен

2. неомициновая

3. бугадионовая

4. ацикловир

5. гепариновая

61. Для лечения молочницы применяют мази:

1. теброфеновую, оксолиновую

2. клотримазол, нистатиновую

3. зовиракс, ацикловир



4. неомициновую, тетрациклиновую

5. фторокорт, флуцинар

62. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

1. единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные

2. единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные

3. пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта

4. острый катаральный гингивит

5. белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

63. Этиология пиодермии:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

64. Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. паразитарная

65. Этиология герпангины:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

66. Этиология молочницы:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. аллергическая

67. Этиология многоформной экссудативной эритемы:

1. грибковая

2. инфекционная

3. инфекционно-аллергическая

4. вирусная

5. наследственная

68. При атопическом хейлите в углах рта образуются:

1. эрозии с гнойным отделяемым

2. «медовые» корки

3. эрозии с влажным белым налетом

4. лихенизация, трещины, мокнутие

5. творожистый налет

69. Клинические проявления при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

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. папулы

70. Клинические проявления при молочнице:

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

71. Клинические проявления при пиодермии:

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. папулы

72. Клинические проявления при легком течении острого герпетического стоматита:

1. пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2. единичные эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3. творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4. эрозии неправильных очертаний

5. пузырьки на красной кайме губ и коже лица

73. Частота обработки полости рта при молочнице:

1. каждый час

2. перед едой

3. сразу после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через 1—1,5 часа после еды

74. Частота обработки полости рта при пиодермии:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

75. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтоз-ном стоматите:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

76. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме:

1. каждый час

2. перед едой

3. после каждого приема пищи

4. только перед сном

5. через день

77. Для детей ясельного возраста характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. ХРАС

4. МЭЭ

5. герпангина

78. Для детей подросткового возраста характерны заболевания:

1. ОГС

2. афты Беднара

3. кожный рог

4. МЭЭ

5. кандидоз

79. Полиморфизм высыпаний характерен для:

1. ОГС

2. молочницы

3. МЭЭ

4. ХРАС

5. кори

80. Противовирусные препараты местного действия целесообразно назначать при ОГС в период:

1. продромальный

2. катаральный

3. высыпания

4. угасания

5. латентный

81. Кератопластические средства при лечении ОГС целесообразно назначать в период:

1. латентный
2. продромальный
3. катаральный
4. высыпания
5. угасания

82. Частота рецидивов высыпаний при рецидивирующем герпетическом стоматите объясняется:

1. возрастом ребенка
2. снижением иммунитета
3. полом ребенка
4. временем года
5. конституцией ребенка

83. Возбудителем герпангины является вирус:

1. простого герпеса
2. Коксаки и Еспо
3. ветряной оспы
4. иммунодефицита
5. ящура

84. Дифтерийные пленки содержат:

1. фибрин и клетки возбудителя заболевания
2. нити псевдомицелия
3. оболочку вируса
4. почкующиеся клетки гриба
5. обрывки эпителия и остатки пищи

85. При ОГС в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживается:

1. большое количество мицелия гриба
2. гигантские многоядерные клетки
3. туберкулезные микобактерии
4. почкующиеся клетки
5. фузобактерии

86. Возбудителем дифтерии является:

1. фузоспирохеты
2. гемолитический стрептококк
3. палочка Леффлера
4. вирус Коксаки
5. актиномицеты

87. При кандидозе внутрь назначают препараты:

1. противовирусные
2. антигистаминные
3. противогрибковые
4. антибактериальные
5. гормональные

88. При кандидозе в соскобах обнаруживаются:

1. почкующиеся клетки грибов Candida
2. гигантские эпителиальные клетки
3. многоядерные клетки
4. микобактерии
5. скопления кокков

89. Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде:

1. узелков синюшного цвета, выделяющих казеозное содержимое
2. папул овальной или округлой формы
3. пузырей и эрозий с фестончатыми краями
4. эрозий округлой формы, покрытых фибринозным налетом
5. твердого шанкра

90. Для антисептических полосканий при ХРАС рекомендуют:

1. настои и отвары трав
2. растворы антибиотиков
3. раствор борной кислоты
4. раствор пищевой соды
5. раствор аскорбиновой кислоты

91. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела:
1. синюшно-красных пятен округлой формы с пузырьком или папулой в центре
  2. мелких пузырьковых высыпаний
  3. уртикарной сыпи
  4. узелков
  5. пигментных пятен
92. Ведущую роль в патогенезе ОГС играет:
1. контакт с больным
  2. снижение иммунитета
  3. недавно перенесенное ОРЗ
  4. возраст ребенка
  5. конституция ребенка
93. Этиотропным средством лечения ОГС в период высыпания является:
1. противовирусное
  2. жаропонижающее
  3. обезболивающее
  4. антисептическое
  5. кератопластическое
94. Возбудителем острого герпетического стоматита является:
1. вирус простого герпеса
  2. микрофлора полости рта
  3. вирусная mіx-инфекция
  4. вирус Коксаки
  5. энтеровирус
95. Патогенетическое лечение герпангины:
1. антибактериальное
  2. противовирусное
  3. физиотерапевтическое
  4. кератопластическое
  5. жаропонижающее

96. Для первого года жизни ребенка наиболее типично заболевание:

1. молочница
2. хронический гингивит
3. хейлит
4. многоформная экссудативная эритема
5. медикаментозный стоматит

97. 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

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта.
2. Герпетический стоматит, клинические признаки, лечение и профилактика.
3. Кандидоз, клинические признаки, профилактика, профилактика и основные принципы лечения

### **Тема 3.2 Изменения слизистой оболочки при общих заболеваниях.**

#### **Вопросы для устного опроса:**

1. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях ЖКТ.
2. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови.
3. Изменения слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.
4. Изменение слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете.
5. Изменение слизистой оболочки полости рта при вирусном гепатите.
6. Проявления ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта.
7. Проявления сифилиса на слизистой оболочке полости рта.

#### **Тесты:**

1. Боль в языке, проходящая во время еды, характерна для:
  1. невралгии тройничного нерва
  2. глоссалгии
  3. десквамативного глоссита
  4. ромбовидного глоссита



5. черного волосатого языка
2. Глоссалгия - это заболевание:
  1. инфекционное
  2. аллергическое
  3. психогенное
  4. наследственное
  5. вирусное
3. Жалобы больного глоссалгией:
  1. боль при приеме раздражающей пищи
  2. жжение в языке, исчезающее при приеме пищи
  3. чувство «ошпаренности» языка
  4. боль в языке при движениях
  5. верно 2) и 3)
4. При объективном обследовании больного глоссалгией выявляют:
  1. регионарный лимфаденит
  2. отсутствие изменений в языке
  3. сухость слизистой оболочки полости рта
  4. одиночные афты на языке
  5. верно 2) и 3)
5. Правильное название заболевания при одновременном жжении в языке, твердом небе, губах, зеве:
  1. глоссалгия
  2. невралгия тройничного нерва
  3. стомалгия
  4. неврит
  5. хейлит
6. Во время приема пищи жжение при глоссалгии исчезает из-за:
  1. приема теплой пищи
  2. воздействия положительных эмоций
  3. подавления в ЦНС болевой доминанты более сильной пищевой доминантой
  4. механических движений языка
  5. верно 2) и 3)
7. Стомалгия встречается чаще:
  1. у подростков
  2. у мужчин 50-60 лет
  3. у женщин 50-60 лет
  4. во всех возрастных группах
  5. не зависит от пола и возраста
8. Развитию стомалгии способствует:
  1. курение
  2. иммунодефицит
  3. психогенная травма
  4. местная травма

5. верно 3) и 4)
9. Местные факторы, способствующие развитию глоссалгии:
  1. скученность зубов
  2. неудовлетворительная гигиена полости рта
  3. снижение высоты нижнего отдела лица
  4. хроническая травма языка острыми краями зубов
  5. верно 3) и 4)
10. Пальпация языка болезненна при:
  1. десквамативном глоссите
  2. абсцессе языка
  3. глоссалгии
  4. складчатом языке
  5. макроглоссите
11. Глоссалгию дифференцируют с:
  1. невралгией язычного нерва
  2. невритом язычного нерва
  3. десквамативным глосситом
  4. с многоформной экссудативной эритемой
  5. верно 1), 2) и 3)
12. Блокаду язычного нерва при глоссалгии проводят:
  1. хлоридом кальция с лидокаином
  2. витамином В<sub>1</sub> с лидокаином
  3. витамином С с лидокаином
  4. реланиумом с лидокаином
  5. верно все
13. Лечебные мероприятия при лечении глоссалгии:
  1. ротовые ванночки с анестетиком
  2. седативная терапия
  3. антимикробная терапия
  4. массаж воротниковой зоны
  5. верно 1), 2) и 4)

**Самостоятельная работа:**

**Рефераты на тему:**

1. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови.
2. Изменение слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете.

