

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ



М.С. Кунафин
2010 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дополнительной профессиональной переподготовки врачей
по специальности 040401.02 – «СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

Шифр специальности 040401.02

Учебная дисциплина: стоматология детская – 040401.02

Специальность: стоматология детская – 0040401.02

Должность: врач стоматолог детский.

Продолжительность обучения: 4 месяца (576 часов)

Контингент слушателей: врачи стоматологи других стоматологических специальностей, врачи стоматологи детские и заведующие детскими стоматологическими отделениями.

	Часов
Всего	576
Лекций	138
Практических занятий	255
Семинарских занятий	177
Экзамен	6

Уфа – 2010

Рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП) «Стоматология детская», продолжительностью 576 часов, 16 недель, 4 месяца составлена на основании Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040401.02 «Стоматология детская». - М. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004, и Типовой программы дополнительного профессионального образования по специальности «Стоматология детская» - М. ГОУ ВУНМЦ, 2004

Составители:

к.м.н., доцент В. И. Авраменко, к.м.н., доцент Ю.Н. Шестаков под общей редакцией д.м.н., профессора Г.Г. Мингазова

Рецензенты:

Зав. кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии д.м.н., профессор И.М. Байриков.

Казанский Государственный Медицинский Университет, профессор кафедры стоматологии д.м.н., профессор Р.Г. Хафизов

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ИПО БГМУ от « 01 » 10 2010 г., протокол № 120

Зав. кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии д.м.н. профессор Мингазов Г.Г.

Рабочая программа одобрена методическим советом специальности хирургического профиля ИПО БГМУ от « 40 » 10 2010 г., протокол № 15

Председатель МСС,
д.м.н. профессор

Секретарь, к.м.н.

С.Н. Хунафин

А.И. Пуцман

Рабочая программа утверждена координационным научно-методическим советом ИПО БГМУ от « 10 » 10 2010 г., протокол № 5

Председатель КНМС ИПО БГМУ
д.м.н., профессор

Секретарь, д.м.н. профессор

М.С. Кунафин

Л.П. Фаизова

Рабочая программа утверждена на Ученом Совете ИПО БГМУ от « 10 » 10 2010 г., протокол № 4

Председатель Ученого Совета ИПО БГМУ,
д.м.н., профессор

Секретарь, д.м.н., профессор

М.С. Кунафин

Г.П. Ширяева

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ПП «Стоматология детская»

по специальности «__Стоматология детская____»

код 040401.02 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению врачей по специальности _Стоматология детская код_040401.02_

Характеристика: рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП) «Стоматология детская» предусматривает обучение слушателей: зав. детскими стоматологическими отделениями, стоматологи детские, стоматологи любой стоматологической специальности (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по различным разделам стоматологии детской.

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часов)- из них лекции 138 часов, практические занятия – 255 часов, семинарские занятия – 177 часов, экзамен – 6 часа. Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте. Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты, ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена самостоятельная работа с тестами, выполнение дипломного проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ПП врачей стоматологов детских; требования к уровню освоения дисциплин цикла ПП врачей стоматологов детских; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть врач стоматолог детский и раздел манипуляций. В представленных разделах государственной итоговой аттестации отражена подготовка по основным проблемам стоматологии детской: организация стоматологической помощи детям, методы обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: профилактика стоматологических заболеваний в детском возрасте и основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта). Также включены разделы детской хирургической стоматологии, ортодонтии, и в том числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии, медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к изучению.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	10	Нет
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	10	Нет
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	Нет

4. Авторами использованы методы стандартизации.	9	Нет
5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.	10	Нет
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	9	Нет
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	10	Нет
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	9	Нет
9. Определения четки, доступны для понимания.	10	Нет
10. Однозначность употребления терминов.	10	Нет
11. Соблюдены нормы современного русского языка.	10	Нет
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	10	Нет
Итого баллов	116	

Заключение:

Рабочая программа ПП «Стоматология детская» по специальности «Стоматология детская» 040401.02 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» октября _2010г.

Зав.кафедрой скорой помощи,
медицины катастроф с курсами
термической травмы и трансфузиологии
ИПО д.м.н. профессор

Хунафин С.Н.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ПП «Стоматология детская»

по специальности «__Стоматология детская____»

код 040401.02 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению врачей по специальности _Стоматология детская код_040401.02_

Характеристика: рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП) «Стоматология детская» предусматривает обучение слушателей: зав. детскими стоматологическими отделениями, стоматологи детские, стоматологи любой стоматологической специальности (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по различным разделам стоматологии детской.

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часов)- из них лекции 138 часов, практические занятия – 255 часов, семинарские занятия – 177 часов, экзамен – 6 часа. Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте. Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты, ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена самостоятельная работа с тестами, выполнение дипломного проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ПП врачей стоматологов детских; требования к уровню освоения дисциплин цикла ПП врачей стоматологов детских; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть врач стоматолог детский и раздел манипуляций. В представленных разделах государственной итоговой аттестации отражена подготовка по основным проблемам стоматологии детской: организация стоматологической помощи детям, методы обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: профилактика стоматологических заболеваний в детском возрасте и основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта). Также включены разделы детской хирургической стоматологии, ортодонтии, и в том числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии, медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к изучению.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	10	Нет
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	10	Нет
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	Нет

4. Авторами использованы методы стандартизации.	9	Нет
5. Использованы классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.	10	Нет
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	9	Нет
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	10	Нет
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	9	Нет
9. Определения четки, доступны для понимания.	10	Нет
10. Однозначность употребления терминов.	10	Нет
11 . Соблюдены нормы современного русского языка.	10	Нет
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	10	Нет
Итого баллов	116	

Заключение:

Рабочая программа ПП «Стоматология детская» по специальности «Стоматология детская» 040401.02 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» октября _2010г.

Зав. кафедрой
поликлинической медицины ИПО
д.м.н. профессор

Волевач Л.В.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
1. Пояснительная записка	8
1.1 Актуальность и предпосылки создания программы	8
1.2. Цель изучения дисциплины	8
1.3 Задачи изучения дисциплины	8
2. Положение о враче – стоматологе детском	9
Квалификационные требования, предъявляемые к врачу стоматологу детскому	9
3. Квалификационная характеристика врача –стоматолога детского	9
4. Содержание дисциплины	12
4.1. Модуль Стоматология детская	12
4.1.1. Модуль Стоматология детская . Раздел терапевтический.	38
4.1.2. Модуль Стоматология детская. Раздел хирургический.	42
4.1.3. Модуль Стоматология детская. Раздел ортодонтия.	45
4.1.4. Модуль Избранные вопросы смежных дисциплин	48
4.2. Учебно – тематический и учебные планы	49
4.3. Учебно – исследовательская работа врача стоматолога детского, рекомендуемая тематика курсовых и дипломных проектов.проектов	53
4.3.1. Самостоятельная работа курсантов	53
4.3.2. Семинары	53
5. Результаты изучения материала дисциплины	54
5.1. Практическая часть	54
5.2. Практическая часть (модуль)	59
5.3. Практические навыки, которыми должен владеть врач-стоматолог детский	78
6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала дисциплины	85
7. Учебно – методическое обеспечение дисциплины	85
7.1. Используемые технические средства	85
7.2. Таблицы, рисунки, схемы	86
7.3. Учебные слайды, видеофильмы	86
7.4. Перечень методических указаний и рекомендаций	86
7.5. Учебно – отчетная документация	86
8. Список литературы	86
8.1. Нормативно-правовая база системы последипломного образования и стоматологической службы	87
8.2. Основная литература	90
8.3. Дополнительная литература	91
8.4. Литература последних лет	91
8.5. Директивные документы, нормативы, инструкции	95
9. Квалификационные тесты	99

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.

1.1. Актуальность и предпосылки создания программы.

Для улучшения качества медицинского обеспечения детского населения особое значение приобретает повышение профессионального мастерства медицинских кадров.

Развитие теоретической и практической стоматологии требует непрерывного обновления знаний и подготовки специалистов в области стоматологии детской.

Настоящая рабочая программа предназначена для дополнительного профессионального образования врачей – стоматологов по специальности «Стоматология детская».

Целью цикла профессиональной переподготовки (ПП) является приобретение врачом полного объема систематизированных теоретических знаний, умений и необходимых профессиональных навыков для самостоятельной работы врачом стоматологом детским. Продолжительность профессиональной переподготовки — 576 часов при стандартном режиме работы в день 6 часов - лекции 138 часов, практические занятия 255 часов, семинарские занятия 177 часов.

На цикле профессиональной переподготовки обязательным является контроль базисных знаний и навыков слушателей перед началом обучения (государственная вступительная аттестация). В процессе обучения проводится этапный контроль. Заключительный итоговый контроль (государственная итоговая аттестация) проводится по окончании цикла ПП и завершается получением документов установленного образца (диплом).

1.2. Цель изучения дисциплины.

Целью изучения дисциплины является приобретение новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых врачу – стоматологу детскому для диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний твердых тканей зуба, эндодонта,

пародонта и слизистой оболочки полости рта и др.; комплексного лечения этих заболеваний и их осложнений, а также профилактики их.

1.3. Задачи изучения дисциплины.

Задачи цикла:

- Определить соответствие курсантов квалификационной характеристике по специальности «стоматология детская».
- Повысить профессиональную квалификацию врачей-стоматологов-детских по диагностике и принципам лечения основных стоматологических заболеваний и патологических состояний зубочелюстной системы требующих консервативного, консервативно-хирургического, хирургического лечения.
- Повысить качество выполнения врачебных манипуляций лечения заболеваний зубочелюстной системы и контроля качества их выполнения.
- Научить предупреждать диагностические, лечебные и деонтологические ошибки, встречающиеся в практике врачей-стоматологов-детских.
- Изучить современные методы лечения и профилактики в стоматологии детской.
- Изучить современные проблемы смежных и фундаментальных дисциплин необходимых для практической работы врача – стоматолога детского.

2. ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ СЕЦИАЛИСТЕ СТОМАТОЛОГЕ ДЕТСКОМ.

Специалист врач-стоматолог с высшим медицинским образованием, имеет юридическое право оказывать специализированную стоматологическую помощь всему населению.

Квалификационные требования, предъявляемые к врачу - специалисту стоматологу детскому:

Врач-стоматолог детский обязан владеть общеврачебными манипуляциями, уметь оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, владеть методами формирования здорового образа жизни,

соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении оздоровительных, профилактических, лечебно - диагностических и реабилитационных мероприятий.

- должен приобрести знания, умения и практические навыки для самостоятельного выполнения следующих профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:

- проводить врачебное обследование и оценивать данные исследований больного;

составлять план лабораторного, функционального, инструментального обследования;

давать клиническую оценку результатов лабораторных, лучевых, электрофизиологических, эндоскопических и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования;

формулировать в своих заключениях диагностическое решение (предварительный или клинический диагноз) в соответствии с требованиями МКБ-10;

- владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний среди детей, а также реабилитации больных

Врач-стоматолог детский должен научиться проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в объеме квалифицированной стоматологической помощи при лечении распространенных у подростков и детей воспалительных, дистрофических, диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических заболеваний и травм челюстно-лицевой области.

3.КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО

В соответствии с требованиями специальности врач-стоматолог должен знать и уметь:

1. Общие знания:

- Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- Правовые вопросы; общие вопросы организации стоматологической помощи в России и в Республике Башкортостан, организацию работы скорой и неотложной стоматологической помощи детскому населению; топографическую анатомию головы и челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфооттока, строение зубов, эмбриологию зубочелюстной области и основные нарушения эмбриогенеза;
- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при патологии челюстно-лицевой области;
- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- Биологическую роль зубочелюстной области, биомеханику жевания, возрастные изменения челюстно-лицевой области, особенности воздействия на нее внешней и внутренней среды;
- Роль гигиенического содержания полости рта и предупреждение развития заболеваний зубов и пародонта; методы и средства гигиены полости рта;
- Этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний, их влияние на органы и системы организма человека;
- Понятие стоматогенного очага инфекции и взаимообусловленных заболеваний;
- Роль наследственных факторов в развитии стоматологических заболеваний;
- Принципы обследования больных врачом-стоматологом детским, значение специальных и дополнительных методов исследования для

дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний среди детей;

- Показания и противопоказания к рентгенологическому исследованию;
 - Клиническую симптоматику основных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, их профилактику, диагностику и лечение;
 - Основы фармакотерапии в стоматологии детской;
 - Принципы, приемы и методы обезболивания в стоматологии детской, вопросы интенсивной терапии и реанимации у детей; особенности проведения стоматологических манипуляций при пограничных состояниях;
 - Показания и противопоказания к удалению зубов в различных возрастных группах;
 - Методы ортодонтического лечения и показания к детскому протезированию;
 - Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы;
 - Организацию и проведение диспансеризации детского населения и стоматологических больных;
 - Формы и методы санитарного просвещения;
 - Принципы устройства и эксплуатации зубоврачебной аппаратуры; вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны
-
- 2.Общие умения:
Получить информацию о заболеваниях, выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
 - Провести обследование челюстно-лицевой области, включая: определение степени подвижности зубов и атрофии тканей при заболеваниях пародонта;

- Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), интерпретировать их результаты;
- Провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний,
- Обосновать клинический диагноз;
- Составить план обследования, лечения больного;
- Выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание и определить показания к общему обезболиванию стоматологических заболеваний;
- Проводить профилактику кариеса и его осложнений, некариозных поражений твердых тканей и заболеваний пародонта;
- Удалять зубные отложения, осуществлять кюретаж, орошение и аппликацию медикаментов, покрытие зубов фторлаком и шлифование тканей зуба, герметизацию фиссур;
- Составлять отчет о своей работе и дать анализ ее; проводить санитарно-просветительную работу среди детского населения и стоматологических больных;

3.Специальные знания, умения:

Специалист врач-стоматолог детский должен оказывать медицинскую помощь при следующих состояниях:

- Травматический шок;
- Острый сосудистый коллапс;
- Острая кровопотеря;
- Острая сердечная и дыхательная недостаточность.
- Врач-стоматолог детский должен уметь установить диагноз, провести необходимую профилактику и лечение при следующих заболеваниях:
- Кариес зубов;

- Пульпит;
- Периодонтит;
- Некариозные поражения зубов;
- Гингивит;
пародонтит;
- Пародонтоз;
- Хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- Герпетический стоматит;
- Аллергический (медикаметозный) стоматит;
- Многоформная экссудативная эритема;
- Глоссита и аномалии языка;
метеорологический хейлит;
лейкоплакия;
хронические трещины губ;
красный плоский лишай;
предраковые заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ
- Неотложная помощь в стоматологии детской:
острая зубная боль;
- Переломы и вывихи зубов;
вывих височно-нижнечелюстного сустава;
- Отек Квинке.