**Тема 3.3 Заболевания губ и языка**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Заболевания губ и языка.
2. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

3. Выявление у пациента факторов риска возникновения предраковых заболеваний и злокачественных новообразований органов и тканей полости рта

**Тесты:**

1. Линия Клейна разделяет:

1. красную кайму и периоральную кожу
2. красную кайму и слизистую оболочку
3. периоральную кожу и слизистую оболочку
4. слизистую оболочку и прикрепленную десну
5. красную кайму и прикрепленную десну

2. Анатомически в губе выделяют:

1. кожу и комиссуру
2. красную кайму и линию Клейна
3. слизистую оболочку и линию Клейна
4. слизистую оболочку и комиссуру
5. красную кайму, линию Клейна, слизистую оболочку и комиссуру

3. В норме слизистая оболочка губы содержит:

1. мелкие сальные железы
2. мелкие слюнные железы
3. мелкие потовые железы
4. мелкие слизистые железы •

5. верно 1) и 4)

4. Заращение первичной ротовой щели в эмбриональном периоде

происходит на:

1. I—II месяце
2. II-III месяце
3. III—IV месяце
4. IV-V месяце

5. верно 1), 3) и 4)

5. Чувствительная иннервация губ и периоральной области:

1. выражена слабо
2. обычная
3. представлена мощной рефлексогенной зоной
4. отсутствует
5. верно 1) и 2)
6. Возникновению трещин губ способствуют:
  1. вирусы
  2. вредные привычки
  3. сухость губ
  4. врожденные особенности архитектоники губ
  5. верно 2), 3) и 4)
7. Хроническими трещинами чаще страдают:
  1. женщины
  2. дети
  3. мужчины
  4. пол не имеет значения
  5. верно 1) и 2)
8. Морфологические элементы хронических трещин губ:
  1. язва
  2. афта
  3. трещина
  4. кровянистая корка
  5. верно 3) и 4)
9. Наиболее часто поражается трещинами:
  1. комиссура
  2. верхняя губа
  3. нижняя губа
  4. периоральная кожа
  5. слизистая оболочка губы
10. Рецидивы хронических трещин губ возникают:
  1. летом

2. зимой
  3. весной
  4. осенью
  5. независимо от времени года
11. Причины рецидивов хронических трещин губ:
1. тканевое вирусоносительство
  2. неблагоприятные климатические условия
  3. устойчивые вредные привычки
  4. местная нейродистрофия
  5. верно 2), 3) и 4)
12. Хроническая трещина губы является предраком:
1. облигатным
  2. факультативным
  3. не является
  4. cancer in situ
  5. верно 1) и 4)
13. Ремиссия хронической трещины губы наступит:
1. зимой
  2. летом
  3. весной
  4. осенью
  5. время года не имеет значения
14. Патологические процессы в зоне хронической трещины губы:
1. акантоз
  2. воспалительная инфильтрация
  3. нейродистрофия
  4. баллонизирующая дегенерация
  5. верно 2) и 3)
15. Методы лечения хронической трещины губы:
1. хирургические

2. консервативные
  3. использование прижигающих средств
  4. лучевая терапия
  5. верно 1) и 2)
16. Консервативные методы лечения хронической трещины губы:
1. лидокаиновые блокады
  2. мазевые аппликации
  3. аппликация протеолитических ферментов
  4. УВЧ-терапия
  5. верно 1), 2) и 3)
17. Протеолитические ферменты:
1. размягчают нежизнеспособные ткани
  2. способствуют очищению раны
  3. разрыхляют клеточные мембраны
  4. прижигают
  5. верно 1), 2) и 3)
18. Кератопластическое действие оказывает:
1. витамин А
  2. резорцин
  3. витамин Е
  4. солкосерил
  5. верно 1), 3) и 4)
19. Препараты, используемые для местного лечения хронической трещины губы:
1. трипсин, химопсин
  2. кристаллический резорцин
  3. 1 % раствор лидокаина
  4. масляные растворы витаминов А и Е
  5. верно 1), 3) и 4)
20. Показания к хирургическому иссечению хронической трещины губы:
1. старые рубцы

2. кровянистые корочки
  3. воспалительный инфильтрат
  4. резко выраженный гиперкератоз
  5. верно 1) и 4)
21. Признаки озлокачествления хронической трещины губы:
1. образование рубца
  2. исчезновение болезненности
  3. уплотнение краев и основания
  4. отсутствие заживления в течение 3-х недель при лечении
  5. верно 2), 3) и 4)
22. Раствор лидокаина гидрохлорида 1%:
1. расширяет сосуды и слабо токсичен
  2. расширяет сосуды, но токсичен
  3. сужает сосуды и слабо токсичен
  4. сужает сосуды и токсичен
  5. верно 3) и 4)
23. Профилактика хронической трещины губы включает:
1. отказ от вредных привычек
  2. вакцинацию
  3. использование защитных гелей
  4. предупреждение сухости губ 5) верно 1), 3) и 4)
24. Атопический хейлит - это:
1. самостоятельное заболевание
  2. симптом системной атопии
  3. осложнение герпетической инфекции
  4. макрохейлит
  5. верно 3) и 4)
25. В этиологии атопического хейлита выделяют:
1. генетический фактор
  2. сенсibilизацию

3. стрептококковую инфекцию
  4. вирусную инфекцию
  5. верно 1) и 2)
26. При атопическом хейлите поражается:
1. красная кайма губ
  2. слизистая оболочка
  3. углы рта
  4. кожа периоральной области
  5. верно 1), 3) и 4)
27. Начало атопического хейлита относят к возрасту:
1. старческому
  2. зрелому
  3. детскому
  4. юношескому
  5. верно 3) и 4)
28. Лечебные мероприятия при атопическом хейлите:
1. противовирусная терапия
  2. десенсибилизирующая терапия
  3. устранение местной нейродистрофии
  4. противогрибковая терапия
  5. верно 2) и 3)
29. Гландулярный хейлит - это гиперплазия мелких желез:
1. сальных
  2. потовых
  3. слюнных
  4. слизистых
  5. верно 1) и 2)
30. Лечение glandularного хейлита сводится к:
1. аппликации стероидных мазей
  2. прижиганию 30% раствором нитрата серебра
  3. криодеструкции



4. электрокоагуляции

5. верно 1) и 4)

31. Причины возникновения эксфолиативного хейлита:

1. острая пища

2. вредные привычки (облизывание, кусание губ)

3. иммунодефицитное состояние

4. психоэмоциональное напряжение

5. верно 2) и 4)

32. Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:

1. эрозия

2. корочка

3. язва

4. чешуйка

5. пузырек

33. При эксфолиативном хейлите процесс на кожу:

1. переходит

2. не переходит

3. зависит от стадии процесса

4. зависит от. возраста

5. зависит от клинической формы

34. Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы на:

1. повышение температуры тела

2. жжение

3. сухость

4. стянутость

5. верно 2), 3) и 4)

35. После удаления чешуйки выявляется:

1. эрозия

2. налет

3. язва

4. истонченный эпителий

5. рубец

36. В основе образования чешуек лежат патологические процессы в лии:

1. акантолиз

2. гиперкератоз

3. паракератоз

4. баллонизирующая дегенерация

5. спонгиоз

37. Осмотр красной каймы при эксфолиативном хейлите выявляет:

1. сухость

2. пузырьки

3. чешуйки

4. корочки

5. верно 1) и 3)

38. Лечение эксфолиативного хейлита направлено на:

1. коррекцию психоэмоциональной сферы

2. воздействие на вирус

3. размягчение и удаление чешуек

4. устранение местной нейродистрофии

5. верно 1), 3) и 4)

39. Укажите симптомы синдрома Мелькерссона-Россолимо-Розенталя:

1. макрохейлит

2. глубокий прикус

3. складчатый язык

4. парез лицевого нерва

5. верно 1), 3) и 4)

40. Синдром Мелькерссона-Россолимо-Розенталя дифференцируют с:

1. стомалгией

2. отеком Квинке

3. гемангиомой

4. абсцессом губы

5. верно 2), 3) и 4)

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Заболевания губ и языка. Особенности диагностики, лечения и профилактики.
2. Выявление у пациента факторов риска возникновения предраковых заболеваний и злокачественных новообразований органов и тканей полости рта.

### **Тема 3.4 Заболевания и повреждения челюстно-лицевой области.**

#### **Вопросы для устного опроса:**

1. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.
2. Переломы костей челюстно-лицевой области.
3. Вывихи нижней челюсти.
4. Ожоги и отморожения органов и тканей челюстно-лицевой области.
5. Основные принципы регистрации стоматологического статуса пациента в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

#### **Тесты:**

1. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
  1. привычный вывих
  2. остеоартрит
  3. деформирующий юношеский артроз
  4. болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
  5. верно 1) и 3)
2. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку пяти лет показана:
  1. остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
  2. остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
  3. механотерапия
  4. пращевидная повязка
  5. физиотерапия

3. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:
  1. нормостенического
  2. гиперстенического
  3. астенического
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 2) и 3)
4. Родовая травма является наиболее частой причиной:
  1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
  2. вторичного деформирующего остеоартроза
  3. хронического артрита
  4. вывиха височно-нижнечелюстного сустава
  5. аплазии мышечного отростка
5. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:
  1. расширена равномерно
  2. расширена неравномерно
  3. сужена равномерно
  4. сужена неравномерно
  5. не изменена
6. Широкая суставная щель, вплоть до полного отсутствия сочленения поверхностей сустава, гипо- или аплазия мышечного отростка являются рентгенологическими признаками:
  1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
  2. врожденной патологии сустава
  3. привычного вывиха
  4. вторичного деформирующего остеоартроза
  5. костного анкилоза
7. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны является:
  1. парез лицевого нерва
  2. межмышечная гематома
  3. недоразвитие половины нижней челюсти
  4. чрезмерно развитая половина нижней челюсти
  5. гемигипертрофия жевательной мышцы
8. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:
  1. остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
  2. остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
  3. пращевидная повязка
  4. механотерапия
  5. физиотерапия

9. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:
1. болевой синдром дисфункции
  2. привычный вывих
  3. врожденная патология сустава
  4. острый артрит
  5. деформирующий юношеский артроз
10. Угол рта опущен на стороне, противоположной больному суставу, при:
1. остром артрите височно-нижнечелюстного сустава
  2. вторичном деформирующем остеоартрозе
  3. хроническом артрите
  4. привычном вывихе сустава
  5. верно 1) и 2)
11. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:
1. 1-2 лет
  2. 3-4 лет
  3. 5-6 лет
  4. 7-9 лет
  5. 10-15 лет
12. Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава является этиологическим фактором для:
1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
  2. хронического артрита
  3. неоартроза
  4. вторичного деформирующего остеоартроза
  5. костного анкилоза
13. Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:
1. привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава
  2. вторичным деформирующим остеоартрозом
  3. аплазией суставной головки
  4. анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
  5. неоартрозом
14. Укорочение мышечного отростка, деформация суставной головки нижней челюсти, уплощение суставного бугорка и суставной ямки височной кости, неравномерное сужение суставной щели являются рентгенологическими признаками:
1. вторичного деформирующего остеоартроза
  2. острого артрита
  3. хронического артрита
  4. неоартроза
  5. привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава

15. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:
1. пращевидная повязка
  2. механотерапия
  3. артропластика
  4. остеотомия ветви нижней челюсти
  5. верно 3) и 4)
16. Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана детям в возрасте:
1. 4-5 лет
  2. 9-10 лет
  3. 11-13 лет
  4. 14-15 лет
  5. верно 3) и 4)
17. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
1. острый артрит
  2. неоартроз
  3. привычный вывих
  4. деформирующий юношеский артроз
  5. верно 1) и 3)
18. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остео-артрозом височно-нижнечелюстного сустава является:
1. физиотерапия в сочетании с лечебной физкультурой
  2. ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
  3. хирургическое лечение в сочетании с ортодонтическим
  4. шинирование в сочетании с физиотерапией
  5. верно 2) и 4)
19. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана:
1. остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
  2. остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
  3. механотерапия
  4. миогимнастика
  5. физиотерапия
20. Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком:
1. привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава справа
  2. привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава слева
  3. костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава слева
  4. костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава справа

5. верно 3) и 4)

21. Выход головки мышцелкового отростка нижней челюсти из суставной ямки височной кости за пределы суставного бугорка при максимально опущенной нижней челюсти является рентгенологическим признаком:

1. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
2. привычного вывиха
3. вторичного деформирующего остеоартроза
4. костного анкилоза

5. верно 3) и 4)

22. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:

1. вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава
2. привычном вывихе суставной головки
3. хроническом артрите
4. анкилозе височно-нижнечелюстного сустава
5. остром артрите

23. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

1. привычный вывих
2. остеоартрит
3. деформирующий юношеский артроз
4. болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
5. острый артрит

24. Смещение средней линии подбородка вправо наблюдается у детей при:

1. вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава
2. вторичном деформирующем остеоартрозе левого височно-нижнечелюстного сустава
3. костном анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава
4. костном анкилозе левого височно-нижнечелюстного сустава

5. верно 1) и 3)

25. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

1. остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
2. остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой ау-токостьюю
3. остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой го-мотрансплантатом
4. артропластика
5. механотерапия

26. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:
1. остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
  2. остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
  3. артропластика
  4. механотерапия
  5. физиотерапия
27. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:
1. мальчиков 5-7 лет
  2. девочек 11-13 лет
  3. мальчиков 8-9 лет
  4. девочек 8-9 лет
  5. верно 1) и 4)
28. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти характерна для:
1. деформирующего юношеского артроза
  2. привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
  3. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
  4. хронического артрита
  5. костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
29. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:
1. вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава
  2. привычного вывиха суставной головки
  3. хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава
  4. острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
  5. анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
30. Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава является клиническим признаком:
1. вторичного деформирующего остеоартроза
  2. костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
  3. хронического артрита на фоне привычного вывиха
  4. врожденной аплазии мышечного отростка
  5. верно 1) и 2)

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Переломы костей челюстно-лицевой области.
2. Ожоги и отморожения органов и тканей челюстно-лицевой области

### **Тема 3.5 Онкологическая настороженность на стоматологическом приеме**

**Вопросы для устного опроса:**



1. Клинические признаки опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области.
2. Онкологическая настороженность на стоматологическом приеме.

**Тесты:**

1. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

1. рентгенологический
2. макроскопия послеоперационного материала
3. цитологический
4. морфологический
5. клинический

2. Ведущим методом лечения новообразований у детей является:

1. лучевая терапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. комбинированный
5. гормонотерапия

3. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномичным признаком:

1. лимфангиомы
2. гемангиомы
3. ретенционной кисты
4. папилломы
5. фибромы

4. Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы рекомендуется методом:

1. хирургическим
2. лучевой терапии
3. склерозирования
4. комбинированным
5. гормонотерапии

5. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется:

1. саркома Юинга
2. остеогенная саркома
3. фиброзная дисплазия
4. херувизм
5. синдром Олбрайта

6. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает:

1. остеогенная саркома
2. остеома
3. капиллярная гемангиома
4. фиброма

5. ангиодисплазия
7. Истинной доброкачественной опухолью является:
  1. эозинофильная гранулема
  2. остеома
  3. херувизм
  4. фолликулярная киста
  5. синдром Олбрайта
8. Склерозирующая терапия показана при лечении:
  1. ретенционной кисты
  2. гемангиомы
  3. папилломатоза
  4. фиброматоза
  5. верно 3) и 4)
9. Капиллярные и ограниченные капиллярно-кавернозные гемангиомы у детей рекомендуется лечить методом:
  1. хирургическим
  2. химиотерапии
  3. криодеструкции
  4. рентгенологическим
  5. комбинированным
10. Неодонтогенную этиологию имеет:
  1. цементома
  2. мукоэпидермоидная опухоль
  3. одонтома мягкая
  4. одонтома твердая
  5. фолликулярная киста
11. Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:
  1. морфологического исследования послеоперационного материала
  2. пункционной биопсии
  3. макроскопии послеоперационного материала
  4. эхографии
  5. компьютерной томографии
12. Истинной доброкачественной опухолью является:
  1. глобуломаксиллярная киста
  2. синдром Олбрайта
  3. оссифицирующая фиброма
  4. травматическая костная киста
  5. одонтогенная киста
13. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты:
  1. срединной шеи
  2. воспалительной корневой
  3. прорезывания

4. дермоидной
5. эпидермоидной
14. Электрокоагуляция как самостоятельный метод лечения рекомендуется при лечении:
  1. кавернозной гемангиомы
  2. солитарной телеангиоэктазии
  3. пигментного невуса
  4. лимфангиомы
  5. волосатого невуса
15. Нарушение процесса зубообразования - частичная первичная адентия, характерно для:
  1. херувизма
  2. фибромы
  3. саркомы Юинга
  4. остеомы
  5. ретикулярной саркомы
16. Особенностью большинства новообразований у детей является их:
  1. медленный рост
  2. дизонтогенетическое происхождение
  3. высокая чувствительность к R-терапии
  4. высокая чувствительность к химиотерапии
  5. верно 3) и 4)
17. Истинной доброкачественной опухолью является:
  1. эозинофильная гранулема
  2. гигантоклеточный эпulis
  3. травматическая костная киста
  4. фиброзная дисплазия
  5. ангиодисплазия
18. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:
  1. гемангиомы
  2. лимфангиомы
  3. фибромы
  4. остеомы
  5. папилломатоза
19. Тестоватая консистенция характерна для:
  1. гемангиомы
  2. околочелюстной флегмоны
  3. лимфангиомы
  4. фибромы
  5. ангиодисплазии
20. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:
  1. рентгенологический
  2. макроскопия послеоперационного материала

3. цитологический
  4. морфологический
  5. ангиография
21. Истинной доброкачественной опухолью является:
1. фиброзная дисплазия
  2. экзостоз
  3. околокорневая воспалительная киста
  4. остеокластома
  5. травматическая костная киста
22. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:
1. хирургический
  2. хирургический с последующей лучевой терапией
  3. криодеструкция
  4. лучевая терапия
  5. верно 1) и 3)
23. Истинной доброкачественной опухолью является:
1. херувизм
  2. экзостоз
  3. околокорневая воспалительная киста
  4. остеома
  5. травматическая костная киста
24. К одонтогенным опухолям относится:
1. миксома челюсти
  2. эозинофильная гранулема
  3. амелобластома
  4. саркома Юинга
  5. хондрома
25. Нестабильность размеров характерна для:
1. папилломы
  2. фибромы
  3. ретенционной кисты слюнной железы
  4. остеомы
  5. нейрофиброматоза
26. Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для:
1. гемангиомы
  2. нейрофиброматоза
  3. лимфангиомы
  4. херувизма
  5. верно 1) и 3)
27. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица являются характерными признаками:
1. эозинофильной гранулемы
  2. саркомы Юинга

3. синдрома Олбрайта
  4. нейрофиброматоза
  5. ретикулярной саркомы
28. Истинной доброкачественной опухолью является:
1. эозинофильная гранулема
  2. хондрома
  3. херувизм
  4. фолликулярная киста
  5. аневризмальная киста
29. Проявление синдрома Гарднера в челюстно-лицевой области:
1. врожденные свищи на нижней губе
  2. врожденная расщелина неба
  3. лопухость
  4. деформация ушных раковин, предушные свищи
  5. множественные остеомы челюстных и лицевых костей
30. Истинной неodontогенной опухолью является:
1. фиброзная дисплазия
  2. эозинофильная гранулема
  3. гигантоклеточная опухоль
  4. амелобластома
  5. амелобластическая фиброма
31. Тактика врача в отношении кисты прорезывания:
1. выжидательная (наблюдение)
  2. проведение цистотомии с сохранением зуба
  3. проведение цистэктомии с удалением зуба
  4. проведение пункции кисты с последующим цитологическим исследованием
  5. верно 4) и 2)
32. Odontогенной опухолью является:
1. эозинофильная гранулема
  2. остеома
  3. гигантоклеточная опухоль
  4. амелобластома
  5. десмопластическая фиброма
33. К гистиоцитозу X относится:
1. нейрофиброматоз
  2. эозинофильная гранулема
  3. амелобластома
  4. меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
  5. миксома челюстных костей

**Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Клинические признаки опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области.
2. Онкологическая настороженность на стоматологическом приеме.

## Тема 3.6 Анестезия на стоматологическом приеме

### Вопросы для устного опроса:

1. Виды анестезии в стоматологической практике.
2. Осложнения анестезии.

### Тесты:

1. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:
  1. интубационная
  2. проводниковая
  3. эпидуральная
  4. внутривенная
  5. масочная
2. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:
  1. подкожная
  2. интубационная
  3. интралигаментарная
  4. эпидуральная
  5. внутривенная
3. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:
  1. аллергические реакции на анестетики
  2. множественный кариес зубов
  3. высокая температура
  4. подвижность зубов
  5. повышенное АД
4. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:
  1. инфильтрационную
  2. торусальную
  3. резцовую
  4. мандибулярную
  5. ментальную
5. При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:
  1. торусальную
  2. инфраорбитальную
  3. туберальную
  4. ментальную
  5. резцовую
6. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:
  1. палатинальная

2. инфраорбитальная
3. инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны
4. резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны
5. туберальная
7. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:
  1. инфильтрационная
  2. резцовая
  3. торусальная
  4. палатинальная
  5. туберальная
8. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:
  1. инфильтрационная
  2. туберальная
  3. ментальная
  4. по Гоу-Гейтсу
  5. палатинальная
9. Подъязычный нерв иннервирует:
  1. зубы верхней челюсти
  2. слизистую оболочку неба
  3. слизистую оболочку десны с язычной стороны
  4. нижнюю губу и кожу подбородочной области
  5. слизистую щеки
10. Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне:
  1. второго моляра
  2. первого моляра
  3. второго премоляра
  4. первого премоляра
  5. клыка
11. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:
  1. палатинальная
  2. резцовая
  3. подглазничная
  4. туберальная
  5. торусальная
12. При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии:
  1. туберальной
  2. резцовой
  3. палатинальной
  4. подглазничной
  5. ментальной
13. Туберальная анестезия блокирует ветви:

1. передние верхние альвеолярные
2. средние верхние альвеолярные
3. задние верхние альвеолярные
4. глазничного нерва
5. носонебного нерва
14. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
  1. I
  2. II
  3. III
  4. IV
  5. V
15. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:
  1. I
  2. II
  3. III
  4. IV
  5. V
16. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:
  1. овальное отверстие в подвисочную ямку
  2. круглое отверстие в крылонебную ямку
  3. foramen infraorbitale в fossa canina
  4. верхнеглазничную щель в глазницу
  5. ментальное отверстие
17. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:
  1. овальное отверстие
  2. круглое отверстие
  3. подглазничное отверстие
  4. верхнеглазничную щель
  5. нижнечелюстной канал
18. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:
  1. сложных эфиров
  2. амидов
  3. щелочей
  4. спиртов
  5. кислот
19. Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:
  1. кверху, кзади, кнутри
  2. кверху, кзади, кнаружи
  3. книзу, кзади, кнутри
  4. книзу, кзади, кнаружи
  5. кверху, вперед, наружу
20. Направление иглы при проведении туберальной анестезии:
  1. кверху, кзади, кнутри
  2. кверху, кзади, кнаружи
  3. книзу, кзади, кнутри



4. книзу, кзади, кнаружи
5. кверху, вперед, кнутри
21. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:
  1. кверху, кзади, кнутри
  2. кверху, кзади, кнаружи
  3. книзу, кзади, кнутри
  4. книзу, кзади, кнаружи
  5. кверху, вперед, кнутри
22. Направление иглы при блокаде носо-небного нерва:
  1. кверху, кнутри
  2. кверху, кзади
  3. книзу, кнутри
  4. книзу, кзади
  5. книзу, кнаружи
23. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:
  1. гематома
  2. коллапс
  3. обморок
  4. анафилактический шок
  5. отек Квинке
24. Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:
  1. I и II
  2. II и III
  3. I и III
  4. II и IV 5) I и IV
25. Нижний луночковый нерв иннервирует:
  1. зубы верхней челюсти
  2. зубы нижней челюсти
  3. подъязычную область
  4. 2/3 языка
  5. слизистую щеки
26. В зону иннервации ментального нерва входят:
  1. моляры
  2. альвеолярный отросток в области моляров
  3. подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти
  4. костная ткань ветви нижней челюсти
  5. верхняя губа
27. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:
  1. мандибулярной и ментальной
  2. резцовой и инфраорбитальной
  3. резцовой и туберальной
  4. туберальной и палатинальной
  5. инфраорбитальной и палатинальной

28. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной
2. ментальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. палатинальной

29. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной
2. ментальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. торусапной

30. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной
2. торусальной
3. инфраорбитальной
4. туберальной
5. по Гоу-Гейтсу

31. В зону иннервации язычного нерва входит:

1. задняя треть языка
2. передние 2/3 языка
3. слизистая оболочка глотки
4. слизистая оболочка переходной складки
5. кончик языка

32. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

1. кожа и слизистая щеки
2. альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
3. альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
4. бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
5. слизистая неба

33. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

1. торусальной
2. туберальной
3. ментальной
4. инфраорбитальной
5. палатинальной

34. Зона иннервации средних верхних альвеолярных ветвей подглазничного

1. премоляры нижней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. моляры нижней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. резцы верхней челюсти

35. В зону иннервации передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва входят зубы:
1. фронтальные верхней челюсти
  2. фронтальные нижней челюсти,
  3. жевательные верхней челюсти
  4. жевательные нижней челюсти
  5. премоляры нижней челюсти
36. В зону иннервации нижнелуночкового нерва входят:
1. зубы верхней челюсти
  2. зубы нижней челюсти
  3. передние 2/3 языка
  4. небо
  5. слизистая щеки
37. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва осуществляется
1. Берше-Дубову
  2. Вайсбрему
  3. Берше и Егорову
  4. Вайсблату
  5. Гоу-Гейтсу
38. Местным осложнением при обезболивании является:
1. обморок
  2. контрактура нижней челюсти
  3. анафилактический шок
  4. коллапс
  5. отек Квинке
39. Общим осложнением при обезболивании является:
1. кровотечение
  2. контрактура
  3. обморок
  4. некроз
  5. гематома
40. Зона иннервации носо-небного нерва:
1. слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области резцов
  2. слизистая оболочка, твердое небо у резцов, до клыков
  3. зубы верхней челюсти от клыка до клыка
  4. альвеолярный отросток верхней челюсти
  5. слизистая оболочка щеки
41. К видам общего обезболивания относят:
1. внутрипульпарное
  2. спонгиозное
  3. нейрорептаналгезию
  4. интралигаментарное
  5. проводниковое
42. К методу инфильтрационной анестезии относится:

1. мандибулярная
2. субпериостальная
3. инфраорбитальная
4. резцовая
5. ментальная
43. При общем обезболивании происходит:
  1. обратимое торможение ЦНС
  2. необратимое торможение ЦНС
  3. блокада периферических нервных рецепторов
  4. блокада основного нервного ствола
  5. возбуждение ЦНС
44. Для премедикации применяют препараты:
  1. малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества
  2. малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества
  3. малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики
  4. малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества
  5. анальгетики + антибиотики
45. Вазоконстрикторы вызывают:
  1. расширение сосудов
  2. сужение сосудов
  3. гиперемию кожных покровов
  4. парестезии
  5. анальгезию
46. При местном обезболивании выключается болевой синдром:
  1. психоэмоциональный
  2. вегетативный
  3. сенсорный
  4. двигательный
  5. рефлекторный
47. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):
  1. 90
  2. 60-70
  3. 50-55
  4. 30-45
  5. 10-20
48. Инфраорбитальная анестезия проводится у отверстия:
  1. большого небного
  2. резцового
  3. подглазничного
  4. нижнечелюстного
  5. ментального

49. Блокада носо-небного нерва осуществляется у отверстия:
1. большого небного
  2. резцового
  3. подглазничного
  4. нижнечелюстного
  5. ментального
50. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия:
1. большого небного
  2. резцового
  3. подглазничного
  4. нижнечелюстного
  5. подбородочного
51. Ориентир для аподактильного способа мандибулярной анестезии:
1. моляры нижней челюсти
  2. ретромолярный треугольник
  3. височный гребешок
  4. крылочелюстная складка
  5. линия А
52. Ориентир для проведения пальпаторной мандибулярной анестезии:
1. зубы верхней челюсти
  2. ретромолярный треугольник
  3. височный гребешок
  4. крылочелюстная складка
  5. косая линия
53. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:
1. щечного, нижнелуночкового, язычного.
  2. носонебного, нижнелуночкового, подбородочного
  3. щечного, нижнелуночкового, небного
  4. нижнелуночкового, небного
  5. носонебного, язычного
54. Передние верхние альвеолярные ветви являются ветвями нерва:
1. подглазничного
  2. резцового
  3. скулового
  4. глазничного
  5. подбородочного
55. Задние верхние альвеолярные ветви блокируются анестезией:
1. торусальной
  2. инфраорбитальной
  3. туберальной
  4. палатинальной
  5. подбородочной
56. Щечным нервом иннервируется;
1. кожа подбородка

2. слизистая оболочка твердого неба
3. премоляры
4. слизистая десны у зубов 4.7, 4.6, 4.5 и 3.5, 3.6, 3.7
5. моляры
57. Анестезией по Берше выключаются нервы:
  1. язычные
  2. нижнечелюстные
  3. задние верхние альвеолярные
  4. подбородочные
  5. нижние альвеолярные
58. Торусальной анестезией выключаются нервы:
  1. подбородочный, язычный
  2. подбородочный, щечный
  3. нижнечелюстные
  4. нижнеальвеолярный, язычный, щечный
  5. подглазничный, носонебный
59. Обезболиванием у большого небного отверстия прерывается проводимость нервов:
  1. большого небного
  2. носонебного
  3. нижнеальвеолярного
  4. верхнего заднего альвеолярного
  5. малого небного
60. Обезболивание по Вейсбреду проводится в области:
  1. бугра верхней челюсти
  2. нижнечелюстного возвышения
  3. большого небного отверстия
  4. резцового отверстия
  5. ментального отверстия
61. Для снятия контрактуры жевательных мышц показано проведение анестезии:
  1. по М.М. Вейсбреду
  2. по Берше-Дубову
  3. по Берше
  4. мандибулярной
  5. по Гоу-Гейтсу
62. Зона иннервации носонебного нерва:
  1. десна в области резцов
  2. резцы и клыки верхней челюсти
  3. слизистая твердого неба до середины клыков
  4. слизистая оболочка средних носовых ходов
  5. кожа верхней губы
63. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.4 или 2.4 зубов делают под анестезией:
  1. туберальной