Манипуляции:

- профилактическая обработка зубов противокариозными средствами;
- пломбирование зубов с использованием амальгамы, композиционных материалов, стеклоиономерных цемента, силикофосфатных цемента, вкладок;
- шлифование и полирование пломб;

- лечение пульпита методом удаления или сохранения жизнеспособной пульпы;
- применение внутриканальных и параппульпарных штифтов при реставрации зуба;
- удаление зубных отложений;
- местное лечение заболеваний пародонта с использованием мазей, аппликаций, повязок и т. д.;
- местное и проводниковое обезболивание;
- местное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта с использованием ирригаций, аппликаций, ванночек и др.;
- искусственное дыхание;
- наружный массаж сердца;
- остановка внутреннего и наружного кровотечения;
- перевязка и тампонада ран;
- транспортная иммобилизация;
- трахеотомия.

4. СОДЕРЖАНИЕ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Код	Наименование тем, элементов
1	2
1.1.	Организация стоматологической помощи детскому населению
1.1.1.	Место организации стоматологической помощи в общей структуре организации здравоохранения
1.1.1.1.	История отечественной науки «Организация стоматологической помощи детскому населению»
1.1.1.2.	Видные детали отечественной организации

- стоматологической помощи
- 1.1.2. Задачи организации стоматологической помощи детскому населению и используемые при этом основные методические приемы
- 1.1.2.1. Планирование сети стоматологических учреждений и кадрового обеспечения
- 1.1.2.1.1. Метод эпидемиологических исследований
- 1.1.2.1.2. Метод выкопировки необходимых данных из привычной медицинской документации
- 1.1.2.1.3. Метод статистического анализа детского населения
- 1.1.2.1.4. Метод анкетирования (социологические методы)
- 1.1.2.2. Организация специализированных видов стоматологической помощи детям
- 1.1.2.2.1. Организация детской стоматологической помощи
- 1.1.2.2.1. Сеть (государственная, альтернативная)
- 1.
 - Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
 - 1.1.2.2.1. 2.
 - 1.1.2.2.1. Показатели деятельности (количественные и качественные)
 - 3.
 - 1.1.2.2.2. Организация хирургической стоматологической помощи детям
 - 1.1.2.2.2. Сеть (государственная, альтернативная)
 - 1.
 - 1.1.2.2.2. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
 - 2.
 - 1.1.2.2.2. Показатели деятельности (количественные и качественные)
 - 3.
 - 1.1.2.2.3. Организация ортопедической стоматологической помощи детям
 - 1.1.2.2.3. Сеть (государственная, альтернативная)
 - 1.
 - 1.1.2.2.3. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
 - 2.
 - 1.1.2.2.3. Показатели деятельности (количественные и качественные)
 - 3.
 - 1.1.2.2.4. Организация ортодонтической стоматологической помощи детям
 - 1.1.2.2.4. Сеть (государственная, альтернативная)
 - 1.
 - 1.1.2.2.4. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
 - 2.
 - 1.1.2.2.4. Показатели деятельности (количественные и качественные)
 - 3.
 - 1.1.2.2.5. Организация челюстно-лицевой стоматологической

- помощи детям
- 1.1.2.2.5. Сеть (государственная, альтернативная)
- 1.
- 1.1.2.2.5. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
- 2.
- 1.1.2.2.5. Показатели деятельности (количественные и качественные)
- 3.
- 1.1.2.2.6. Особенности организации общей стоматологической помощи
- 1.1.2.2.6, Сеть (государственная, альтернативная)
- 1.
- 1.1.2.2.6. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
- 2.
- 1.1.2.2.6. Показатели деятельности (количественные и качественные)
- 3.
- 1.1.2.2.7. Организация детской стоматологической помощи
- 1.1.2.2.7. Сеть (государственная, альтернативная)
- 1.
- 1.1.2.2.7. Кадры (структура, нормативы, возрастной состав)
- 2.
- 1.1.2.2.7. Показатели деятельности (количественные и качественные)
- 3.
- 1.1.2.3. Работа стоматологических учреждений в новых экономических и социальных условиях
- 1.1.2.3.1. Основные принципы организации работы в новых условиях государственной стоматологической службы
- 1.1.2.3.1. Проблемы финансирования и основные источники поступления средств
- 1.
- 1.1.2.3.1. Экономические основы формирования тарифов на стоматологические услуги детям
- 2.
- 1.1.2.3.1. Абонементное стоматологическое обслуживание
- 3.
- 1.1.2.3.1. Работа детских стоматологических учреждений
- 4.
- 1.1.2.3.1. Лицензирование и аккредитация детских стоматологических учреждений
- 5.
- 1.1.2.3.1. Вопросы переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров
- 6.
- 1.1.2.3.1. Организация взаимодействия стоматологических подразделений и страховых компаний
- 7.
- 1.1.2.3.1. Роль вновь создаваемых региональных Ассоциаций стоматологов в улучшении организации и управлении стоматологической службой
- 8.

- 1.1.2.3.1. Частные вопросы организации узкоспециализированных видов стоматологической помощи, а также экстренной медицинской помощи
- 9. 1.1.2.3.2. Альтернативная стоматологическая служба
- 1.2. Медицинское страхование в стоматологии
- 1.2.1. Правовые основы медицинского страхования в России
- 1.2.1.1. Законы медицинского страхования в РФ
- 1.2.1.2. Правовые законы добровольного и обязательного медицинского страхования
- 1.2.2. Виды медицинского страхования и принципы их организации
- 1.2.3. Опыт организации стоматологического страхования в России и за рубежом
- 1.2.4. Социально-экономические проблемы введения медицинского страхования в России
- 1.2.4.1. Создание экономической основы введения медицинского страхования
- 1.2.4.2. Социально-психологические аспекты медицинского страхования
- 1.2.4.3. Анализ использования ресурсов в системе медицинского страхования
- 1.3. Медицинская деонтология и врачебная этика
- 1.3.1. Объем и содержание понятий «врачебная этика» и «медицинская деонтология»
- 1.3.2. Общая психотерапия, как практическое воплощение основных принципов деонтологии
- 1.3.3. Личность пациента и медицинского работника и их взаимодействие в лечебно-профилактической работе
- 1.3.4. Взаимоотношения врача и лиц, окружающих пациента
- 1.3.5. Взаимоотношения в медицинском коллективе
- 1.3.6. Врачебная тайна
- 1.4. Мероприятия по борьбе с ВИЧ и распространением других инфекций
- 1.4.1. Гигиена труда врача-стоматолога детского
- 1.4.2. Мероприятия по борьбе с ВИЧ в доклинической стадии
- 1.4.3. Меры борьбы с ВИЧ в клинической стадии
- 1.4.4. Профилактика распространения других инфекций на детском стоматологическом приеме
- 1.5. Некоторые частные правовые вопросы
- 1.5.1. Основные профессиональные обязанности и права медицинских работников детских стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов
- 1.5.2. Совместительство. Заместительство. Совмещение профессий
- 1.5.3. Дисциплина труда врача стоматолога детского

- 1.5.4. Понятие преступления и его состава
- 1.5.5. Классификация профессиональных правонарушений медицинских и фармацевтических работников, уголовная ответственность за их совершение

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОЙ И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

Код	Наименование тем, элементов
1	2
2.1.3.	Оперативная хирургия
2.1.3.1.	Разрезы на лице и шее при воспалительных процессах
2.1.3.2.	Разрезы в полости рта при воспалительных процессах
2.1.3.3.	Трахеостомия
2.1.3.4.	Перевязка наружной сонной артерии
2.1 .4.	Развитие и воспитание детей, гигиенические основы воспитания и обучения
2.1.4.1.	Актуальные проблемы охраны здоровья, воспитания и обучения детей
2.1.4.2.	Возрастные периодизации
2.1.4.3.	Закономерности роста развития детей от 0 до 15 лет
2.1.4.4.	Физическое развитие, акселерация, ретардация
2.1.4.5.	Физиологические константы
2.1.4.6.	Характеристика групп здоровья
2.1.4.7.	Развитие и воспитание детей раннего возраста
2.1.4.8.	Принципы рационального вскармливания и питания детей
2.1.4.9.	Особенности питания детей при стоматологических заболеваниях
2.1.5.	Понятие о зубном налете и механизме его образования
2.1.5.1.	Состав зубного налета
2.1.5.2.	Понятие о ретенционных пунктах
2.1.5.3	Методы выявления и оценки кариесогенной ситуации в полости рта
2.1.5.4.	Средства гигиены полости рта
2.1.5.4.1	Зубные щетки, флоссы, ершики, зубочистки
.	
2.1.5.4.2	Зубные пасты
.	
2.1.5.4.3	Гигиенические зубные пасты
.	
2.1.5.4.4	Лечебно-профилактические зубные пасты и кремы
.	
2.1.5.4.5	Зубные гели
.	

- 2.1.5.4.6 Эликсиры, полоскания
- .
- 2.2. Избранные вопросы смежных специальностей
- 2.2.1. Медицинская генетика
- 2.2.1.1. Общие сведения о структуре и функции генетического аппарата
- 2.2.1.2. Общеклинические показатели наследственных заболеваний
- 2.2.1.3. Наследственные аномалии и пороки развития
- 2.2.1.4. Понятие о специальных методах диагностики наследственных заболеваний
- 2.2.1.5. Профилактика наследственных заболеваний, медико-генетическое консультирование детей
- 2.2.2. Возрастные особенности иммунологической реактивности детского организма
- 2.2.2.1. Общая характеристика иммунитета и неспецифические факторы защиты
- 2.2.2.1.1 Биологическое значение систем защиты и гомеостаза
- .
- 2.2.2.1.2 Понятие об антигене и антителе
- .
- 2.2.2.2. Неспецифические механизмы защиты
- 2.2.2.2.1 Понятие о системе лизоцима
- .
- 2.2.2.2.2 Понятие о фагоцитозе
- .
- 2.2.2.2.3 Интерфероны, реаферон
- .
- 2.2.2.2.4 Иммунологическая реактивность лимфоидной ткани
- .
- 2.2.2.3. Гуморальная система защиты
- 2.2.2.3.1 Иммуноглобулины
- .
- 2.2.2.3.2 Понятие о местном иммунитете
- .
- 2.2.3. Избранные вопросы педиатрии
- 2.2.3.1. Детские инфекции
- 2.2.3.2. Вопросы гастроэнтерологии на современном этапе
- 2.2.3.3. Болезни крови
- 2.2.3.4. Вопросы эндокринологии
- 2.2.3.5. Понятие о коллагенозах
- 2.2.3.6. Принципы лекарственной терапии в педиатрии
- 2.2.3.6.1 Некоторые физиологические особенности детского возраста и лекарственная терапия
- .
- 2.2.3.6.2 Витамины

- 2.2.3.6.3 Противовоспалительные препараты
- 2.2.3.6.4 Основные группы антибиотиков
- 2.2.3.6.5 Гормональные препараты
- 2.2.3.6.6 Иммунодепрессивные препараты
- 2.2.3.6.7 Антикоагулянты
- 2.2.3.6.8 Противосудорожные и седативные препараты
- 2.2.3.6.9 Антигистаминные
- 2.2.3.6.1 Кардиотонические
- 0. 2.2.3.6.1 Диуретические
- 1. 2.2.3.6.1 Принципы трансфузионной и инфузионной терапии
- 2. 2.2.3.6.1 Иммунотерапия
- 3. 2.2.3.6.1 Побочное действие лекарственных препаратов
- 4. 2.2.3.7. Общие понятия о физиотерапии, физические факторы, применяемые в физиотерапии
- 2.2.3.7.1 Лечение электричеством
- 2.2.3.7.2 Лечение ультразвуком
- 2.2.3.7.3 Светолечение, гелий-неоновый лазер
- 2.2.3.7.4 Аэролопотерапия
- 2.2.3.7.5 Аэрозольтрапия
- 2.2.3.7.6 Водолечение
- 2.2.3.7.7 Теплолечение
- 2.2.3.7.8 Массаж
- 2.2.3.8. Нетрадиционные методы лечения

Раздел 3.
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОЙ

Код	Наименование тем, элементов
3.1	Клинические методы обследования
3.1.1.	Анамнез
3.1.1.1.	Генеалогический анамнез
3.1.1.2.	Анамнез жизни, развитие, питание, перенесенные заболевания и др.
3.1.1.3.	Аллергологический анамнез
3.1.1.4.	Анамнез заболевания
3.1.2.	Изучение стоматологического статуса
3.1.2.1.	Последовательность изучения стоматологического статуса
3.1.2.2.	Осмотр
3.1.2.3.	Пальпация
3.1.2.4.	Перкуссия
3.1.2.5.	Изучение функций (дыхания, смыкания губ, открывания рта, глотания, речевой артикуляции и др.)
3.2.	Дополнительные методы обследования
3.2.1.	Антропометрические методы
3.2.1.1.	Рост
3.2.1.2.	Масса тела
3.2.1.3.	Измерение мозгового и лицевого черепа
3.2.2.	Лабораторные методы
3.2.2.1.	Исследование крови
3.2.2.2.	Исследование мочи
3.2.2.3.	Исследование кала
3.2.2.4.	Исследование слюны
3.2.2.5.	Исследование зубного налета
3.2.2.6.	Исследование резистентности твердых тканей зубов
3.2.2.7.	Морфологические исследования (мазки, отпечатки, соскобы, биопсии)
3.2.2.	Аппаратурные методы
3.2.2.1.	Рентгенография
3.2.2.2.	Флюорография
3.2.2.3.	Электродонтодиагностика
3.2.2.4.	Электромиография
3.2.2.5.	Реография
3.2.3.6.	Термометрия
3.2.2.7.	Остеометрия

Раздел 4.
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОЙ

Код	Наименование тем, элементов
1	2
4.1.	Профилактика заболеваний и укрепление здоровья детского населения
4.1.1.	Профилактика как наука и предмет преподавания
4.1.1.1.	Понятия «профилактика» и «реабилитация»
4.1.1.2.	Классификация профилактических мероприятий
4.1.1.3.	Понятие «фактор риска»
4.1.1.4.	Понятия «адаптация», «реактивность» организма
4.1.2.	Первичная профилактика стоматологических заболеваний — основное направление стоматологии детской
4.1.2.1.	Задачи врача стоматолога детского в профилактике стоматологических заболеваний
4.1.2.2.	Задачи педиатров в профилактике стоматологических заболеваний
4.1.2.3.	Задачи педагогов, специалистов по профессиональной работе с детьми и воспитателей детских образовательных дошкольных учреждений и школ в профилактике стоматологических заболеваний
4.1.2.4.	Инструктивные документы
4.1.3.	Вопросы санитарно-гигиенического воспитания детского населения
4.1.3.1.	Закаливание организма
4.1.3.2.	Обеспечение режима дня
4.1.3.3.	Пребывание на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны
4.1.3.4.	Лечение хронических заболеваний организма.
4.1.3.5.	Организация правильного питания детей
4.1.3.6.	Занятия спортом
4.1.3.7.	Атравматическое воспитание
4.1.3.8.	Формирование навыков поведения (дома, в школе, производственного обучения + техники безопасности в школьных учреждениях, на спортивных площадках)
4.1.3.9.	Вредные привычки и борьба с ними
4.1.4.	Вопросы организации профилактики стоматологических заболеваний среди детей
4.1.4.1.	Составление программ профилактики стоматологических заболеваний среди детей
4.1.4.1.	Эпидемиологические данные
1.	
4.1.4.1.	Материально-техническое обеспечение
2.	
4.1.4.1.	Критерии оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий среди детей
3.	
4.1.4.2.	Диспансеризация — основной метод внедрения программ

- профилактики стоматологических заболеваний среди детей и их оздоровления
- 4.1.4.2. Определение контингента для внедрения программ профилактики
 - 1.
- 4.1.4.2. Определение баз для внедрения программ профилактики
 - 2.
- 4.1.4.2. Критерии оценки эффективности внедрения программ профилактики
 - 3.
- 4.2. Профилактика стоматологических заболеваний детей
 - 4.2.1. Профилактика кариеса зуба
 - 4.2.1.1. Теоретические основы профилактики кариеса зубов
 - 4.2.1.2. Роль факторов риска кариозного процесса у детей раннего возраста
 - 1. Пороки развития тканей зубов
 - 2. Питание
 - 1.
 - 3. Зубной налет и др.
 - 1.
 - 4.2.1.3. Средства профилактики кариеса и показания к их применению
 - 4.2.1.4. Роль санитарно-гигиенического обучения и воспитания в профилактике кариеса зубов
 - 4.2.1.5. Составление программ профилактики кариеса
 - 4.2.1.6. Особенности внедрения программ профилактики кариеса
 - 4.2.1.7. Критерии оценки эффективности программ профилактики кариеса и их внедрения
 - 4.2.2. Профилактика зубочелюстных аномалий в системе диспансеризации детей у стоматолога
 - 4.2.2.1. Задачи детского стоматолога в профилактике зубочелюстных аномалий
 - 1. Группировка детей при отборе контингента на диспансеризацию
 - 1. Содержание профилактической работы
 - 2.
 - 2. Методика устранения активно действующих причин, способствующих развитию зубочелюстных аномалий
 - 3.
 - 4.2.2.2. Организация мероприятий в детских организованных коллективах
 - 4.2.2.3. Лечебная физкультура в профилактике зубочелюстных аномалий
 - 4.2.2.4. Определение задач врача ортодонта и врача стоматолога хирурга в профилактике аномалий прикуса
 - 4.2.3. Профилактика болезней слизистой оболочки полости рта и губ

- 4.2.3.1. Теоретические основы профилактики заболеваний оболочки полости рта и губ у детей в различные возрастные периоды
- 4.2.3.2. Изоляция от контакта с больными
- 4.2.3.3. Ограничение приема лекарственных средств у детей с аномалиями конституции
- 4.2.3.4. Обеспечение правильной архитектоники губ и развитого носового дыхания
- 4.2.4. Профилактика заболеваний пародонта
- 4.2.4.1. Теоретические основы профилактики заболеваний пародонта
- 4.2.4.2. Периоды проведения мер профилактики
- 4.2.5. Опухоли и опухолеподобные образования
- 4.2.5.1. Онкологическая настороженность врача
- 4.2.5.1. Выявление детей группы риска
- 1. 4.2.5.1. Семейная предрасположенность к некоторым новообразованиям
- 2. 4.2.5.1. Владение методикой обследования ребенка с учетом онкологической настороженности
- 3. 4.2.5.1. Знание организационных форм оказания помощи детям с опухолями и опухолеподобными образованиями
- 4. 4.2.5.1. Своевременное лечение доброкачественных опухолей и предопухолевых процессов
- 5. 4.2.6. Пороки развития лица и челюстей
- 4.2.6.1. Санитарно-просветительная работа в школе
- 4.2.6.1. Информация о репродуктивной функции человека
- 1. 4.2.6.1. Воспитание здорового образа жизни
- 2. 4.2.6.1. Борьба с вредными привычками (алкоголь, курение, наркомания)
- 3. 4.2.6.2. Борьба за здоровых родителей
- 4.2.6.2. Консультация «Семья и брак»
- 1. 4.2.6.2. Лечение хронических заболеваний будущих родителей
- 2. 4.2.6.3. Методико-генетическое консультирование
- 4.2.6.3. Тератогенные факторы
- 1. 4.2.6.3. Дизэмбриогенетические стигмы
- 2. 4.2.6.4. Охранительный режим женщины в I триместр беременности
- 4.2.7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

- 4.2.1.1. Специфическая профилактика воспалительных заболеваний
- 4.2.7.2. Санитарно-просветительная работа, ориентирующая на регулярное своевременное лечение зубов
- 4.2.7.2. Использование адекватного обезболивания при лечении зубов
- 1. 4.2.7.2. Эффективное лечение кариеса и его осложнений
- 2. 4.2.7.2. Диспансеризация детей с хроническим периодонтитом, имеющих факторы риска развития воспалительных заболеваний
- 3. 4.2.7.2. Пределы консервативного лечения зубов
- 4.

Раздел 5. КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Код	Наименование тем, элементов
1	2
5.1.	Эпидемиология, этиология и патогенез кариеса
5.1.1.	Эпидемиология кариеса
5.1.1.1.	Распространенность кариеса
5.1.1.2.	Интенсивность кариеса
5.1.1.3.	Заболеваемость кариесом
5.1.1.4.	Боллезненность кариеса
5.1.2.	Этиология кариеса
5.1.2.1.	Эндогенные факторы
5.1.2.2.	Экзогенные факторы
5.1.3.	Патогенез кариеса
5.1.3.1.	Патофизиологическая характеристика кариеса
5.1.3.2.	Патологоанатомическая характеристика кариеса
5.2.	Клиника кариеса
5.2.1.	Классификация кариеса зубов
5.2.1.1.	По степени активности и патологического процесса
5.2.1.1.1.	Первая степень активности
5.2.1.1.2.	Вторая степень активности
5.2.1.1.3.	Третья степень активности
5.2.1.2.	По локализации кариозного поражения зуба
5.2.1.2.1.	Кариес фиссур и слепых ямок
5.2.1.2.2.	Кариес апроксимальных поверхностей
5.2.1.2.3.	Кариес пришеечной области
5.2.1.2.4.	Смешанная форма
5.2.1.3.	По глубине поражения
5.2.1.3.1.	Начальный кариес

- 5.2.1.3.2. Поверхностный кариес
- 5.2.1.3.3. Средний кариес
- 5.2.1.3.4. Глубинный кариес
- 5.2.1.4. По последовательности возникновения
- 5.2.1.4.1. Первичный кариес
- 5.2.1.4.2. Вторичный кариес
- 5.2.2. Кариес зубов в различные возрастные периоды
- 5.2.2.1. Особенности кариеса зубов в возрасте до 2-х лет
- 5.2.2.2. Особенности кариеса зубов в возрасте от 2 до 4 лет
- 5.2.2.3. Особенности кариеса зубов в возрасте от 4 до 7 лет
- 5.2.2.4. Особенности кариеса зубов в возрасте от 7 до 10 лет
- 5.2.2.5. Особенности кариеса зубов в возрасте от 10 до 14 лет
- 5.2.2.6. Особенности кариеса зубов в возрасте от 14 до 16 лет
- 5.3. Реабилитация детей с кариесом
- 5.3.1. Диагностика кариеса
- 5.3.1.1. Клинические методы диагностики
- 5.3.1.2. Лабораторные методы диагностики
- 5.3.1.3. Аппаратурные методы диагностики
- 5.3.2. Лечение кариеса зубов
- 5.3.2.1. Общее
- 5.3.2.2. Местное
- 5.3.2.2.1. Реминерализующая терапия кариеса
- 5.3.2.2.2. Препарирование и пломбирование кариозных полостей временных зубов с учетом степени активности кариеса и вида пломбировочного материала
- 5.3.2.2.3. Препарирование и пломбирование кариозных полостей в постоянных зубах с учетом активности кариеса и вида пломбировочного материала
- 5.3.2.2.4. Методы пломбирования вкладками
- 5.3.2.2.5. Пломбировочные материалы
- 5.3.2.2.5. Временные и лечебные стоматологические материалы
- 1. 5.3.2.2.5. Стоматологические цементы.
- 2. Показания к применению. Технологический процесс приготовления и восстановления дефектов цементами
- 5.3.2.2.5. Материалы на основе искусственных смол:
- 3. 1. Наполненные
- 2. Ненаполненные (композиционные материалы)
- 5.3.2.2.5. Показания к применению
- 4. 5.3.2.2.5. Технологический процесс восстановления зубов
- 5. 5.3.2.2.5. Материалы для металлических пломб. Показания к применению
- 6. 5.3.3. Вторичная профилактика кариеса

- 5.3.3.1. Санация полости рта (лечение)
- 5.3.3.2. Местное применение медикаментозных средств для повышения кариесрезистентности твердых тканей зубов
- 5.3.3.3. Повышение иммунологической реактивности организма ребенка. Рациональное питание, соблюдение режима питания
- 5.3.3.4. Санитарно-гигиеническое воспитание и контроль за гигиеническим состоянием полости рта
- 5.3.3.5. Планирование программ реабилитации и прогнозирование характера течения кариозного процесса в зависимости от степени его активности
- 5.3.3.5.1. Планирование лечебной работы
- 5.3.3.5.2. Прогностические признаки характера течения кариозного процесса
- 5.3.4. Организация внедрения программ реабилитации детей с кариесом в ДДОУ, школах, в соматических диспансерах, стационарах и поликлиниках
- 5.3.4.1. Диспансеризация как метод внедрения программ реабилитации
- 5.3.4.2. Особенности содержания внедрения программ реабилитации в зависимости от организации стоматологической помощи детям
- 5.3.4.3. Задачи реабилитации в зависимости от условий внедрения методов диспансеризации
- 5.3.4.4. Критерии оценки эффективности программ реабилитации

Раздел 6.

ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ. ЭНДОДОНТИЯ

Код	Наименование тем, элементов
1	2
6.1.	Особенности течения и принципы лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей
6.1.1.	Особенности течения одонтогенных воспалительных процессов у детей в период морфологической функциональной незрелости органов и тканей
6.1.1.1.	Функция ЦНС при воспалительных процессах
6.1.1.2.	Адаптационные резервы паренхиматозных органов
6.1.1.3.	Водно-солевой обмен при воспалительных процессах
6.1.1.4.	Общая иммунобиологическая реакция
6.1.2.	Особенности течения воспалительных процессов
6.1.2.1.	Особенности течения воспалительных процессов, обусловленных строением, ростом и созреванием зубов и

- | | |
|------------|--|
| | челюстных костей |
| 6.1.2.1.1. | Анатомо—физиологическая характеристика пульпы временных и постоянных зубов у детей в разные возрастные периоды |
| 1 | 6.1.2.1.1. |
| | Анатомическая характеристика полости зуба и корней временных зубов |
| 2 | 6.1.2.1.1. |
| | Гистологическое строение пульпы временных зубов в разные возрастные периоды |
| 3 | 6.1.2.1.1. |
| | Формирование и резорбция корней временных зубов |
| 4 | 6.1.2.1.1. |
| | Анатомическая характеристика полости зуба постоянных зубов |
| 5 | 6.1.2.1.1. |
| | Гистологическая характеристика пульпы постоянных зубов |
| 6 | 6.1.2.1.1. |
| | Формирование корней постоянных зубов |
| 7 | 6.1.2.1.1. |
| | Зона роста |
| 1 | 6.1.2.1.2. |
| | Анатомо-физиологическая характеристика периодонта у детей в разные возрастные периоды |
| 2 | 6.1.2.1.2. |
| | Анатомо-гистологическая характеристика периодонта формирующего периодонта |
| 3 | 6.1.2.1.2. |
| | Сформированного периодонта |
| 1 | 6.1.2.1.3. |
| | Анатомо-физиологическая характеристика челюстных и лицевых костей |
| 2 | 6.1.2.1.3. |
| | Периоды роста |
| | 6.1.2.1.3. |
| | Зоны роста |
| | 6.1.2.2. |
| | Клиническое значение особенностей кровоснабжения лица |
| | 6.1.2.3. |
| | Лимфатические узлы лица и шеи и лимфообращение в детском возрасте |
| | 6.1.3. |
| | Принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний |
| | 6.1.3.1. |
| | Показания к госпитализации при воспалительных процессах |
| | 6.1.3.2. |
| | Хирургическое лечение воспалительных процессов |
| | 6.1.3.2.1. |
| | Удаление зубов |
| | 6.1.3.2.2. |
| | Дренажное лечение инфекционного очага |
| | 6.1.3.3. |
| | Терапевтическое лечение воспалительных процессов |
| | 6.1.3.3.1. |
| | Поддержание гомеостаза (дыхание, гемодинамика, обмен) |

- 6.1.3.3.2. Поддержание и стимуляция иммунобиологических свойств
- 6.1.3.3.3. Гипосенсибилизация организма
- 6.1.3.3.4. Общеукрепляющая терапия
- 6.1.3.3.5. Седативная терапия
- 6.1.3.3.6. Лечение болевого синдрома
- 6.1.3.3.7. Исследование гноя для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам
- 6.1.3.3.8. Посев крови на стерильность
- 6.1.3.3.9. Антибактериальная терапия
- 6.1.3.3.9. Антибиотики
- 1 6.1.3.3.9. Сульфаниламидные препараты и др.
- 2
- 6.1.3.3.1 Пассивная иммунотерапия
- 0.
- 6.1.3.3.1 Лечение гнойной раны
- 1.
- 6.1.4. Исходы воспалительных процессов и вторичная профилактика
- 6.1.4.1 Исходы воспалительных заболеваний зубов
- 6.1.4.2. Исходы воспалительных заболеваний челюстных и лицевых костей
- 6.1.4.3. Исходы воспалительных заболеваний мягких тканей лица
- 6.1.4.4. Вторичная профилактика
- 6.2. Эндодонтия
- 6.2.1. Пульпиты. Понятие
- 6.2.1.1. Этиология и патогенез
- 6.2.1.2. Классификация пульпитов
- 6.2.1.3. Реабилитация детей с пульпитами
- 6.2.1.3.1. Диагностика и клиника пульпитов
- 6.2.1.3.2. Рентгенологическая характеристика пульпитов
- 6.2.1.3.3. Клиническое течение и диагностика пульпитов временных зубов
- 6.2.1.3.4. Клиническое течение и диагностика пульпитов постоянных зубов
- 6.2.1.3.5. Клиническое течение и диагностика пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями
- 6.2.1.3.6. Лечение пульпитов
- 6.2.1.3.6. Методы, предусматривающие сохранение всей пульпы
- 1
- 6.2.1.3.6. Методы витальной ампутации
- 2
- 6.2.1.3.6. Методы девитальной ампутации