2. туберальной
  3. подглазничной
  4. резцовой
  5. подбородочной
64. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.6, 1.7 или 2.6, 2.7 зубов делают под анестезией:
1. туберальной
  2. туберальной
  3. резцовой
  4. подглазничной
  5. палатинальной
65. При проведении анестезии по Гоу-Гейтсу в зону обезболивания входят зубы:
1. резцы верхней челюсти
  2. премоляры верхней челюсти
  3. моляры верхней челюсти
  4. моляры нижней челюсти
  5. резцы нижней челюсти
66. Верхнечелюстной нерв блокируют:
1. в крылонебной ямке
  2. в подвисочной ямке
  3. у овального отверстия
  4. в крыловидно-челюстном пространстве
  5. в подглазничном отверстии
67. Анатомическим ориентиром для проведения стволовых анестезий является:
1. крыловидно-челюстная складка
  2. скулоальвеолярный гребень
  3. наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
  4. височный гребешок
  5. угол нижней челюсти
68. Удаление 3.7 и 4.7 зуба наиболее эффективно под анестезией:
1. мандибулярной
  2. туберальной
  3. щечной и ментальной
  4. туберальной
  5. палатинальной
69. Удаление 1.2 и 2.2 зубов эффективно проводить под анестезией:
1. инфильтрационной с вестибулярной стороны
  2. инфильтрационной с вестибулярной стороны и резцовой
  3. инфраорбитальной
  4. туберальной
  5. палатинальной
70. Для удаления 1.3 и 2.3 зубов необходимо провести анестезию:
1. инфильтрационную с вестибулярной и оральной стороны

2. инфраорбитальную и небную . 3) туберальную
3. инфраорбитальную и резцовую
4. палатинальную
71. Мандибулярной анестезией выключают нервы:
  1. щечный и язычный
  2. язычный и нижнеальвеолярный
  3. ушно-височный и щечный
  4. средние верхние альвеолярные ветви
  5. подглазничный и подбородочный
72. Торусальной анестезией выключают нервы:
  1. язычный, нижнеальвеолярный, щечный
  2. задние верхние альвеолярные ветви
  3. средние верхние альвеолярные ветви
  4. щечный и нижнеальвеолярный
  5. передние верхние альвеолярные
73. При проведении инфраорбитальной анестезии внутриротовым методом вкол иглы делают в переходную складку между:
  1. боковым резцом и клыком
  2. клыком и первым премоляром
  3. первым и вторым премоляром
  4. центральным и боковым резцами
  5. центральными резцами
74. Средние верхние альвеолярные ветви блокируют анестезией:
  1. туберальной
  2. торусальной
  3. инфраорбитальной
  4. анестезией по Берше-Дубову
  5. мандибулярной
75. При операции удаления 1.6 зуба необходимо провести инфльтрационную анестезию:
  1. по переходной складке с вестибулярной стороны
  2. по переходной складке с вестибулярной и небной сторон
  3. с небной стороны
  4. у бугра верхней челюсти
  5. в крыловидно-челюстную складку
76. При лечении пульпита 1.6 зуба методом витальной экстирпации необходимо провести анестезию:
  1. по переходной складке с вестибулярной стороны
  2. по переходной складке с вестибулярной и небной сторон
  3. с небной стороны
  4. в области резцового отверстия
  5. в области подглазничного отверстия
77. При операции удаления премоляра верхней челюсти проводят анестезию:
  1. инфраорбитальную



2. инфраорбитальную и инфильтрационную с небной стороны
  3. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  4. туберальную
  5. торусальную
78. При депульпировании премоляра верхней челюсти проводят анестезию:
1. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  2. инфильтрационную с небной стороны
  3. инфильтрационную с вестибулярной и небной сторон
  4. в области большого небного отверстия
  5. резцовую
79. При операции удаления 1.2 зуба проводят анестезию:
1. инфраорбитальную
  2. инфильтрационную с небной стороны
  3. инфраорбитальную и резцовую
  4. в области большого небного отверстия
  5. туберальную
80. При проведении метода витальной экстирпации 2.2 зуба проводят анестезию:
1. инфильтрационную с вестибулярной и небной поверхностей
  2. в области большого небного отверстия
  3. в области резцового отверстия
  4. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  5. инфильтрационную с небной стороны
81. При проведении операции удаления 3.7 зуба необходимо провести анестезию:
1. мандибулярную
  2. мандибулярную и щечную
  3. в области щечного нерва
  4. в области язычного нерва
  5. ментальную
82. При лечении глубокого кариеса 3.6 зуба проводят анестезию:
1. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  2. туберальную
  3. мандибулярную
  4. инфильтрационную с язычной стороны
  5. ментальную
83. При проведении операции удаления 3.4 зуба проводят анестезию:
1. мандибулярную
  2. инфильтрационную с язычной стороны
  3. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  4. ментальную
  5. туберальную
84. При лечении пульпита методом витальной экстирпации 3.3 зуба необходимо провести анестезию:

1. инфильтрационную с язычной стороны
  2. туберальную
  3. ментальную и инфильтрационную с язычной стороны
  4. ментальную
  5. инфраорбитальную
85. При удалении резцов нижней челюсти используют анестезию:
1. ментальную
  2. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  3. инфильтрационную с язычной стороны
  4. инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон
  5. резцовую
86. При депульпировании резцов нижней челюсти используют анестезию:
1. инфильтрационную с язычной стороны
  2. инфильтрационную с вестибулярной стороны
  3. инфраорбитальную
  4. инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон
  5. палатинальную
87. При операции удаления 4.8 зуба необходимо провести анестезию:
1. торусальную
  2. инфраорбитальную
  3. туберальную
  4. ментальную
  5. палатинальную
88. При проведении мандибулярной анестезии причиной развития контрактуры нижней челюсти является ранение мышцы:
1. внутренней крыловидной
  2. латеральной крыловидной
  3. жевательной
  4. щечной
  5. височной
89. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии:
1. удаляют иглу
  2. делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки
  3. проводят повторную анестезию
  4. госпитализируют больного
  5. не предпринимают никаких действий
90. Противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:
1. лечение кариеса при заболеваниях пародонта
  2. одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку
  3. лечение пульпита девитальной экстирпацией пульпы
  4. удаление зуба с хроническим периодонтитом
  5. удаление дистопированного зуба

### **Самостоятельная работа:**

Рефераты на тему:

1. Виды анестезии в стоматологической практике.
2. Осложнения анестезии.

## **МДК01.02 МДК. 01.02. Современные методики и материалы в профилактике стоматологических заболеваний**

### **Тема 4.1 Современные диагностические методики**

#### **Ответьте на вопросы:**

1. Современные методики для диагностики заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта.
2. Рентгенологические методики для диагностики стоматологических заболеваний.
3. Виды рентгенограмм, применяемые в стоматологии.
4. Анализ рентгенограмм.

#### **Тесты:**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб

5. аллергоанамнеза
4. Слизистая оболочка полости рта в норме:
  1. бледного цвета, сухая
  2. бледно-розового цвета, сухая
  3. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
  4. ярко-красного цвета, обильно увлажнена
  5. гиперемирована, отечна
5. Осмотр пациента начинают с:
  1. заполнения зубной формулы
  2. определения прикуса
  3. внешнего осмотра
  4. осмотра зубных рядов
  5. перкуссии зубов
6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:
  1. перкуссии
  2. зондирования
  3. пальпации
  4. рентгенографии
  5. аускультации
7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:
  1. отклонена назад
  2. отклонена влево
  3. отклонена вправо
  4. наклонена вперед
  5. отклонена назад и влево
8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:
  1. зеркала
  2. углового зонда
  3. пинцета
  4. экскаватора

5. шпателя

9. Глубина десневого желобка равна (мм):

1. 0,1-0,2

2. 0,5-1

3. 2-3

4. 3-4

5. 4-5

10. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1. тургор кожи, цвет глаз

2. симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3. форму носа, цвет глаз

4. пигментные пятна, цвет волос

5. целостность зубного ряда

11. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1. по всем поверхностям

2. в пришеечной области

3. в области контактных поверхностей

4. в фиссурах

5. в области бугров

## **Тема 4.2 Методики и материалы в амбулаторной стоматологии**

### ***Ответьте на вопросы:***

1. Современные методики и материалы, применяемые в терапевтической стоматологии.

2. Основные принципы проведения дополнительных методов диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта - люминисцентной и транслюминисцентной стоматоскопии.

3. Витальное окрашивание твердых тканей зубов с диагностической целью.

4. Материалы и методики, применяемые в хирургической стоматологии.

5. Материалы и методики шинирования зубов.

6. Материалы и методики, применяемые в ортопедической стоматологии.

7. Имплантаты и методы их установки в современной стоматологии.

## Тесты:

1. Для снятия оттисков при изготовлении вкладки применяются материалы:

1. гипс
2. альгинатные
3. силиконовые
4. цинкоксиэвгеноловые
5. верно 1) и 2)

2. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы золота

1. 375
2. 583
3. 750
4. 900
5. верно 1) и 3)

3. Для изготовления коронок методом наружной штамповки применяют штампы, отлитые из:

1. нержавеющей стали
2. хромо-кобальтового сплава
3. серебряно-палладиевого сплава
4. латуни
5. легкоплавкого сплава

4. Для изготовления коронок выпускаются гильзы различного диаметра из сплава:

1. хромо-кобальтового
2. хромо-никелевого
3. золотого 900 пробы
4. серебряно-палладиевого
5. верно 3) и 4)

5. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели при изготовлении искусственных коронок применяют воск:

1. базисный

2. липкий
3. моделировочный
4. лавакс
5. верно 1) и 2)
6. Альгинатная масса используется для получения рабочих оттисков при изготовлении коронки:
  1. литой
  2. штампованной
  3. фарфоровой
  4. пластмассовой
  5. верно 2) и 4)
7. Для изготовления штампованных коронок применяются сплавы:
  1. золота 900 пробы
  2. золота 750 пробы
  3. хромо-никелевый
  4. хромо-кобальтовый
  5. верно 1) и 3)
8. Штампованные коронки изготавливают из сплава:
  1. хромо-никелевого
  2. золота 750 пробы
  3. хромо-кобальтового
  4. серебряно-палладиевого ПД-250
  5. верно 1) и 4)
9. К жакетным коронкам относятся:
  1. металлокерамическая
  2. пластмассовая с круговым уступом
  3. литая
  4. коронка по Белкину
  5. штампованная
10. Силиконовая масса используется для получения оттисков при изготовле

1. литой
2. штампованной
3. фарфоровой
4. пластмассовой
5. верно 1) и 3)

11. При снятии оттиска эластической массой необходимо использовать:

1. гладкую оттискную ложку
2. перфорированную оттискную ложку
3. гладкую ложку, обклеенную лейкопластырем
4. нанесение на ложку адгезива
5. верно 2), 3) и 4)

12. Полимеризация пластмассы в условиях атмосферного давления произво

1. 680 градусов
2. 100 градусов
3. 120 градусов
4. 150 градусов
5. 200 градусов

13. Нарушение режима полимеризации при изготовлении пластмассовой ко

1. увеличение размера коронки
2. уменьшение размера коронки
3. образование внутренних пор
4. изменение цвета коронки
5. верно 1) и 4)

14. При изготовлении металлокерамической коронки рабочий оттиск снимают:

1. альгинатной массой
2. силиконовой массой
3. любым оттискным материалом с проведением ретракции десны



4. гипсом
5. термопластической массой
15. Для изготовления цельнолитых коронок применяется сплав золота пробы:
  1. 583
  2. 750
  3. 900
  4. верно 1) и 3)
  5. верно 1) и 2)

### **Тема 5.1 Современные методики и материалы в ортодонтии**

#### ***Ответьте на вопросы:***

1. Современные методики для диагностики аномалий прикуса.
2. Современные направления в ортодонтическом лечении детей и взрослых.
3. Современные методики ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий.
4. Современные методики для профилактики возникновения ортодонтической патологии.