3	6.2.1.3.6.	Методы девитальной экстирпации
4	6.2.1.3.6.	Способы и методики модификации пульпы временных
5	6.2.1.3.6.	зубов
6	6.2.1.3.6.	Особенности лечения пульпитов временных зубов у
7	6.2.1.3.6.	детей дошкольного и школьного возраста
8	6.2.1.3.6.	Особенности лечения пульпитов постоянных зубов
8	6.2.1.3.6.9	Методы и средства остановки кровотечения при лечении
10	6.2.1.3.6.	воспаления пульпы
10	6.2.1.3.6.	Пломбировочные материалы для корневых каналов при
11	6.2.1.3.6.	лечении пульпитов
11	6.2.1.3.6.	Эффективность лечения пульпитов у детей, ошибки и
	6.2.2.	осложнения
	6.2.2.1.	Периодонтиты
	6.2.2.1.1.	Этиология и патогенез
	6.2.2.1.2.	Этиологические факторы
	6.2.2.2.	Патогенез периодонтита
	6.2.2.3.	Рентгенологическая характеристика патологии
	6.2.2.4.	периодонта
	6.2.2.4.1.	Классификация
	6.2.2.4.1.	Реабилитация детей с периодонтитами
	6.2.2.4.1.	Клиника и диагностика
1	6.2.2.4.1.	Острые периодонтиты
2	6.2.2.4.1.	Хронические и обострившиеся периодонтиты.
3	6.2.2.4.1.	Дифференциальная диагностика
3	6.2.2.4.2.	Периодонтит зубов с несформированными корнями
1	6.2.2.4.2.	Лечение периодонтита
2	6.2.2.4.2.	Пределы консервативного лечения периодонтитов
3	6.2.2.4.2.	временных зубов
4	6.2.2.4.2.	Принципы лечения периодонтитов
5	6.2.2.4.2.	Инструментальная обработка каналов (правила работы
	6.2.2.4.2.	инструментами, поэтапность в работе, поочередность
	6.2.2.4.2.	применения)
	6.2.2.4.2.	Наборы инструментов для эндодонтии
	6.2.2.4.2.	Методы определения инструментальной диагностики
	6.2.2.4.2.	корневого канала
	6.2.2.4.2.	Правила эндодонтического раскрытия полости зуба и

- 6 устьев каналов
- 6.2.2.4.2. Лекарственные препараты
- 7
- 6.2.2.4.2. Пломбировочные материалы для корневых каналов
- 8
- 6.2.2.4.2. Хирургические методы лечения
- 9
- 6.2.2.4.2. Комбинированные методы лечения
- 10
- 6.2.2.4.2. Особенности лечения осложненного кариеса в условиях
- 11 общего обезболивания
- 6.2.2.4.3. Вторичная профилактика
- 6.2.2.4.4. Эффективность лечения, ошибки, осложнения
- 6.2.2.4.5. Организация эндодонтической службы

Раздел 7.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Код	Наименование тем, элементов
1	2
7.1.	Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области
7.1.1.	Лимфаденит
7.1.1.1.	Этиология и патогенез в разные возрастные периоды
7.1.1.2.	Классификация
7.1.1.3.	Реабилитация
7.1.1.3.1.	Клиника, диагностика
7.1.1.3.2.	Дифференциальная диагностика
7.1.1.3.3.	Лечение
7.1.1.3.4.	Вторичная профилактика
7.1.2.	Флегмона
7.1.2.1.	Этиология
7.1.2.2.	Классификация
7.1.2.3.	Реабилитация
7.1.2.3.1.	Клиника флегмон при различных локализациях
7.1.2.3.2.	Дифференциальная диагностика
7.1.2.3.3.	Осложнения
7.1.2.3.4.	Лечение
7.1.2.3.5.	Вторичная профилактика
7.1.3.	Абсцессы челюстно-лицевой области
7.1.3.1.	Этиология
7.1.3.2.	Реабилитация
7.1.3.3.	Клиника, диагностика
7.1.3.4.	Дифференциальная диагностика
7.1.3.5.	Лечение

- 7.1.3.6. Вторичная профилактика
- 7.1.4. Воспалительные заболевания слюнных желез
- 7.1.4.1. Острый эпидемический сиалоаденит
 - 7.1.4.1.1. Этиология
 - 7.1.4.1.2. Реабилитация
 - 7.1.4.1.2. Клиника
 - 1. 7.1.4.1.2. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.1.4.2. Неэпидемический сиалоаденит острый
 - 7.1.4.2.1. Реабилитация
 - 7.1.4.2.1. Клиника, диагностика
 - 1. 7.1.4.2.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.1.4.3. Неэпидемический хронический сиалоаденит и сиалодохит
 - 7.1.4.3.1. Реабилитация
 - 7.1.4.3.1. Клиника, диагностика
 - 1. 7.1.4.3.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.1.4.3.1. Контрастная сиалография
 - 3. 7.1.4.3.1. Лечение
 - 4. 7.1.4.3.1. Вторичная профилактика
 - 5. 7.1.4.4. Слюннокаменная болезнь в детском возрасте
 - 7.1.4.4.1. Реабилитация
 - 7.1.4.4.1. Клиника, диагностика
 - 1. 7.1.4.4.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.1.4.4.1. Лечение
 - 3. 7.1.4.4.1. Вторичная профилактика
 - 4. 7.1.4.5. Цитомегалия слюнных желез
 - 7.2. Воспалительные процессы челюстных и лицевых костей
 - 7.2.1. Периостит челюсти. Классификация (клинические формы)
 - 7.2.1.1. Реабилитация
 - 7.2.1.1.1. Клиника, диагностика острого периостита
 - 7.2.1.1.2. Клиника, диагностика хронического периостита

- 7.2.1.1.3. Лечение и вторичная профилактика
- 7.2.2. Остеомиелит челюстных и лицевых костей
 - 7.2.2.1. Этиология и патогенез
 - 7.2.2.2. Классификация и клинико-рентгенологические формы остеомиелита
 - 7.2.2.3. Острый одонтогенный остеомиелит
 - 7.2.2.3.1. Реабилитация
 - 7.2.2.3.1. Клиника, диагностика
 - 1. 7.2.2.3.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.2.2.3.1. Осложнения
 - 3. 7.2.2.3.1. Лечение и вторичная профилактика
 - 4. 7.2.2.4. Хронический остеомиелит
 - 7.2.2.4.1. Реабилитация
 - 7.2.2.4.1. Клиника
 - 1. 7.2.2.4.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.2.2.4.1. Осложнения
 - 3. 1.2.2.4.1. Лечение и вторичная профилактика
 - 4. 7.2.2.5. Гематогенный остеомиелит
 - 7.2.2.5.1. Реабилитация
 - 7.2.2.5.1. Клиника
 - 1. 7.2.2.5.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.2.2.5.1. Осложнения
 - 3. 7.2.2.5.1. Лечение и вторичная профилактика
 - 4. 7.2.2.6. Травматический остеомиелит
 - 7.2.2.6.1. Реабилитация
 - 7.2.2.6.1. Клиника
 - 1. 7.2.2.6.1. Дифференциальная диагностика
 - 2. 7.2.2.6.1. Осложнения
 - 3. 7.2.2.6.1. Лечение и вторичная профилактика
 - 4.

- 7.2.3. Одонтогенная, подкожная гранулема лица
- 7.2.3.1. Реабилитация
- 7.2.3.1.1. Клиника
- 7.2.3.1.2. Дифференциальная диагностика
- 7.2.3.1.3. Лечение
- 7.2.3.1.4. Осложнения, вторичная профилактика
- 7.2.4. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава
- 7.2.4.1. Артрит травматический
- 7.2.4.1.1. Классификация
- 7.2.4.1.2. Реабилитация
- 7.2.4.1.2. Клиника
- 1. 7.2.4.1.2. Лечение
- 2.
- 7.2.4.2. Артрит инфекционный
- 7.2.4.2.1. Классификация
- 7.2.4.2.2. Реабилитация
- 7.2.4.2.2. Клиника
- 1. 7.2.4.2.2. Лечение, вторичная профилактика
- 2.
- 7.2.4.3. Заболевания сустава в юношеском возрасте
- 7.2.4.3.1. Классификация
- 7.2.4.3.2. Реабилитация
- 7.2.4.3.2. Клиника
- 1. 7.2.4.3.2. Лечение, вторичная профилактика
- 2.
- 7.2.4.4. Вторичный деформирующий остеоартроз
- 7.2.4.4.1. Клиника
- 7.2.4.4.2. Лечение, вторичная профилактика
- 7.2.4.5. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- 7.2.4.5.1. Этиология и патогенез
- 7.2.4.5.2. Реабилитация
- 7.2.4.5.2. Клиника и диагностика
- 1. 7.2.4.5.2. Дифференциальная диагностика
- 2. 7.2.4.5.2. Хирургическое лечение
- 3. 7.2.4.5.2. Ортодонтическое лечение
- 4. 7.2.4.5.2. Лечебная гимнастика
- 5. 7.2.4.5.2. Вторичная профилактика

- 6.
 - 7.3. Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области
 - 7.3.1. Актиномикоз
 - 7.3.1.1. Классификация
 - 7.3.1.2. Реабилитация
 - 7.3.1.2.1. Клиника отдельных форм
 - 7.3.1.2.2. Диагностика актиномикоза
 - 7.3.1.2.3. Иммунодиагностика
 - 7.3.1.2.4. Особенности лечения актиномикоза
 - 7.3.2. Туберкулез
 - 7.3.2.1. Реабилитация
 - 7.3.2.1.1. Клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области
 - 7.3.2.1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика
 - 7.3.2.1.3. Особенности лечения туберкулеза
 - 7.4. Удаление зубов в детском возрасте
 - 7.4.1. Показания к удалению временных зубов
 - 7.4.1.1. Пороки развития твердых тканей, формирования и прорезывания зубов
 - 7.4.1.2. Воспалительные процессы
 - 7.4.1.3. Повреждения зубов
 - 7.4.1.4. Аномалии прикуса
 - 7.4.2. Показания к удалению постоянных зубов
 - 7.4.2.1. Пороки развития твердых тканей зубов
 - 7.4.2.2. Аномалии прикуса
 - 7.4.2.3. Воспалительные процессы
 - 7.4.2.4. Повреждения зубов
 - 7.4.2.5. Заболевания пародонта
 - 7.4.3. Показания к удалению зачатков зубов
 - 7.4.3.1. Аномалии прикуса
 - 7.4.3.2. Воспалительные процессы
 - 7.4.3.3. Повреждение зачатков
 - 7.4.4. Операция удаления зубов
 - 7.4.4.1. Особенности операции удаления временных зубов
 - 7.4.4.2. Операция удаления зачатков
 - 7.4.4.3. Зубосохраняющие операции
 - 7.4.5. Местные осложнения во время удаления зубов (профилактика, клиника, лечение)
 - 7.4.5.1. Перелом корня зуба, подлежащего удалению
 - 7.4.5.2. Вывих рядом стоящих зубов
 - 7.4.5.3. Вывих зачатка зуба
 - 7.4.5.4. Вывих челюсти
 - 7.4.5.5. Перелом челюсти
 - 7.4.5.6. Отлом альвеолярного отростка

- 7.4.5.7. Вскрытие верхнечелюстной пазухи
- 7.4.5.8. Повреждение мягких тканей полости рта
- 7.4.5.9. Кровотечение луночковое
- 7.4.6. Осложнения после удаления зуба
- 7.4.6.1. Воспалительные процессы
- 7.4.6.2. Невриты
- 7.4.6.3. Парестезии

Раздел 8.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

| Код | Наименование разделов, тем, элементов |
|----------|--|
| 1 | 2 |
| 8.1. | Структура заболеваний слизистой оболочки полости рта в детском возрасте |
| 8.1.1. | Возрастная морфология слизистой оболочки полости рта |
| 8.1.1.1. | Основные типы слизистой оболочки и их характеристика |
| 8.1.1.2. | Строение слизистой оболочки полости рта в разные возрастные периоды |
| 8.1.2. | Виды патологических процессов, развивающихся в слизистой оболочке полости рта |
| 8.1.2.1. | Спонгиоз |
| 8.1.2.2. | Баллонизирующая дегенерация |
| 8.1.2.3. | Акантолиоз |
| 8.1.2.4. | Акантоз |
| 8.1.2.5. | Гиперкератоз |
| 8.1.2.6. | Паракератоз |
| 8.1.3. | Элементы поражения |
| 8.1.3.1. | Пятно |
| 8.1.3.2. | Папула |
| 8.1.3.3. | Бугорок |
| 8.1.3.4. | Узел |
| 8.1.3.5. | Пузырек |
| 8.1.3.6. | Пузырь |
| 8.1.3.7. | Пустула |
| 8.1.3.8. | Волдырь |
| 8.1.3.9. | Афта |
| 8.1.3.10 | Эрозия |
| 8.1.3.11 | Язва |
| 8.1.3.12 | Корка |
| 8.1.3.13 | Рубец |
| 8.1.3.14 | Налет |
| 8.1.4. | Современные классификации |
| 8.1.4.1. | Понятие о заболеваниях, повреждениях и изменениях слизистой оболочки полости рта |

- 8.1.4.1.1 Составление диагноза заболеваний слизистой оболочки полости рта с учетом этиологии, локализации, клинического течения и морфологических изменений
- 8.1.5. Этиологические факторы в развитии патологии слизистой оболочки полости рта
 - 8.1.5.1. Роль вирусной инфекции
 - 8.1.5.2. Роль грибковой инфекции
 - 8.1.5.3. Роль бактериальной инфекции
 - 8.1.5.4. Роль спирохет и фузоспириллярного симбиоза
 - 8.1.5.5. Травма слизистой оболочки полости рта
 - 8.1.5.6. Значение аллергии
 - 8.1.5.7. Заболевание организма ребенка, проявляющееся симптомами патологии слизистой оболочки полости рта
- 8.2. Заболевания, изменения и повреждения слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.1. Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные инфекцией
 - 8.2.1.1. Острый герпетический вирусный стоматит
 - 8.2.1.2. Герпангина
 - 8.2.1.3. Герпетический рецидивирующий стоматит
 - 8.2.1.4. Вирусные бородавки слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.1.5. Везикулярный стоматит
 - 8.2.1.6. Инфекционный мононуклеоз
 - 8.2.1.7. Ветряночный стоматит
 - 8.2.1.8. Проявления СПИДа в полости рта
 - 8.2.2. Стоматиты, вызванные бактериальной инфекцией
 - 8.2.2.1. Туберкулез слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.2.2. Гонорейный стоматит
 - 8.2.2.3. Стоматиты, вызванные спирохетами и фузоспириллярным симбиозом
 - 8.2.2.4. Сифилис
 - 8.2.2.5. Гингивостоматит Венсана
 - 8.2.2.6. Грибковые заболевания. Клиника острой и хронической рецидивирующей легкой, среднетяжелой и тяжелой форм кандидоза
 - 8.2.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные аллергией
 - 8.2.3.1. Многоформная экссудативная эритема и синдромы Стивенса-Джонсона, Лайелла и др.
 - 8.2.3.2. Рецидивирующие афты полости рта
 - 8.2.3.3. Ангионевротический отек тканей полости рта и лица
 - 8.2.4. Повреждения слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.4.1. Аффа Бедиара
 - 8.2.4.2. Мягкая лейкоплакия
 - 8.2.4.3. Травматические эрозии и язвы

- 8.2.4.4. Термические ожоги
- 8.2.4.5. Химические ожоги
- 8.2.4.6. Электрические ожоги
- 8.2.4.7. Лучевые повреждения
- 8.2.5. Изменения слизистой оболочки полости рта, проявляющиеся при различных общих заболеваниях детского возраста
 - 8.2.5.1. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта
 - 8.2.5.2. При заболеваниях крови
 - 8.2.5.3. При острых инфекционных заболеваниях
 - 8.2.5.4. При красной волчанке
 - 8.2.5.5. При синдроме Вегенера
 - 8.2.5.6. При эозинофильном коллагенозе
 - 8.2.5.7. При болезнях кожи
 - 8.2.5.8. При врожденном эпидермолизе
 - 8.2.5.9. При красном плоском лишае
 - 8.2.5.10. При дерматите Дюринга
- 8.2.6. Реабилитация детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.6.1. Клиническая диагностика болезней слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.6.2. Специальные методы обследования
 - 8.2.6.2.1 Вирусологический
 -
 - 8.2.6.2.2 Микотический
 -
 - 8.2.6.2.3 Бактериальный
 -
 - 8.2.6.2.4 Аллергологический
 -
 - 8.2.6.3. Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта
 - 8.2.6.3.1 Обезболивающие средства
 -
 - 8.2.6.3.2 Протеолитические ферменты
 -
 - 8.2.6.3.3 Противовирусные
 -
 - 8.2.6.3.4 Антибактериальные
 -
 - 8.2.6.3.5 Противогрибковые
 -
 - 8.2.6.3.6 Противовоспалительные
 -
 - 8.2.6.3.7 Кератопластические
 -

| | | |
|----|-----------|---|
| · | 8.2.6.3.8 | Гипосенсибилизирующие |
| · | 8.2.6.3.9 | Иммуностимуляторы |
| · | 8.2.6.3.1 | Витамины |
| 0. | 8.2.6.3.1 | Уход за больным ребенком |
| 1. | 8.2.6.4. | Противоэпидемические меры |
| | 8.2.6.5. | Вторичная профилактика острых и рецидивирующих заболеваний слизистой оболочки полости рта |
| | 8.2.6.6. | Диспансеризация детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и ее эффективность |
| | 8.2.7. | Заболевания губ у детей |
| | 8.2.7.1. | Экзематозный хейлит, клиника и диагностика |
| | 8.2.7.2. | Эксфолиативный хейлит, клиника и диагностика |
| | 8.2.7.3. | Грандулярный хейлит, клиника и диагностика |
| | 8.2.7.4. | Ангулярный хейлит, клиника и диагностика |
| | 8.2.7.5. | Хронические трещины губ, клиника и диагностика |
| | 8.2.7.6. | Реабилитация детей с болезнями губ |
| | 8.2.7.6.1 | Роль правильной архитектоники и смыкания губ в развитии заболевания |
| · | 8.2.7.6.2 | Значение миотерапии в лечении и профилактике заболеваний губ у детей |
| · | 8.2.7.6.3 | Симптоматическая терапия хейлитов у детей |
| · | 8.2.7.6.4 | Вторичная профилактика. Диспансеризация детей с заболеваниями губ и ее эффективность |

Раздел 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

| Код
1 | Наименование тем, элементов
2 |
|----------|--|
| 9.1. | Структура заболевания пародонта в детском возрасте |
| 9.1.1. | Развитие, строение и функции пародонта у детей |
| 9.1.1.1. | Период формирования пародонта в детском возрасте |
| 9.1.1.2. | Рентгенологические признаки формирующегося пародонта |
| 9.1.1.3. | Строение сформированного пародонта |
| 9.1.1.4. | Эпителий десны |
| 9.1.1.5. | Соединительная ткань десны |
| 9.1.1.6. | Эпителиальное прикрепление |
| 9.1.1.7. | Строение костной ткани пародонта |

- 9.1.1.8. Строение пародонта
- 9.1.1.9. Кровоснабжение пародонта (современные данные)
- 9.1.1.10. Рентгенологические признаки здорового сформированного пародонта
- 9.1.1.11. Функции пародонта
- 9.1.2. Современные представления о терминологии заболеваний пародонта
 - 9.1.2.1. Гингивит
 - 9.1.2.2. Пародонтит
 - 9.1.2.3. Пародонтоз
 - 9.1.2.4. Пародонтома
 - 9.1.2.5. Понятие о пародонтальном синдроме
- 9.1.3. Структура заболеваний пародонта в детском возрасте
 - 9.1.3.1. Понятие о заболеваниях, повреждениях и изменениях пародонта
 - 9.1.3.2. Составление диагноза заболеваний пародонта у детей с учетом локализации, этиологии, клинического течения и морфологических изменений
 - 9.1.3.3. Современные данные об эпидемиологии болезней пародонта
- 9.1.4. Этиологические факторы и патогенез развития заболеваний пародонта у детей
 - 9.1.4.1. Роль зубочелюстных аномалий
 - 9.1.4.2. Роль аномалий функций и прикрепления мягких тканей пародонта
 - 9.1.4.3. Роль зубного налета
 - 9.1.4.4. Значение функций и диспропорций развития детского организма в пред- и пубертатном периоде
 - 9.1.4.5. Роль общих заболеваний организма в развитии пародонтального синдрома у детей
 - 9.1.4.6. Роль иммунологических и генетических форм
- 9.2. Клиника и диагностика заболеваний пародонта у детей
 - 9.2.1. Основные симптомы заболеваний пародонта у детей
 - 9.2.1.1. Понятие об истинном и ложном зубодесневом кармане
 - 9.2.1.2. Поддесневой камень у детей
 - 9.2.1.3. Подвижность зубов
 - 9.2.1.4. Рентгенологические симптомы деструкции костной ткани при болезнях пародонта у детей
 - 9.2.2. Клинические формы заболеваний
 - 9.2.2.1. Острый гингивит
 - 9.2.2.2. Хронический гингивит
 - 9.2.2.3. Хронический гингивит с компонентом гиперплазии
 - 9.2.2.4. Хронический гингивит с компонентом десквамации
 - 9.2.2.5. Хронический гингивит с компонентами пролиферации и десквамации

- 9.2.2.6. Пародонтит
- 9.2.2.7. Пародонтоз
- 9.2.2.8. Пародонтома
- 9.2.2.9. Клиническая характеристика пародонтального синдрома
- 9.3. Реабилитация
 - 9.3.1. Методы диагностики болезней пародонта
 - 9.3.1.1. Скрининг-программа пародонтологического исследования
 - 9.3.1.2. Специальные методы пародонтологического исследования
 - 9.3.2. Лечение заболеваний пародонта
 - 9.3.2.1. Современные принципы лечения заболеваний пародонта
 - 9.3.2.2. Устранение местных этиологических факторов
 - 9.3.2.3. Аргументированное симптоматическое лечение
 - 9.3.2.4. Гигиеническое обучение детей
 - 9.3.2.5. Противовоспалительное лечение
 - 9.3.2.6. Склерозирующее
 - 9.3.2.7. Кератопластическое
 - 9.3.2.8. Удаление назубных отложений
 - 9.3.2.9. Шинирование зубов с использованием композиционных пломбировочных материалов
 - 9.3.2.10. Назначение дозированной жевательной нагрузки
 - 9.3.2.11. Пришлифовывайте окклюзионных поверхностей зубов
 - 9.3.2.12. Лекарственные средства и формы введения при заболеваниях пародонта у детей
 - 9.3.2.13. Оценка эффективности симптоматического лечения
 - 9.3.2.14. Аргументированное общее лечение, направленное на устранение выявленных эндогенных этиологических факторов
 - 9.3.2.15. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта у детей. Реконструктивные операции
 - 9.3.2.16. Лечение зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями пародонта
 - 9.3.2.17. Комплексирование с педиатром и другими специалистами при лечении заболеваний пародонта у детей
 - 9.3.3. Вторичная профилактика заболеваний пародонта
 - 9.3.3.1. Задачи гигиенического воспитания детей с гингивитом
 - 9.3.3.2. Значение профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями пародонта
 - 9.3.3.3. Своевременное выявление аномалий строения и прикрепления мягких тканей, их коррекция
 - 9.3.4. Диспансеризация детей с заболеваниями пародонта и оценка ее эффективности

Раздел 10
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

| Код
1 | Наименование тем, элементов
2 |
|-------------|---|
| 10.1. | Врожденные пороки лица и шеи |
| 10.1.1. | Краткий эмбриогенез лица и шеи |
| 10.1.1.1. | Современное состояние вопроса об этиологии пороков развития лица |
| 10.1.1.2. | Классификация пороков лица |
| 10.1.2. | Врожденные расщелины верхней губы и альвеолярного отростка, патология первичного неба |
| 10.1.2.1. | Классификация |
| 10.1.2.2. | Реабилитация |
| 10.1.2.2.1. | Клиника |
| 10.1.2.2.2. | Принципы лечения и диспансерного наблюдения |
| 10.1.2.2.3. | Хирургическое лечение (сроки и методы, включая корригирующие операции) |
| 10.1.2.3. | Вторичная профилактика |
| 10.1.3. | Врожденные расщелины неба (патология вторичного неба) |
| 10.1.3.1. | Классификация |
| 10.1.3.2. | Реабилитация |
| 10.1.3.2.1. | Клиника |
| 10.1.3.2.2. | Изменения в организме, обусловленные наличием расщелины неба |
| 10.1.3.3. | Вторичная профилактика |
| 10.1.4. | Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба (патология первичного и вторичного неба) |
| 10.1.4.1. | Классификация |
| 10.1.4.2. | Реабилитация |
| 10.1.4.2.1. | Клиника |
| 10.1.4.2.2. | Принципы лечения и диспансерного наблюдения |
| 10.1.4.2.3. | Хирургическое лечение (сроки и методы лечения, включая корригирующие операции) |
| 10.1.5. | Системные и сочетанные пороки развития лица |
| 10.1.5.1. | Системные пороки |
| 10.1.5.2. | Сочетанные пороки |
| 10.1.6. | Аномалии развития преддверия полости рта и прикрепления уздечек губ и языка |
| 10.1.6.1. | Аномалии преддверия полости рта |
| 10.1.6.1.1. | Реабилитация |

1.
 - 10.1.6.1.1. Клиника, диагностика
 - 10.1.6.1.1. Комплексное лечение
 2.
 - 10.1.6.2. Аномалии уздечки языка
 - 10.1.6.2.1. Реабилитация
 - 10.1.6.2.1. Клиника, диагностика
 1.
 - 10.1.6.1.1. Комплексное лечение
 2.
 - 10.1.6.3. Аномалия уздечки верхней губы
 - 10.1.6.3.1. Реабилитация
 - 10.1.6.3.1. Клиника, диагностика
 1.
 - 10.1.6.3.1. Комплексное лечение
 2.
 - 10.1.6.4. Аномалия уздечки нижней губы
 - 10.1.6.4.1. Реабилитация
 - 10.1.6.4.1. Клиника, диагностика
 1.
 - 10.1.6.4.1. Комплексное лечение
 2.
 - 10.2. Пороки развития зубов и лицевого скелета
 - 10.2.1. Гипертелоризм
 - 10.2.1.1. Реабилитация
 - 10.2.1.1.1. Клиника
 - 10.2.1.1.2. Диагностика
 - 10.2.1.1.3. Комплексное лечение
 - 10.2.2. Гемигипертрофия
 - 10.2.2.1.1. Клиника
 - 10.2.2.1.2. Диагностика
 - 10.2.2.1.3. Комплексное лечение
 - 10.2.3. Гемиатрофия
 - 10.2.3.1.1. Клиника
 - 10.2.3.1.2. Диагностика
 - 10.2.3.1.3. Комплексное лечение
 - 10.2.4. Микрогнатия верхняя и нижняя
 - 10.2.4.1. Реабилитация
 - 10.2.4.1.1. Клиника
 - 10.2.4.1.2. Диагностика
 - 10.2.4.1.3. Комплексное лечение
 - 10.2.5. Макрогнатия верхняя и нижняя
 - 10.2.5.1. Реабилитация
 - 10.2.5.1.1. Клиника
 - 10.2.5.1.2. Диагностика

- 10.2.5.1.3. Комплексное лечение
- 10.2.6. Аномалии формы и структуры костей
- 10.2.6.1. Херувизм
- 10.2.6.2.1. Реабилитация
- 10.2.6.2.1. Клиника
- 1. 10.2.6.2.1. Диагностика
- 2. 10.2.6.1.1. Комплексное лечение
- 3. 10.2.6.3. Синдром Олбрайта
- 10.2.6.3.1. Реабилитация
- 10.2.6.3.1. Клиника
- 1. 10.2.6.3.1. Диагностика, Лечение
- 2. 10.2.7. Пороки развития зубов и челюстных костей
- 10.2.7.1. Аномалии зубов (клиника, диагностика, комплексное лечение)
- 10.2.7.1.1. Аномалия количества зубов (адентия, сверхкомплектные зубы)
- 10.2.7.1.2. Аномалия величины зубов
- 10.2.7.1.3. Аномалия формы зубов
- 10.2.7.1.4. Аномалия положения зубов
- 10.2.7.1.5. Аномалии прорезывания
- 10.2.7.2. Пороки тканей зуба
- 10.2.7.2.1. Генетически обусловленные пороки тканей зуба
- 10.2.7.2.2. Генетически обусловленные пороки твердых тканей зуба
- 10.2.7.2.3. Несвершенный амелогенез и дентиногенез
- 10.2.7.2.4. Синдром Стейнтона-Капдепона
- 10.2.7.2.5. Пороки созревания тканей зуба
- 10.2.7.2.5. Гипоплазия
- 1. 10.2.7.2.5. Тетрациклиновые зубы
- 2. 10.2.7.2.5. Гиперплазия
- 3. 10.2.7.2.5. Флюороз
- 4. 10.2.7.5.5. Очаговая деминерализация
- 10.2.7.3. Клиника
- 10.2.7.4. Диагностика
- 10.2.7.5. Реабилитация
- 10.2.7.6. Устранение дефектов

10.2.7.7. Диспансеризация

Раздел 11.