#### **Тесты:**

16. При изготовлении цельнолитой коронки для рабочего оттиска используют
  1. альгинатную
  2. силиконовую
  3. цинкоксиэвгеноловую
  4. термопластическую
  5. верно 3) и 4)
17. Для двойного оттиска используются массы:
  1. твердокристаллические
  2. силиконовые
  3. альгинатные
  4. термопластические
  5. верно 1) и 4)
18. Литые коронки изготавливают из сплава:
  1. хромо-никелевого
  2. золота 900 пробы
  3. хромо-кобальтового
  4. серебряно-палладиевого ПД-190
  5. верно 3) и 4)

19. Для достижения сцепления фарфора с металлической поверхностью кар
1. провести пескоструйную обработку
  2. обезжирить каркас
  3. создать окисную пленку
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1), 2) и 3)
20. При изготовлении металлокерамической коронки фарфоровая масса до обжига
1. несколько меньшем
  2. полном
  3. несколько большем
  4. в 2 раза меньшем
  5. в 3 раза большем
21. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:
1. гипс
  2. воск
  3. оттискные массы
  4. пластмассы
  5. верно 1) и 2)
22. Для облицовки металлопластмассовых коронок используется материал:
1. синма М
  2. акрилоксид
  3. этакрил
  4. протакрил
  5. карбодент
23. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии являются:
1. воск
  2. гипс
  3. оттискные массы
  4. сплав на основе золота
  5. верно 1) и 2)
24. Для постоянной фиксации несъемных протезов применяют:
1. репин
  2. масляный дентин
  3. поликарбоксилатный цемент
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 2) и 3)
25. При изготовлении металлокерамической коронки керамическую массу наносят:
1. на штампованный колпачок

2. на литой колпачок
3. на платиновый колпачок
4. на штампик из огнеупорного материала
5. на штампик из легкоплавкого металла
26. При обжиге фарфоровой массы, кроме высокотемпературного воздействия, используют:
  1. давление
  2. вакуум
  3. центрифугирование
  4. вибрацию
  5. верно 1) и 4)
27. При изготовлении металлоакриловой коронки соединение пластмассы с
  1. химической связи
  2. образования окисной пленки
  3. взаимной диффузии материалов
  4. вырезания «окна» на вестибулярной поверхности коронки
  5. формирования ретенционных пунктов с помощью «перл» (шариков)
28. Для обеспечения хорошего сцепления фарфора с металлической поверх
  1. абразивную обработку
  2. абразивную обработку, обезжиривание
  3. абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки
  4. абразивную обработку, обезжиривание, создание окисной пленки, нанесение «перл»
  5. абразивную обработку, нанесение «перл»
29. При изготовлении фарфоровой коронки массу наносят и обжигают на:
  1. огнеупорном гипсе
  2. колпачке из золотой фольги
  3. колпачке из платиновой фольги
  4. колпачке из серебряно-палладиевой фольги
  5. верно 1) и 2)
30. Припасовку фарфоровой коронки осуществляют выявлением преждевре
  1. разогретого воска
  2. альгинатных оттискных масс
  3. корригирующих силиконовых оттискных масс
  4. жидкого гипса
  5. копировальной бумаги
31. Заключительным лабораторным этапом изготовления металлоакриловой
  1. полирование
  2. глазурирование
  3. припасовка на модели

4. заключительный обжиг
5. окончательная коррекция формы
32. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов применяют:
  1. силидонт
  2. темп-бонд
  3. висфат-цемент
  4. унифас
  5. акрилоксид
33. Ошибки, приводящие к сколу керамической массы с литого каркаса:
  1. неправильная моделировка каркаса
  2. загрязнение каркаса
  3. чрезмерное число обжигов
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1), 2) и 3)
34. Оптимальная толщина фарфоровой коронки составляет:
  1. 0,3-0,4 мм
  2. 0,5-0,8 мм
  3. 1,0-1,5 мм
  4. 1,6-2,0мм
  5. 2,0-2,5 мм
35. Технология изготовления обеспечивает более плотный охват шейки зуба
  1. штампованными
  2. литыми
  3. металлокерамическими
  4. верно 1)и 2)
  5. верно 2) и 3)
36. Разборная гипсовая модель отливается при изготовлении коронки:
  1. штампованной
  2. пластмассовой
  3. металлокерамической
  4. фарфоровой
  5. верно 3) и 4)
37. Отбеливание несъемного мостовидного протеза из нержавеющей стали
  1. в концентрированных щелочах
  2. в концентрированных кислотах
  3. в смесях кислот с добавлением воды
  4. в смесях щелочей с добавлением воды
  5. верно 1) и 2)
38. Группы оттискных материалов:
  1. термопластические
  2. эластические
  3. полимеризующиеся

4. верно 1) и 2)
5. верно 1), 2) и 3)
39. Флюсы при паянии используются для:
  1. очищения спаиваемых поверхностей
  2. уменьшения температуры плавления припоя
  3. увеличения площади спаиваемых поверхностей
  4. предотвращения образования пленки окислов
  5. предварительного соединения спаиваемых деталей
40. Для пайки протезов из сплавов стали и золота применяют флюс:
  1. канифоль
  2. хлористый цинк
  3. бура
  4. древесный уголь
  5. сульфат натрия
41. Для пайки коронок из нержавеющей стали применяют припой на основе:
  1. золота
  2. буры
  3. олова
  4. серебра
  5. никеля
42. Коронки из нержавеющей стали спаивают:
  1. оловом
  2. серебряным припоем
  3. золотым припоем
  4. никелем
  5. верно 1) и 4)
43. Коронки из серебряно-палладиевого сплава спаивают:
  1. серебряным припоем
  2. оловом
  3. золотым припоем
  4. железом
  5. никелем
44. Для снижения температуры плавления припоя добавляется:
  1. платина
  2. кадмий
  3. олово
  4. серебро
  5. бура
45. Конструкционными материалами в ортопедической стоматологии явля
  1. оттискные массы
  2. гипс
  3. воск
  4. хромо-кобальтовый сплав

5. верно 1) и 2)
46. Перед отливкой модели по оттиску с опорными штампованными корон
1. гипс
  2. цемент
  3. амальгаму
  4. воск
  5. репин
47. Припасовка опорных коронок является отдельным клиническим этапом
1. любого
  2. паяного
  3. цельнолитого
  4. металлоакрилового
  5. металлокерамического
48. Полирование цельнометаллических мостовидных протезов производится
1. полировочной пасты
  2. шлифовальных эластичных кругов
  3. щетинных и нитяных щеток
  4. войлочных фильцев
  5. все ответы верны
49. Литые мостовидные протезы изготавливают из сплава:
1. золота 900 пробы
  2. золота 750 пробы
  3. хромоникелевого
  4. хромокобальтового
  5. верно 2) и 4)
50. Расплавление золотого сплава при литье производится:
1. газовой горелкой
  2. бензиновой горелкой
  3. вольтовой дугой
  4. высокочастотным полем электрического тока
  5. верно 3) и 4)
51. Нагнетание расплавленного сплава в форму-опоку осуществляется мето
1. вакуумирования
  2. давления
  3. центробежного литья
  4. верно 1) и 2)
  5. верно 1), 2) и 3)
52. Расплавление нержавеющей стали при литье производится:
1. газовой горелкой
  2. бензиновой горелкой
  3. вольтовой дугой

4. высокочастотным полем электрического тока
5. верно 3) и 4)
53. На этапе припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез
  1. на модели из гипса
  2. без модели
  3. на гипсовых и/или металлических штампах
  4. на разборной модели
  5. на огнеупорной модели
54. На этапе припасовки литых мостовидных протезов, облицованных пласт
  1. базисного воска
  2. гипса
  3. силиконового оттискного материала
  4. копировальной бумаги
  5. алгинатного оттискного материала

## **Тема 5.2 Методики анестезии в стоматологии**

### ***Ответьте на вопросы:***

1. Общее обезболивание в амбулаторной стоматологии.
2. Местное обезболивание.
3. Показания и противопоказания к обезболиванию в стоматологии.
4. Препараты, используемые для местного обезбоживания.
5. Местные и общие осложнения анестезии

### **Тесты:**

1. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:
  1. интубационная
  2. проводниковая
  3. эпидуральная
  4. внутривенная
  5. масочная
2. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:
  1. подкожная
  2. интубационная
  3. интралигаментарная

4. эпидуральная

5. внутривенная

3. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

1. аллергические реакции на анестетики

2. множественный кариес зубов

3. высокая температура

4. подвижность зубов

5. повышенное АД

4. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. инфильтрационную

2. торусальную

3. резцовую

4. мандибулярную

5. ментальную

5. При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. торусальную

2. инфраорбитальную

3. туберальную

4. ментальную

5. резцовую

6. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:

1. палатинальная

2. инфраорбитальная

3. инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

4. резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

5. туберальная

7. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:



1. инфильтрационная

2. резцовая

3. торусальная

4. палатинальная

5. туберальная

8. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфильтрационная

2. туберальная

3. ментальная

4. по Гоу-Гейтсу

5. палатинальная

9. Подъязычный нерв иннервирует:

1. зубы верхней челюсти

2. слизистую оболочку неба

3. слизистую оболочку десны с язычной стороны

4. нижнюю губу и кожу подбородочной области

5. слизистую щеки

10. Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне:

1. второго моляра

2. первого моляра

3. второго премоляра

4. первого премоляра

5. клыка

11. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:

1. палатинальная

2. резцовая

3. подглазничная

4. туберальная

5. торусальная

12. При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии:

1. туберальной
2. резцовой
3. палатинальной
4. подглазничной
5. ментальной

13. Туберальная анестезия блокирует ветви:

1. передние верхние альвеолярные
2. средние верхние альвеолярные
3. задние верхние альвеолярные
4. глазничного нерва
5. носонебного нерва

14. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

15. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

16. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:

1. овальное отверстие в подвисочную ямку
2. круглое отверстие в крылонебную ямку
3. foramen infraorbitale в fossa canina

4. верхнеглазничную щель в глазницу

5. ментальное отверстие

17. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

1. овальное отверстие

2. круглое отверстие

3. подглазничное отверстие

4. верхнеглазничную щель

5. нижнечелюстной канал

18. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

1. сложных эфиров

2. амидов

3. щелочей

4. спиртов

5. кислот

19. Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

5. кверху, вперед, наружу

20. Направление иглы при проведении туберальной анестезии:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

5. кверху, вперед, кнутри

21. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

1. кверху, кзади, кнутри

2. кверху, кзади, кнаружи

3. книзу, кзади, кнутри

4. книзу, кзади, кнаружи

5. кверху, вперед, кнутри

22. Направление иглы при блокаде носо-небного нерва:

1. кверху, кнутри

2. кверху, кзади

3. книзу, кнутри

4. книзу, кзади

5. книзу, кнаружи

23. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

1. гематома

2. коллапс

3. обморок

4. анафилактический шок

5. отек Квинке

24. Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:

1. I и II

2. II и III

3. I и III

4. II и IV 5) I и IV

25. Нижний луночковый нерв иннервирует:

1. зубы верхней челюсти

2. зубы нижней челюсти

3. подъязычную область

4. 2/3 языка

5. слизистую щеки

26. В зону иннервации ментального нерва входят:

1. моляры

2. альвеолярный отросток в области моляров

3. подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти

4. костная ткань ветви нижней челюсти

5. верхняя губа

27. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной и ментальной

2. резцовой и инфраорбитальной

3. резцовой и туберальной

4. туберальной и палатинальной

5. инфраорбитальной и палатинальной

28. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

1. мандибулярной

2. ментальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

5. палатинальной

29. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной

2. ментальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

5. торусапальной

30. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1. мандибулярной

2. торусальной

3. инфраорбитальной

4. туберальной

5. по Гоу-Гейтсу

### **Тема 5.3 Современные методики отбеливания зубов**

#### ***Ответьте на вопросы:***

1. Виды отбеливания зубов в современной стоматологии.

2. Показания и противопоказания к отбеливанию зубов.
3. Методики домашнего отбеливания зубов.
4. Методики для кабинетного отбеливания зубов.
5. Современные материалы, применяемые для отбеливания зубов.
6. Показания и противопоказания к отбеливанию зубов.
7. Преимущества и недостатки разных методик отбеливания зубов.
8. Современные методики и материалы для реминерализирующей терапии, применяемой после отбеливания зубов.

### **Тесты:**

1. В комплект для домашнего отбеливания зубов входят:
  - 1) двухкомпонентный отбеливающий гель;
  - 2) зубная щетка;
  - 3) инструкция по использованию;
  - 4) каппа на верхнюю и нижнюю челюсти
2. Возможные осложнения при микроабразии:
  - 1) перегрев зуба;
  - 2) повреждение десен и слизистой оболочки полости рта гелем из-за плохой изоляции;
  - 3) повышенная чувствительность эмали;
  - 4) развитие кариеса.
3. Девиальное окрашивание зубов происходит:
  - 1) в результате приема лекарственных средств;
  - 2) в результате травмы зуба (кровоизлияние в пульпу);
  - 3) вследствие наличия в канале отломков металлических инструментов или штифтов с признаками коррозии;
  - 4) после пломбирования канала зуба окрашивающими пастами, содержащими тимол, формалин, йодоформ
4. Действия врача при проведении домашнего отбеливания не включают этап
  - 1) заполнения цветовой карты с фиксацией цвета зубов;
  - 2) инструктирования пациента и обеспечения его отбеливающим средством;

- 3) подготовки к отбеливанию – санации полости рта;
- 4) протравливания тканей зубов 35% ортофосфорной кислотой.
5. Действия врача при проведении домашнего отбеливания не включают этап
  - 1) заполнения цветовой карты с фиксацией цвета зубов;
  - 2) изготовления каппы;
  - 3) микроабразии эмали;
  - 4) подготовки к отбеливанию – санации полости рта.

### **МДК.01.03 Неотложные состояния в стоматологии**

#### **Тема 6.1. Оценка риска развития неотложных состояний на приеме у стоматолога**

##### ***Ответьте на вопросы:***

1. Причины развития неотложных состояний у пациентов с хроническими заболеваниями или без них на приеме у стоматолога.
2. Факторы риска развития неотложных и жизнеугрожающих состояний у пациентов в стоматологической клинике.
3. Оценка риска развития сердечно-сосудистых, бронхолегочных, аллергических и других осложнений.

##### **Тесты:**

##### **Ситуационные задачи**

Пример 1. На приеме у больного Б., 65 лет, в момент выполнения манипуляций, возникли жалобы на интенсивную разлитую боль в груди, холодный липкий пот, слабость. Ранее хронические заболевания отрицает, но «принимает лекарства от атеросклероза» (точнее указать затруднился). Курение с пубертатного периода, до 1 пачки сигарет в сутки. Объективно: Состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледны, влажность их повышена. Отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ЧДД 22 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумы не определяются, ЧСС 92 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание, со слов, без особенностей. Острой очаговой и менингеальной симптоматики не отмечено.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимо ли дополнительное обследование? Если да, какое?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Пример 2. На приеме у больной Е., 56 лет, при введении местного анестетика, возникли жалобы на интенсивную боль в месте инъекции, генерализованный зуд, затем выраженное затруднение дыхания, после чего развилось угнетение сознания. Известных хронических заболеваний и аллергических реакции ранее не зафиксировано. Объективно: Состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледны, умеренный акроцианоз. Отек лица. В легких ослабленное везикулярное дыхание, единичные рассеянные сухие свистящие хрипы, ЧДД 28 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумы не определяются, ЧСС 94 в 1 минуту, АД 80/40 мм рт.ст. Живот на пальпацию не реагирует. Стул и мочеиспускание - неизвестно. Острой очаговой и менингеальной симптоматики не отмечено.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимо ли дополнительное обследование? Если да, какое?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

## **Тема 6.2. Методики оказания неотложной помощи стоматологическим пациентам**

### **Вопросы:**

1. Оборудование и лекарственные препараты в стоматологическом кабинете, необходимые для оказания экстренной помощи пациентам при возникновении у них неотложных состояний.
2. Сердечно-легочная реанимация. Процедуры, методы и правила их выполнения.

## **Тема 6.3. Анафилактические реакции на лекарственные препараты**

### **Вопросы:**

1. Лекарственные препараты, которые могут вызывать аллергические реакции.
2. Клиническая картина анафилактического шока. Причины развития.
3. Дифференциальный диагноз с другими видами шока.
4. Лечение анафилактического шока.
5. Другие виды аллергических реакций на лекарственные препараты.
6. Бронхообструкция у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями.



## **Тема 6.4. Сердечно-сосудистые события как причина неотложных состояний**

### **Вопросы:**

1. Острый коронарный синдром. Клиническая диагностика. Действия врача. Шоки при инфаркте миокарда. Болевой шок. Кардиогенный шок. Аритмогенный шок. Клиника, диагностика, лечение.
2. Нарушение ритма и проводимости. Клиника, диагностика, тактика врача. Пациент с фибрилляцией предсердий. Пароксизмальная форма ФП. Неотложные мероприятия. Лечение
3. Гипертонические кризы. Типы кризов. Лечение. Гипотония. Неврологические причины приступов. Понятие внезапной смерти. Причины ВС
4. Острая сердечная недостаточность. Декомпенсация ХСН. Синдромы. Лечение. ТЭЛА. Клиника, диагностика лечение

## **Тема 6.5. Неотложные состояния у стоматологических пациентов с хроническими заболеваниями**

### **Вопросы:**

1. Неотложные состояния при сахарном диабете. Гипогликемия, кетоацидоз, гипергликемия. Врачебные действия.
2. Бронхиальная астма. Патогенез симптомов. Клиническая картина приступов. Дифференцированное лечение пациентов с приступами БА различной тяжести.
3. Бронхообструкция у пациентов с ХОБЛ. Острая обструкция дыхательных путей инородным телом. Пневмоторакс.

## **Тема 6.6. Геморрагические осложнения**

### **Вопросы:**

1. Причины острой кровопотери у пациентов на приеме у стоматолога. Принципы остановки кровотечения из различных источников.
2. Основные антитромботические препараты, используемые в клинике внутренних болезней.
3. Виды нарушений гемостаза и купирования геморрагических осложнений

## **Учебная практика УП.01**

### **Виды работ**

1. Проведение стоматологических осмотров пациентов различных возрастных групп и выявлении нуждающихся в стоматологическом лечении.
2. Определение стоматологического статуса пациента.
3. Ведение медицинской документации.
4. Использование стоматологического оборудования, инструментария и подготовки рабочего места.
5. Применение принципов эргономики в профессиональной деятельности.
6. Соблюдение санитарно-эпидемиологического и гигиенического режима в медицинской организации стоматологического профиля.
7. Проведение стоматологических осмотров пациентов различных возрастных групп.
8. Определение стоматологического статуса пациента.
9. Проведение диагностики стоматологических заболеваний твердых тканей зубов и аномалий прикуса.
10. Проведение диагностики кариеса, некариозных поражений и аномалий прикуса, анализ полученных данных и определение стоматологического статуса пациента.
11. Применение методов и средств профилактики стоматологических заболеваний.
12. Проведение профилактики кариеса.
13. Составление индивидуального плана профилактики. Ведение медицинской документации.