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ. ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ

| Код | Наименование тем, элементов |
|---------|---|
| 11.1. | Морфологическая и функциональная характеристика прикуса в норме и патологии в разные возрастные периоды |
| 11.1.1. | Морфологическая и функциональная характеристика прикуса в норме |
| 11.1.1. | Соотношение челюстей у новорожденных |
| 1. | |
| 11.1.1. | Соотношение челюстей и зубов к концу первого года жизни |
| 2. | |
| 11.1.1. | Периоды формирования временного прикуса |
| 3. | |
| 11.1.1. | Основные признаки сменного прикуса |
| 4. | |
| 11.1.1. | Определение сроков, последовательности: и симметричности прорезывания зубов |
| 5. | |
| 11.1.1. | Характеристика постоянного прикуса |
| 6. | |
| 11.1.2. | Зубочелюстные аномалии в разные возрастные периоды |
| 11.1.2. | Нарушения соотношения челюстей в сагиттальном направлении |
| 1. | |
| 11.1.2. | Нарушения соотношения челюстей в трансверзальном направлении |
| 2. | |
| 11.1.2. | Нарушения соотношения челюстей в вертикальном направлении |
| 3. | |
| 11.1.2. | Определение тяжести проявления клинических симптомов аномалии прикуса |
| 4. | |
| 11.4.8. | Особенности клинического обследования |
| 1. | |
| 11.4.8. | Распределение детей по диспансерным группам |
| 2. | |
| 11.4.8. | Содержание работ по группам диспансеризации |
| 3. | |

Раздел 12.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

| Код | Наименование тем, элементов |
|---------|--|
| 12.1. | Особенности повреждений челюстно-лицевой области |
| 12.1.1. | Группировка повреждений |

- 12.1.1.1 По типу поврежденной ткани
- 12.1.1.2 По характеру повреждающего агента
- 12.1.2. Осложнения повреждений
- 12.1.2.1. Гипоксия и асфиксия
- 12.1.2.2. Кровотечение и кровопотеря
- 12.1.2.3. Травматический шок
- 12.1.2.4. Травматический остеомиелит
- 12.1.2.5. Столбнячная инфекция
- 12.2. Повреждения мягких тканей
- 12.2. Механические повреждения
- 12.2.1.1. Ушиб
- 12.1.1.1. Клиника
- 12.2.1.1.2 Дифференциальная диагностика
- 12.2.1.1.3 Лечение
- 12.2.1.2. Ссадины, царапины
- 12.2.1.2.1 Клиника
- 12.2.1.2.2 Лечение
- 12.2.1.3. Раны
- 12.2.1.3.1 Классификация
- 12.2.1.3.2 Диагностика
- 12.2.1.3.3 Сроки и методы первичной хирургической обработки раны
- 12.2.1.3.4 Возможные осложнения и их профилактика
- 12.2.2. Химические и термические повреждения
- 12.2.2.1. Ожоги
- 12.2.2.1.1 Классификация
- 12.2.2.1.2 Клиника
- 12.2.2.1.3 Лечение
- 12.2.2.2. Отморожения
- 12.2.2.2.1 Классификация
- 12.2.2.2.2 Клиника
- 12.2.2.2.3 Лечение
- 12.2.3. Реабилитация больных с повреждениями мягких тканей
- 12.2.3.1. Консервативное лечение рубцов и Рубцовых деформаций
- 12.2.3.2. Сроки хирургической коррекции рубцов и рубцовых деформаций
- 12.3. Повреждения зубов
- 12.3.1. Общие сведения
- 12.3.1.1. Статистика
- 12.3.1.2. Возможные осложнения
- 12.3.1.3. Ошибки
- 12.3.2. Классификация повреждений зубов у детей
- 12.3.2.1. Ушиб зуба (класс I). Диагностика, лечение
- 12.3.2.1.1. Тип 1—ушиб зуба с незаконченным ростом корня
- 12.3.2.1.2. Тип 2 — ушиб зуба с несформированной верхушкой корня
- 12.3.2.1.3. Тип 3 — ушиб зуба с последующим некрозом пульпы в

- зубе с полностью сформированным корнем
- 12.3.2.2. Неосложненный перелом коронки зуба (класс II).
Диагностика, лечение
- 12.3.2.2.1. Тип 1 — перелом коронки зуба в пределах эмали с различной степенью сформированности корня
- 12.3.2.2.2. Тип 2 — перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина без вскрытия полости с несформированной корневой системой
- 12.3.2.3. Осложненный перелом коронки зуба (класс III)
- 12.3.2.3.1. Тип 1 — перелом коронки зуба с точечным вскрытием полости зуба и не полностью сформированной корневой системой
- 12.3.2.3.2. Тип 2 — перелом коронки зуба со значительным вскрытием полости зуба и не полностью сформированной корневой системой
- 12.3.2.3.3. Тип 3 — некроз пульпы вследствие перелома коронки зуба со вскрытой полостью зуба с незаконченным ростом корня
- 12.3.2.3.4. Тип 4 — перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина со значительным вскрытием полости зуба и полностью сформированной верхушкой корня
- 12.3.2.4. Полный отлом коронки зуба (класс IV)
- 12.3.2.5. Коронко-корневой продольный перелом (класс V)
- 12.3.2.6. Перелом корня зуба
- 12.3.2.6.1. Тип 1 — верхушечный
- 12.3.2.6.2. Тип 2 — срединный
- 12.3.2.6.3. Тип 3 — коронковый
- 12.3.2.7. Вывих зуба (неполный). Класс VII
- 12.3.2.7.1. Тип 1 — сотрясение зуба
- 12.3.2.7.2. Тип 2 — подвывих зуба
- 12.3.2.7.3. Тип 3 — интрузивный вывих зуба
- 12.3.2.7.4. Тип 4 — экструзивный вывих зуба
- 12.3.2.7.5. Тип 5 — боковой вывих зуба
- 12.3.2.8. Полный вывих зуба (класс VIII)
- 12.3.3. Реабилитация при повреждениях зубов
- 12.3.3.1. Методы фиксации
- 12.3.3.2. Контроль за жизнеспособностью пульпы
- 12.3.3.3. Контроль за состоянием пародонта
- 12.3.3.4. Восстановление формы и функции зуба
- 12.3.3.5. Заместительное протезирование
- 12.3.3.6. Осложнения
- 12.3.3.7. Исходы повреждений зубов
- 12.3.3.7.1. Некроз пульпы зуба
- 12.3.3.7.2. Потеря функции зуба
- 12.3.3.7.3. Вторичная адентия
- 12.3.3.7.4. Нарушение прикуса

Раздел 13.
ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

| Код | Наименование тем, элементов |
|---------|---|
| 1 | 2 |
| 13.1. | Общие данные об опухолевых процессах у детей |
| 13.1.1. | Онкогенез |
| 13.1.1. | Этиология |
| 1. | |
| 13.1.1. | Частота распространения |
| 2. | |
| 13.1.1. | Возрастная и половая избирательность |
| 3. | |
| 13.1.2. | Особенности течения опухолевых процессов у детей |
| 13.1.2. | Дизонтогенетическое происхождение |
| 1. | |
| 13.1.2. | Значение возраста ребенка |
| 2. | |
| 13.1.2. | Принципы диагностики |
| 3. | |
| 13.1.2. | Реабилитация |
| 4. | |
| 13.2. | Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей |
| 13.2.1. | Опухоли мягких тканей лица |
| 13.2.1. | Гемангиома |
| 1. | |
| 13.2.1. | Лимфангиома |
| 2. | |
| 13.2.1. | Тератома |
| 3. | |
| 13.2.1. | Липома |
| 4. | |
| 13.2.1. | Папиллома |
| 5. | |
| 13.2.1. | Гемангиоэндотелиома |
| 6. | |
| 13.2.1. | Лимфосаркома |
| 7. | |
| 13.2.1. | Лимфогранулематоз |
| 8. | |
| 13.2.1. | Рабдомиосаркома |
| 9. | |

- 13.2.2. Опухоли полости рта
- 13.2.2. Папиллома
- 1.
- 13.2.2. Фиброма
- 2.
- 13.2.2. Миобластомиома
- 3.
- 13.2.2. Лимфангиома
- 4.
- 13.2.2. Гемлимфангиома
- 5.
- 13.2.2. Саркома языка
- 6.
- 13.2.3. Опухоли слюнных желез
- 13.2.3. Аденома
- 1.
- 13.2.3. Аденолимфома
- 2.
- 13.3.1. Дермоидная киста
- 3.
- 13.3.2. Опухолеподобные процессы полости рта
- 13.3.2. Папилломатоз
- 1.
- 13.3.2. Дермоидная киста
- 2.
- 13.3.2. Эпидермоидная киста
- 3.
- 13.3.2. Пиогенная гранулема
- 4.
- 13.3.2. Эпулиды
- 5.
- 13.3.3. Опухолеподобные процессы слюнных желез
- 13.3.3. Слизистые кисты малых слюнных желез
- 1.
- 13.3.3. Слизистые кисты подъязычных слюнных желез
- 2.

Раздел 14. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОЙ

| Код | Наименование тем, элементов |
|-------|-----------------------------|
| 1 | 2 |
| 14.1. | Аппликационная анестезия |

- 14.1.1. Анестетики при аппликационной анестезии
- 14.1.2. Способы применения
- 14.1.3. Осложнения
- 14.2. Инъекционная анестезия
 - 14.2.1. Местные анестетики
 - 14.2.2. Инфильтрационное обезболивание
 - 14.2.3. Проводниковое обезболивание, основные методики
 - 14.2.4. Новые шприцы для анестезии
 - 14.2.5. Интерлигаментарная анестезия
- 14.3. Осложнения местной инъекционной анестезии
 - 14.3.1. Аллергические реакции
 - 14.3.2. Шприцевые инфекции
 - 14.3.3. Передозировка препарата
 - 14.3.4. Осложнения методики проведения анестезии
- 14.4. Физические методы местной анестезии
- 14.5. Седативная подготовка ребенка
 - 14.5.1. Психотерапевтическая подготовка ребенка
 - 14.5.2. Физиологическое лечение
 - 14.5.3. Наркопсихотерапевтическая подготовка (медикаментозная подготовка)
- 14.6. Нетрадиционные методы обезболивания
- 14.7. Общее обезболивание
 - 14.7.1. Показания к применению наркоза в стоматологии детского возраста
 - 1. 14.7.1. Психический, соматический и психологический статус ребенка (общее состояние больного)
 - 2. 14.7.1. Характер стоматологического заболевания
 - 3. 14.7.1. Возрастные показания
 - 4. 14.7.1. Противопоказания по наркозу
 - 5. 14.7.1. Общая характеристика клиники наркоза
- 14.8. Особенности работы стоматолога при лечении больного под наркозом
 - 14.8.1. Особенности диагностики стоматологических заболеваний
 - 14.8.2. Особенности методики лечения заболеваний зубов
 - 14.8.3. Особенности проведения хирургических вмешательств
- 14.9. Основы реаниматологии
 - 14.9.1. Принципы реанимации у детей
 - 14.9.2. Организация неотложной помощи в условиях стоматологической поликлиники и стационара
 - 14.9.3. Искусственная вентиляция легких
 - 14.9.4. Искусственное восстановление и поддержание сердечной

- деятельности
- 14.9.5. Медикаментозная терапия в реанимации догоспитального этапа
- 14.10. Некоторые неотложные состояния
- 14.10.1 Обморок
-
- 14.10.2 Коллапс
-
- 14.10.3 Шок
-
- 14.10.4 Гипертермический синдром
-

4.1. Модуль Стоматология детская

4.1.1. Модуль Стоматология детская. Раздел терапевтический.

Введение в специальность. Основные разделы дисциплины. Врачебная этика.

Стоматология детская. Раздел терапевтический - как часть педиатрии. Стоматология детская. Раздел терапевтический - как часть стоматологии детского возраста, изучающая клинику и лечение заболеваний зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей.

Значение знания психологии детей разного возраста для установления контакта с ребенком при осмотре, лечении. Ребенок, врач, родители. Врачебная этика и деонтология.

Анатомо-физиологические особенности детского организма.

Особенности строения некоторых органов и систем растущего организма: нервная система, сердечно-сосудистая, система дыхания, пищеварительная, мочевыводящая. Особенности терморегуляции. Строение временных и постоянных зубов, челюстных костей в возрастном аспекте. Особенности строения лимфатической системы челюстно-лицевой области у детей.

Клинические аспекты развития зубов.

Основные этапы развития и минерализации зубов. Рентгенологическая картина зубов и их зачатков на различных этапах формирования. Особенности строения молочных и постоянных зубов у детей разного возраста. Факторы, определяющие развитие пороков челюстей и зубов; критические периоды

беременности; факторы внешней среды; генетические аспекты развития аномалий зубов.

Особенности методов обследования врачом стоматологом детским.

Значение анамнеза о болезнях родителей, течении беременности и родов. Данные о физиологическом и психическом развитии ребенка. Индивидуальные особенности жизни, содержания и ухода за ребенком. Перенесенные и сопутствующие заболевания. Анализ жалоб и анамнеза стоматологических заболеваний ребенка.

Общий осмотр. Оценка физического и умственного развития и соответствия их возрасту ребенка. Пропорциональность отделов лица; оценка мягких тканей лица (цвет кожных покровов, рельеф, нарушение конфигурации).

Состояние лимфатических узлов и функции височно-нижнечелюстных суставов.

Осмотр полости рта. Порядок осмотра; инструменты для осмотра, оценка состояния зубов, слизистой оболочки рта, пародонта, функции слюнных желез. Зубная формула молочных и постоянных зубов, в том числе рекомендованная ВОЗ.

Специальные дополнительные методы исследования.

Особенности клиники и лечения кариеса зубов у детей разных возрастных групп.

Профилактика кариеса. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей разного возраста. Факторы, влияющие на уровень заболеваемости кариесом, понятие о восприимчивости и резистентности зубов к кариесу и способы их определения.

Клинические формы кариеса молочных и постоянных зубов, особенности локализации и течения. Методы диагностики начального кариеса (прижизненная окраска анилиновым красителем, люминесцентная стоматоскопия, трансиллюминационный метод и др.). Клиническая классификация кариеса в детском возрасте.

Методы лечения начального кариеса разной локализации молочных и постоянных зубов. Реминерализующая терапия; применение нитрата серебра и др.

Особенности препарирования кариозных полостей в молочных и постоянных несформированных зубах у детей разного возраста. Инструментарий и оборудование; современные методы местного и общего обезболивания.

Характеристика пломбировочных материалов, выбор пломбировочного материала в детской практике. Особенности техники пломбирования; методика отсроченного пломбирования. Возможность использования современных технологий в лечении кариеса у детей.

Клиника и лечение воспалительных заболеваний пульпы и периодонта у детей разного возраста.

Осложнения кариеса: пульпит и периодонтит в детском возрасте. Их влияние на состояние здоровья и развитие ребенка. Одонтогенный очаг инфекции; возможность возникновения соматических заболеваний. Влияние кариеса и его осложнений на развитие челюстей, формирование прикуса. Профилактика осложненных форм кариеса.

Пульпит. Возрастные особенности строения пульпы, зависящие от стадии развития зуба.

Классификация пульпита. Острые формы пульпита у детей разного возраста; дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями. Хронические формы пульпита; дифференциальная диагностика; изменения в периодонте, определяемые на рентгенограммах.

Выбор и обоснование метода лечения пульпита у детей. Возможность и целесообразность сохранения пульпы или ее части при воспалении в молочных и постоянных зубах в различные возрастные периоды. Методики лечения пульпита у детей: хирургические (ампутационные и экстирпационные, витальные и девитальные); биологический. Осложнения и ошибки при лечении пульпита и их предупреждение. Способы контроля эффективности лечения пульпита, ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Периодонтит. Особенности строения периодонта несформированных зубов и молочных в период резорбции их корней. Классификация периодонтита. Дифференциальная диагностика острого инфекционного периодонтита с острым диффузным пульпитом, хроническим периодонтитом в стадии обострения, периоститом и остеомиелитом челюстей. Хронические формы периодонтита; влияние хронического воспаления у корней молочных зубов на развитие постоянных. Показания к удалению зубов с хроническим периодонтитом.

Особенности эндодонтии несформированных зубов при хроническом периодонтите. Выбор пломбировочных материалов для заполнения каналов молочных и постоянных зубов. Импрегнационные методы лечения.

Ошибки и осложнения в диагностике и лечении зубов.

Ошибки и осложнения при лечении периодонтита. Критерии эффективности лечения молочных и постоянных зубов.

Неотложная стоматологическая помощь детям.

Особенности оказания неотложной помощи детям разного возраста при воспалительных заболеваниях зубов.

Некариозные поражения твердых тканей зубов у детей.

Классификация некариозных поражений. Наследственные нарушения образования и строения тканей зуба; эмали - несовершенный амелогенез; дентина - несовершенный дентиногенез; и эмали и дентина - несовершенный одонтогенез (синдром Стентона-Капдепона или дисплазия Капдепона).

Изменения твердых тканей, возникающие в связи с нарушением фолликулярного развития зуба: гипоплазия эмали (системная, местная, очаговая); различные формы флюороза; окрашивание тканей зуба другого происхождения.

Поражения твердых тканей, развивающиеся после прорезывания зуба: патологическая стираемость; некроз эмали (кислотный, лучевой); механическая травма зубов у детей.

Клинические проявления различных по происхождению некариозных поражений зубов, их дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

Острая травма зубов у детей.

Классификация повреждений. Ушиб зуба; вывихи зуба: полный, внедренный (вколоченный), частичный; переломы зуба (коронки и корня). Клиника, дифференциальная диагностика, оценка жизнеспособности пульпы зуба после травмы. Лечение ушиба, вывиха и перелома зубов; способы и сроки контроля эффективности лечения, профилактика осложнений.

Заболевания слизистой оболочки рта у детей разного возраста.

Строение слизистой оболочки рта у детей разного возраста. Частота поражений слизистой оболочки рта, возникающих от различных причин. Связь с общими заболеваниями и нарушениями иммунологической реактивности и обмена веществ. Классификация.

Повреждения слизистой оболочки рта (механические, химические, физические и др.).

Инфекционные заболевания детей и их проявления на слизистой рта (корь, дифтерия, скарлатина, инфекционный мононуклеоз и др.).

Вирусные заболевания, наиболее выраженные в полости рта (острый и рецидивирующий герпетический стоматит, герпангина и др.). Состояние слизистой оболочки рта при СПИДе.

Пиодермии губ, кожи лица, слизистой оболочки рта.

Поражения слизистой оболочки рта, вызванные специфической инфекцией (кандидоз, сифилис, туберкулез и др.).

Поражения, обусловленные бактериальной аллергией (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, многоформная экссудативная эритема и сходные с ними синдромы).

Поражения, вызванные побочными действиями лекарственных веществ.

Состояние слизистой оболочки рта при заболеваниях внутренних органов и систем (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечного тракта, крови, кожи и др.). Заболевания слизистой оболочки языка и красной каймы губ.

Лечение и профилактика различных заболеваний слизистой оболочки рта.

Болезни пародонта у детей.

Особенности строения тканей пародонта у детей разного возраста. Методы диагностики заболеваний и их классификация. Местные причины развития гингивита и пародонтита: гигиена рта, кариес зубов, зубочелюстные деформации и аномалии, неправильное прикрепление уздечек губ и языка, мелкое преддверие рта и др. Изменения в пародонте при патологии внутренних органов, нарушениях обмена веществ и других системных заболеваниях. Пародонтолиз - тяжелый воспалительно-дистрофический процесс в пародонте. Дифференциальная диагностика различных форм и стадий заболеваний пародонта с опухолеподобными процессами челюстных костей (эозинофильная гранулема, болезнь Хенд-Крисчен-Шиллера и др.).

Лечение болезней пародонта у детей. Составление индивидуального плана лечения в терапевтическом, хирургическом и ортодонтическом отделениях стоматологической поликлиники. Обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов, удаление зубных отложений, кюретаж десневых и пародонтальных карманов у детей и подростков, противовоспалительное лечение, лечебные повязки, шинирование. Эффективность лечения различных заболеваний пародонта. Прогноз.

Премедикация и обезболивание в детской терапевтической стоматологии.

Возрастные и индивидуальные показания к применению обезболивания и премедикации у детей. Схема Гарнаха.

4.1.2. Модуль Стоматология детская. Раздел хирургический

Обезболивание и реанимация в детской стоматологической практике.

Особенности проведения обезболивания в детской стоматологической практике в условиях поликлиники и стационара.

Местное обезболивание. Виды местного обезболивания и методы его проведения у детей в терапевтическом, ортодонтическом и хирургическом отделениях.

Общее обезболивание в условиях поликлиники. Показания и противопоказания. Методы проведения наркоза. Общее обезболивание при лечении зубов, при поликлинических стоматологических операциях, при различных стоматологических манипуляциях в полости рта у ребенка.

Наркоз у детей в условиях стоматологического стационара. Эндотрахеальный наркоз; Показания к выбору методов общего и местного обезболивания. Значение премедикации.

Неотложные состояния в условиях стоматологической поликлиники. Обморок, коллапс, шок. Особенности реанимации в детском возрасте.

Удаление зубов у детей.

Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов у детей и подростков. Особенности операции удаления молочных и постоянных зубов у детей при острых воспалительных процессах. Удаление зубов по ортодонтическим показаниям. Осложнения во время и после операции удаления зуба у детей, их предупреждение и лечение.

Клиника и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.

Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Гнойные воспалительные процессы мягких тканей у детей. Лимфадениты (острые и хронические), абсцессы, флегмоны. Этиология, особенности клинического течения, диагностика и лечение.

Острый периостит. Острый остеомиелит. Особенности течения острого одонтогенного остеомиелита челюстей у детей. Диагностика, лечение, профилактика.

Хронический периостит, этиология, патогенез, лечение.

Хронический одонтогенный остеомиелит. Клинико-рентгенологические формы. Диагностика и лечение. Профилактика рецидивов заболевания. Исходы. Нарушения нормального роста и развития челюстей, виды деформаций после перенесенного остеомиелита.

Гематогенный остеомиелит лицевых и челюстных костей у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Исходы перенесенного гематогенного остеомиелита. Профилактика заболевания.

Одонтогенные воспалительные кисты челюстей. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.

Заболевания слюнных желез у детей

Острый паротит новорожденного, острый эпидемический паротит, хронический паренхиматозный паротит у детей, слюннокаменная болезнь.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей

Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз. Этиология, патогенез этих заболеваний. Вторичный деформирующий остеоартроз. Причины развития. Клиника, диагностика. Комплексное лечение. Современные методы хирургического лечения, возрастные показания. Цели и задачи ортодонтического лечения, профилактика остеоартроза и анкилоза. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностика, лечение, профилактика.

Травма мягких тканей лица, органов и слизистой оболочки рта, зубов и челюстей в детском возрасте.

Родовая травма и её последствия. Лечение вывихов и переломов зубов у детей. Методы иммобилизации. Травма костей лица у детей. Ушибы и переломы костей лица у детей. Переломы по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы. Методы фиксации костных отломков в детском возрасте. Сроки заживления переломов. Осложнения, развивающиеся у детей после различного вида травм челюстных и лицевых костей. Их предупреждение.

Этиология повреждений мягких тканей рта и лица у детей. Ожоги и отморожения. Клиника, лечение, исходы. Общие показания к пластическим операциям в детском возрасте.

Новообразования мягких тканей лица, органов рта, челюстных костей у детей.

Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и органов полости рта и лица (сосудистые образования - гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, папилломы и др.).

Опухоли костей лица.

Одонтогенные образования - кисты, одонтогенные опухоли челюстей.

Тератоидные образования челюстно-лицевой области и шеи - врожденные кисты, свищи и др. Клиника, диагностика, лечение.

Особенности распознавания и тактика хирургического лечения новообразований у детей. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.

Принципы онкологической настороженности.

Врожденные пороки развития лица и челюстей

Эмбриональное развитие лица и челюстей. Возможные причины нарушения эмбрионального развития лица и челюстей. Врожденные пороки развития, их виды.

Врожденные расщелины лица; понятие о причинах и механизме их образования. Медико-генетическое консультирование больных и их родственников как метод профилактики врожденных пороков развития. Частота и виды врожденных расщелин. Поперечная расщелина лица, косая расщелина. Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области.

Врожденные кисты и свищи челюстно-лицевой области и шеи. Дермоидные кисты.

Врожденные расщелины верхней губы и неба.

Статистика, классификация. Анатомические и функциональные нарушения. Влияние врожденных расщелин губы и неба на общее развитие организма ребенка. Вторичные деформации челюстей при расщелинах неба. Сроки и задачи операций при врожденных расщелинах верхней губы и неба. Возрастные показания.

Диспансеризация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Организация. Учреждения, выполняющие роль лечебно-профилактических центров. Специалисты, осуществляющие диспансерное наблюдение, лечение, реабилитацию больных (детские стоматологи - ортодонт, хирург, терапевт, логопед, педиатр, отоларинголог, психоневролог, методист по лечебной физкультуре, медицинский генетик).

4.1.3. Модуль Стоматология детская. Раздел ортодонтический

Организация ортодонтической помощи детскому населению

Организация ортодонтической помощи детскому населению. Ортодонтическая лаборатория. Учет и документация в ортодонтии.

Классификация зубочелюстных аномалий.

Принципы построения классификаций аномалий зубочелюстной системы. Морфологические классификации (Энгля, Симона, Калвелиса, Курляндского, Ильиной-Маркосян, Бетельмана, Каламкарова, ММСИ, аномалий окклюзии Персина Л.С.). Функциональная классификация Катца. Этиопатогенетическая классификация Канторовича. Современная классификация аномалий окклюзии зубных рядов. Терминология, применяемая в ортодонтии.

Морфологическая и функциональная характеристика периодов развития зубочелюстной системы.

Нормальное развитие зубочелюстной системы. Этапы развития зубочелюстной системы:

- внутриутробный период;
- период после рождения ребенка;
- период от рождения до 6 месяцев;
- период формирования прикуса временных зубов (от 6 мес. до 2,5 лет);
- период сформированного прикуса временных зубов (от 2,5 лет до 7 лет);
- период смены зубов (от 7 до 12—13 лет);

- период прикуса постоянных зубов (после 12 лет). Анатомические и функциональные нарушения у детей с врожденной патологией в челюстно-лицевой области.

Этиология зубочелюстных аномалий.

Заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.

Заболевания в раннем детском возрасте.

Мышечная дисфункция у ребенка. Нарушение миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области.

Вредные привычки у детей.

Заболевания в челюстно-лицевой области у ребенка (кариес временных зубов и его осложнения, травма и ее последствия, остеоартроз, остеомиелит).

Нарушение функций дыхания, глотания, речи, жевания.

Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций.

Морфо-функциональная характеристика периодов развития зубочелюстной системы. Факторы риска возникновения и развития зубочелюстных аномалий у детей (вредные привычки, нарушение функций жевания, дыхания, глотания, аномалии развития слизистой оболочки и др.). Взаимосвязь кариеса и его осложнений с зубочелюстными аномалиями. Роль питания в формировании зубочелюстной системы. Основные направления, методы и средства профилактики зубочелюстных аномалий. Миогимнастика как метод профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у детей.

Диагностика зубочелюстных аномалий.

Клиническое обследование пациента: опрос ребенка и его родителей, жалобы.

Осмотр лица: гармоничность развития лица, симметричность его левой и правой половины, пропорциональность развития верхней, средней и нижней части лица, оценка смыкания губ, выраженности носогубных складок и супраментальной борозды, оценка формы профиля лица, виды профиля лица: выпуклый, вогнутый, нормальный, форма лица в фас и профиль при аномалиях окклюзии, антропометрические точки, используемые при изучении строения лица, оценка ширины и длины лица, индекс Изара, эстетическая плоскость

Риккетса. Осмотр рта: зубная формула, стадии формирования прикуса, форма и размеры зубных рядов, смыкание зубных рядов в переднем и боковых участках зубных рядов, аномалии зубных рядов в переднем и боковых участках зубных рядов, аномалии зубных рядов, окклюзии, форма, величина и место прикрепления уздечек верхней и нижней губ, языка, форма небного свода, постановка предварительного диагноза.

Антропометрические методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: изучение лица. Изучение гипсовых моделей:

- мезиодистальные размеры коронок зубов;
- ширина зубных рядов (метод Пона, Долгополовой, Слабковской. Индексы Тона, Герлаха, Малыгина);
- проекционная длина зубных рядов (метод Коркхауза);
- ширина и длина апикальных базисов зубных рядов (метод Хауса, Снагиной);
- построение форм зубных рядов (метод Хаулея-Гербера-Гербста).

Рентгенологические методы диагностики: ортопантомография челюстей. Телерентгенография головы, выполненная в боковой проекциях и прямой. Возрастные показания к исследованию ТРГ. Методы расшифровки и анализа боковых ТРГ головы.

Функциональные методы диагностики: электромиография жевательных, височных, над -подъязычных мышц, подбородочных и круговой мышцы рта.

Лечение зубочелюстных аномалий.

Лечение аномалий окклюзии в вертикальном направлении:

- в переднем отделе зубных рядов;
- при глубокой резцовой окклюзии;
- при глубокой резцовой дизокклюзии;
- при прямой резцовой окклюзии;
- в боковых отделах зубных рядов.

Лечение аномалий окклюзии в трансверсальном направлении.

- перекрестная окклюзия;

- при палатиноокклюзии;
- при лингвоокклюзии;
- при вестибулоокклюзии.

Лечение зубочелюстных аномалий при врожденных пороках развития в челюстно-лицевой области:

- хирургическое лечение;
- ортопедическое лечение;
- сочетанные методы лечения.