## **4.2 Материалы для студентов по подготовке к промежуточной аттестации**

### **Вопросы к экзамену**

1. Основные стоматологические заболевания населения РФ.
2. Показатели стоматологической заболеваемости в РФ.
3. Роль профилактики стоматологических заболеваний.
4. Направления профилактической стоматологии РФ в рамках профессии гигиенист стоматологический.
5. Виды профилактики стоматологических заболеваний.
6. Возрастные периоды ребенка и взрослого человека.
7. Этапы развития зубного зачатка.
8. Структура зубного зачатка.
9. Формирование твердых тканей зуба.

- 10.Сроки формирования постоянных и временных зубов.
- 11.Сроки минерализации постоянных и временных зубов.
- 12.Сроки прорезывания постоянных и временных зубов.
- 13.Причины нарушений закладки, минерализации и сроков прорезывания зубов.
- 14.Взаимосвязь между общим состоянием беременной женщины и развитием зубочелюстной системы у ребенка.
- 15.Признаки зуба.
- 16.Анатомия постоянных зубов.
- 17.Анатомия временных зубов.
- 18.Признаки отличия временных и постоянных зубов.
- 19.Осмотр стоматологического больного.
- 20.Выявление признаков зуба, анатомических особенностей, отклонений от нормального строения зуба.
- 21.Строение, состав и функции эмали, дентина, пульпы и цемента зуба.
- 22.Процессы деминерализации и реминерализации структуры эмали зуба.
- 23.Цвет зубов, варианты дисколорита зубов, причины изменения цвета зубов.
- 24.Структурные элементы пародонта и периодонта.
- 25.Анатомические особенности слизистой оболочки щек, губ, неба, альвеолярных отростков и десневой борозды.
- 26.Большие и малые слюнные железы, места их выводных протоков.
- 27.Состав и свойства слюны.
- 28.Состав и свойства десневой жидкости.
- 29.Ротовая жидкость, состав и свойства.
- 30.Основные и дополнительные методы осмотра стоматологического больного.
- 31.Рентгеновское обследование стоматологического пациента.
- 32.Зубная формула и способы ее записи в амбулаторную карту пациента.
- 33.Современные требования к оформлению документации стоматологического осмотра в том числе в электронном виде.
- 34.Техника безопасности при работе в стоматологическом кабинете.
- 35.Санитарно-эпидемиологический и гигиенический режим в стоматологическом кабинете.
- 36.Информационное соглашение на проведение и соблюдение правовых и нравственно-этических норм при осмотре стоматологического больного.
- 37.Понятие врачебной тайны и сохранения персональных данных пациента.
- 38.Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам.
- 39.Классификация заболеваний пародонта.
- 40.Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний пародонта.
- 41.Катаральный гингивит, клинические признаки и профилактика.
- 42.Гипертрофический гингивит, клинические признаки и профилактика.

43. Язвенно-некротический гингивит, клинические признаки и профилактика.
44. Основные принципы лечения и профилактики гингивитов.
45. Пародонтиты, клинические признаки, основные принципы лечения и профилактики пародонтитов.
46. Подвижность зубов и способы ее выявления при пародонтите.
47. Пародонтоз, клинические признаки и профилактика.
48. Идиопатические заболевания пародонта, клинические признаки и профилактика.
49. Пародонтомы, клинические признаки и профилактика.
50. Выявление у пациентов факторов риска заболеваний тканей пародонта.
51. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с заболеваниями тканей пародонта.
52. Классификация кариеса.
53. Причины кариеса.
54. Влияние фтора на развитие кариеса.
55. Общая профилактика кариеса.
56. Местная профилактика кариеса.
57. Антенатальная профилактика кариеса.
58. Кариес в стадии пятна, клинические проявления, диагностика, профилактика и лечение.
59. Начальный кариес, диагностика, профилактика и лечение.
60. Средний и глубокий кариес, диагностика, профилактика и общие принципы лечения.
61. Осложнения кариеса и их профилактика.
62. Выявление у пациентов факторов риска кариеса зубов.
63. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с кариесом зубов.
64. Классификация некариозных поражений твердых тканей зубов.
65. Гипоплазия эмали и флюороз: классификация, клинические проявления, принципы лечения и профилактики этих заболеваний.
66. Клиновидный дефект, Клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
67. Эрозия эмали, клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
68. Некроз твердых тканей зуба, клинические проявления, принципы лечения и профилактики.
69. Выявление у пациентов факторов риска развития некариозных заболеваний твердых тканей зубов.
70. Основные принципы ведения медицинской документации пациентов с некариозными поражениями твердых тканей зубов.
71. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий у детей в различные периоды развития зубочелюстной системы ребенка.
72. Классификация зубочелюстных аномалий.
73. Профилактика развития зубочелюстных аномалий.

- 74.Выявление у пациентов факторов риска развития зубочелюстных аномалий, деформаций и предпосылок их развития.
- 75.Заболевания слизистой оболочки полости рта. Классификация.
- 76.Травматические поражения слизистой оболочки полости рта, клинические признаки и профилактика.
- 77.Герпетический стоматит, клинические признаки, лечение и профилактика.
- 78.Кандидоз, клинические признаки, профилактика, профилактика и основные принципы лечения.
- 79.Афтозный стоматит, клинические признаки, дифференциальная диагностика, профилактика и основные принципы лечения.
- 80.Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях ЖКТ.
- 81.Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови.
- 82.Изменения слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- 83.Изменение слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете.
- 84.Изменение слизистой оболочки полости рта при вирусном гепатите.
- 85.Проявления ВИЧ-инфекции на слизистой оболочке полости рта.
- 86.Проявления сифилиса на слизистой оболочке полости рта.
- 87.Виды анестезии в стоматологической практике.
- 88.Осложнения анестезии.
- 89.Современные методики для диагностики заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта.
- 90.Рентгенологические методики для диагностики стоматологических заболеваний.
- 91.Виды рентгенограмм, применяемые в стоматологии.
- 92.Анализ рентгенограмм.
- 93.Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.
- 94.Переломы костей челюстно-лицевой области.
- 95.Вывихи нижней челюсти.
- 96.Ожоги и отморожения органов и тканей челюстно-лицевой области.
- 97.Основные принципы регистрации стоматологического статуса пациента в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

#### 4. Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

##### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
1.	1) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

##### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

##### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
1	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	отлично

2	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие экономическое содержание ответа.	хорошо
3	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает экономическое содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.	удовлетворительно
4	Решение неверное или отсутствует.	неудовлетворительно

### КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

№ п/п	критерии оценивания	оценка/зачет
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка **отлично**. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается **удовлетворительно**. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается **хорошо**.

### КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	«отлично» / зачтено

2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	<i>«хорошо» / зачтено</i>
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	<i>«удовлетворительно» / зачтено</i>
4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	<i>«неудовлетворительно»/ незачтено</i>

### **КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Шкала оценивания	Уровень освоения компетенции	Результаты освоения компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	Нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической



		деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

### 5. Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций

Оценка знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций по МДК 01.01 «Физиологическое акушерство» осуществляется в ходе текущего и промежуточного контроля. Текущий контроль организуется в формах: устного опроса (беседы, индивидуального опроса, докладов, сообщений); контрольных работ; проверки письменных заданий (эссе, рефератов); тестирования.

Промежуточный контроль осуществляется в формах зачета, дифференцированного зачета и итогового экзамена. Каждая форма промежуточного контроля должна включать в себя теоретические вопросы, позволяющие оценить уровень освоения студентами знаний и практические задания, выявляющие степень сформированности умений и навыков.

Процедура оценивания компетенций обучающихся основана на следующих принципах: периодичности проведения оценки, многоступенчатости оценки по устранению недостатков, единства используемой технологии для всех обучающихся, выполнения условий сопоставимости результатов оценивания, соблюдения последовательности проведения оценки.

Краткая характеристика процедуры реализации текущего и промежуточного контроля для оценки компетенций обучающихся включает:

**устный опрос** – устный опрос по основным терминам может проводиться в начале/конце лекционного или семинарского занятия в течении 15-20 мин. Либо устный опрос проводится в течение всего семинарского занятия по заранее выданной тематике.

**тест** – позволяет оценить уровень знаний студентами теоретического материала по дисциплине. Осуществляется на бумажных носителях по вариантам.

**Зачет (дифференцированный)**– проводится в заданный срок согласно графику учебного процесса. Зачет проходит в устной форме в виде собеседования по

вопросам итогового контроля. При выставлении результата по зачету учитывается уровень приобретенных компетенций студента. Компонент «знать» оценивается теоретическими вопросами по содержанию дисциплины, компоненты «уметь» и «владеть» - практикоориентированными заданиями.

**разноуровневые задания (кейс задания, ситуационные задачи).**

Цель решения задач — обучить студентов умению проводить анализ реальных ситуаций.

- Самостоятельное выполнение задания;
- Анализ и правильная оценка ситуации, предложенной в задаче;
- Правильность выполняемых действий и их аргументация;
- Верное анатомо-физиологическое обоснование решения;
- Самостоятельное формулирование выводов;

**реферат** - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы. Защита реферата проводится на занятии.

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, интернет ресурсы и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения.

**контрольная работа**- выполняется письменно, по завершению усвоения темы для выяснения уровня усвоения данной темы по следующим позициям: умение систематизировать знания; точное, осмысленное воспроизведение изученных

сведений; понимание сущности процессов; воспроизведение требуемой информации в полном объёме. Отведенное время – 45 мин.