Современные методы устранения зубочелюстных аномалий и деформаций и ретенция результатов лечения.

Ортодонтическое лечение с помощью аппаратов и приспособлений.

Классификация ортодонтических аппаратов по:

- принципу действия;
- способу фиксации;
- месту расположения;
- назначению.

Морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы под воздействием ортодонтических аппаратов. Силы, применяемые при ортодонтическом лечении.

Ретенция результатов ортодонтического лечения. Показания к применению ретенционных аппаратов:

- биологические основания к использованию ретенционных аппаратов;
- особенности конструкции ретенционных аппаратов;
- сроки пользования ретенционными аппаратами.

Рецидивы зубочелюстных аномалий.

Возможности возникновения рецидивов зубочелюстных аномалий и методы их профилактики:

- рецидивы аномалии зубов;
- рецидивы аномалии зубных рядов;

- рецидивы аномалии окклюзий;
- рецидивы аномалии положения челюстей;
- методы профилактики рецидивов аномалий зубочелюстной системы.

4.1.4. Модуль стоматология детская. Избранные вопросы смежных дисциплин.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины – стоматология детская (дополнительные дисциплины)

Цикл гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических дисциплин. Базисными знаниями являются знания по:

- Анатомии зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области.
- Нормальной физиологии человека.
- Нормальной физиологии органов и систем челюстно-лицевой области.
- Биохимическим процессам происходящим в полости рта и окружающих органов.
- Гистологии тканей и органов зубочелюстной системы и полости рта.
- Микробиологии полости рта.
- Патологической физиологии.
- Патологической анатомии.
- Химии и физики.
- Фармакологии.

4.2

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

профессиональной переподготовки (ПП)
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ

Продолжительность цикла: 4 месяца (16 недель, 576 часов).

Категория слушателей: врачи, окончившие стоматологические факультеты и имеющие сертификат специалиста-стоматолога.

Цель обучения на цикле: изучить анатомические и физиологические особенности детского организма и челюстно-лицевой области, влияющие на течение стоматологических заболеваний у детей; изучить особенности клиники, диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний в разные возрастные периоды. Ознакомиться с организацией стоматологической помощи детям, дополнительной программой.

| № | Наименование разделов дисциплин | Число учебных часов | | | | |
|-----|--|---------------------|-----|-----|-----|----------------|
| | | Всего | Л | П/З | С/З | Форма контроля |
| 1. | Организация стоматологической помощи детскому населению. Формирование здорового образа жизни у населения | 24 | 8 | 12 | 4 | тест |
| 2. | Клиническая анатомия челюстно-лицевой области и амбулаторная хирургия | 24 | 8 | 12 | 4 | тест |
| 3. | Методы обследования в детской стоматологии | 30 | 10 | 13 | 7 | тест |
| 4. | Обезболивание в детской стоматологии и методы интенсивной терапии | 42 | 10 | 18 | 14 | тест |
| 5. | Кариес зубов | 54 | 10 | 26 | 18 | тест |
| 6. | Заболевания пульпы | 54 | 10 | 26 | 18 | тест |
| 7. | Заболевания периодонта | 54 | 10 | 26 | 18 | тест |
| 8. | Некариозные поражения твердых тканей зуба | 42 | 10 | 18 | 14 | тест |
| 9. | Пломбировочные материалы | 54 | 10 | 26 | 18 | тест |
| 10. | Заболевания пародонта | 54 | 10 | 26 | 18 | тест |
| 11. | Заболевания слизистой оболочки полости рта. ВИЧ-инфекция –проявления в ЧЛО | 36 | 10 | 16 | 10 | тест |
| 12. | Физические методы диагностики и лечения в стоматологии детской | 30 | 10 | 14 | 6 | тест |
| | По дополнительным программам: | 72 | 22 | 22 | 28 | |
| | Итоговый контроль: | 6 | | | | |
| | Всего: | 576 | 138 | 255 | 177 | |

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
цикла профессиональной переподготовки—ПП
«СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

Категория слушателей: врачи, окончившие стоматологические факультеты и имеющие сертификат специалиста-стоматолога.

Срок обучения—4 месяца (16 недель, 576 часов).

Режим занятия — 6 часов в день.

Форма обучения — очная.

Цель обучения на цикле: изучить анатомические и физиологические особенности детского организма и челюстно-лицевой области, влияющие на течение стоматологических заболеваний у детей; изучить особенности клиники, диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний в разные возрастные периоды. Освоить методы профилактики стоматологических заболеваний в разные возрастные периоды. Ознакомиться с организацией стоматологической помощи детям, дополнительной программой.

| Ко
д | Наименование разделов и тем | Всего | Число учебных часов | | |
|---------|-----------------------------|-------|---------------------|------------|----|
| | | | Л | С/З
П/З | ФК |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------|---|----|----|----|-----------------|
| 1 | Организация стоматологической помощи детскому населению | 26 | 10 | 16 | Зачет |
| 1.1. | Организация стоматологической помощи населению | 10 | 4 | 6 | - |
| 1.2. | Медицинское страхование в стоматологии детской | 1 | 1 | | - |
| 1.3. | Медицинская деонтология и врачебная этика | 3 | 1 | 2 | - |
| 1.4. | Мероприятия по борьбе с ВИЧ и распространением других инфекций | 6 | 2 | 4 | - |
| 1.5. | Некоторые частные правовые вопросы | 6 | 2 | 4 | - |
| 2. | Теоретические основы стоматологии детского возраста и избранные вопросы смежных дисциплин | 12 | 10 | 2 | Зачет |
| 2.1. | Теоретические основы стоматологии детского возраста | 10 | 8 | 2 | |
| 2.2. | Избранные вопросы смежных специальностей | 2 | 2 | | |
| 3. | Основные методы обследования в стоматологии детской | 16 | - | 16 | Зачет |
| 3.1. | Клинические методы обследования | 10 | - | 10 | |
| 3.2. | Дополнительные методы обследования | 6 | - | 6 | |
| 4. | Первичная профилактика в стоматологии детской | 50 | 10 | 40 | Тест.
контр. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------|--|-----|----|-----|----------------|
| 4.1. | Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения | 2 | 2 | - | - |
| 4.2. | Профилактика стоматологических заболеваний зубочелюстных аномалий | 48 | 8 | 40 | - |
| 5. | Кариес зубов | 126 | 16 | 110 | Тест.
контр |
| 5.1. | Эпидемиология, этиология и патогенез кариеса | 2 | 2 | - | - |
| 5.2. | Клиника кариеса | 22 | 2 | 20 | - |
| 5.3. | Реабилитация детей с кариесом | 102 | 12 | 90 | - |
| 6. | Одонтогенные воспалительные заболевания в детском возрасте. Эндодонтия | 96 | 20 | 76 | Тест |
| 6.1. | Особенности течения и принципы лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей | 12 | 6 | 6 | |
| 6.2. | Эндодонтия | 84 | 14 | 70 | |
| 7. | Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области | 33 | 8 | 25 | Тест |
| 7.1. | Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области | 4 | 2 | 2 | |
| 7.2. | Воспалительные процессы челюстных и лицевых костей | 9 | 3 | 6 | |
| 7.3. | Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области | 2 | 1 | 1 | |
| 7.4. | Удаление зубов в детском возрасте | 18 | -2 | 16 | |
| 8 | Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ | 30 | 8 | 22 | Тест. |
| 8.1. | Структура заболеваний слизистой оболочки полости рта в детском возрасте | 4 | 2 | 2 | |
| 8.2. | Заболевания, изменения и повреждения слизистой оболочки полости рта | 26 | 6 | 20 | |
| 9 | Заболевания краевого пародонта | 15 | 4 | 11 | Тест.
конт |
| 9.1. | Структура заболевания пародонта в детском возрасте | 3 | 1 | 2 | |
| 9.2. | Клиника и диагностика заболеваний пародонта у детей | 10 | 3 | 7 | |
| 9.3. | Реабилитация | 2 | - | 2 | |
| 10. | Пороки развития зубов, челюстей и лица | 24 | 6 | 18 | Тест.
конт |
| 10.1 | Врожденные пороки лица и шеи | 4 | 2 | 2 | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------|---|-----|-----|-----|---------------|
| 10.2 | Пороки развития зубов и лицевого скелета | 20 | 4 | 16 | |
| 11. | Зубочелюстные аномалии. Избранные вопросы ортодонтии. | 16 | 6 | 10 | Тест.
конт |
| 11.1 | Морфологическая и функциональная характеристика прикуса в норме и патологии в разные возрастные периоды | 3 | 1 | 2 | |
| 11.2 | Этиология зубочелюстных аномалий | 3 | 1 | 2 | |
| 11.3 | Диагностика формирующихся и сформированных зубочелюстных аномалий | 4 | 2 | 2 | |
| 11.4 | Лечение и вторичная профилактика зубочелюстных аномалий | 6 | 2 | 4 | |
| 12. | Повреждения челюстно-лицевой области | 20 | 6 | 14 | Тест.
конт |
| 12.1 | Особенности повреждений ЧЛО | 2 | 2 | | |
| 12.2 | Повреждение мягких тканей | 3 | 1 | 2 | |
| 12.3. | Повреждения зубов | 12 | 2 | 10 | |
| 12.4. | Повреждения челюстных и лицевых костей | 3 | 1 | 2 | |
| 13. | Опухоли и опухолеподобные образования в ЧЛО | 5 | 2 | | Зачет |
| 13.1 | Общие данные об опухолевых процессах у детей | 2 | 2 | - | - |
| 13.2 | Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей | 0,5 | - | 0,5 | - |
| 13.3 | Опухолеподобные процессы мягких тканей | 1 | - | 1 | - |
| 13.4 | Доброкачественные и злокачественные опухоли лицевых костей | 0,5 | - | 0,5 | - |
| 13.5 | Опухолеподобные образования лицевого скелета | 1 | - | 1 | - |
| 14. | Обезболивание, неотложная помощь в детской стоматологии | 29 | 8 | 21 | Зачет |
| | Итоговый контроль | 6 | - | 6 | - |
| | Итого | 504 | 114 | 390 | - |
| | По дополнительным программам | 72 | - | | - |
| | Всего | 576 | - | - | - |

4.3. Учебно – исследовательская работа врача стоматолога детского,
рекомендуемая тематика курсовых проектов

4.3.1. Самостоятельная работа курсантов

Курсовые работы (проекты), самостоятельно выполняются слушателями во внеурочное время.

| Предлагаемые темы курсовых работ | Вид самостоятельной работы | Форма контроля |
|--|----------------------------|--------------------|
| Основные вопросы организации стоматологической помощи детям в современных условиях | реферат | Доклад на семинаре |
| Основные методы обследования в стоматологии детского возраста | реферат | Доклад на семинаре |
| Профилактики в стоматологии детского возраста | реферат | Доклад на семинаре |
| Кариес зубов в детском возрасте. Особенности клиники. Диагностика. Современные методы лечения. | реферат | Доклад на семинаре |
| Одонтогенные воспалительные заболевания в детском возрасте. Особенности клиники пульпита и периодонтита. | реферат | Доклад на семинаре |
| Современные методы лечения осложненных форм кариеса в детском возрасте. | реферат | Доклад на семинаре |
| Практическая эндодонтия детского возраста. | реферат | Доклад на семинаре |
| Некариозные поражения твердых тканей зуба. | реферат | Доклад на |

| | | |
|---|---------|--------------------|
| Современные методы лечения. | | семинаре |
| Острый герпетический стоматит. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. | реферат | Доклад на семинаре |
| Хронический рецидивирующий герпетический стоматит. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. | реферат | Доклад на семинаре |
| Рецидивирующие афты слизистой оболочки полости рта. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. | реферат | Доклад на семинаре |
| Операция удаления зуба в детском возрасте. | реферат | Доклад на семинаре |
| Этиология и профилактика зубочелюстных аномалий. | реферат | Доклад на семинаре |
| Диагностика формирующихся и сформированных зубочелюстных аномалий. | реферат | Доклад на семинаре |

4.3.2. Семинары

- Возрастные анатомо-физиологические особенности детского организма
- Врожденные пороки развития зубов
- Врожденные расщелины лица.
- Виды зубочелюстных аномалий, классификация и диагностика.
- Основные принципы лечения зубочелюстных деформаций, протезирование. Зубов.
- Заболевания зубов некариозного происхождения.
- Кариес и его влияние на детский организм.
- Общие закономерности клинического проявления и течения острых и хронических одонтогенных воспалительных процессов у детей.
- Пульпит у ДЕТЕЙ.
- Периодонтит у детей.
- Острый и хронический одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей
- Специфические процессы в челюстно-лицевой области у детей.
- ЛИМФАДЕНИТ, АБСЦЕССЫ, ФЛЕГМОНЫ.

- Заболевания слизистой оболочки рта детей.
- Принципы лечения поражений слизистой оболочки рта. У детей.
- Заболевания пародонта у детей
- Переломы челюстных и лицевых костей, виды повреждения челюстей, травма мягких тканей. Принципы их устранения.
- Ожоговая болезнь.
- Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей у детей.
- Опухоли и опухолеподобные процессы челюстных костей у детей.
- Антибиотики в детской стоматологической ПРАКТИКЕ.
- Обезболивание в детской стоматологической клинике
- Плановая санация полости рта, стоматологическая диспансеризация детей

5. Результаты изучения материала дисциплины

5.1. Практическая часть

Условные обозначения уровня усвоения:

- + - осведомленность врача – стоматолога детского по данному вопросу
 ++ - может использовать приобретенные профессиональные знания и практические навыки при курации стоматологических больных
 +++ - может самостоятельно использовать приобретенные знания и навыки в обследовании, диагностике и лечении стоматологических больных.

| код | | | НАИМЕНОВАНИЕ
РАЗДЕЛА, ТЕМЫ,
ЭЛЕМЕНТА | Уровень
усвоения
темы,
элемента и
практических
навыков | количество |
|--------|------|---------|--|---|------------|
| раздел | тема | элемент | | | |
| 01 | 00 | 00 | Организация стоматологической помощи детям. Профилактика стомат. заболеваний и диспансеризация. Планирование и учет работы | +++ | |
| 01 | 01 | 00 | Структура и принципы организации работы детских стоматологических поликлиник (отделения, | +++ | |

| | | | | | |
|----|----|----|---|-------|----|
| | | | кабинета) | | |
| 01 | 02 | 00 | Профилактика стоматологических заболеваний. | + + + | 20 |
| 01 | 02 | 01 | Современные принципы организации и методы проведения профилактики. Комплексная система профилактики стомат. заболеваний. | + + + | 30 |
| 01 | 02 | 02 | Организация и проведение антенатальной профилактики. | + + | 10 |
| 01 | 03 | 00 | Диспансеризация детей у стоматолога. | + + + | 20 |
| 01 | 03 | 02 | Определение распространенности, интенсивности, прироста, и редукция кариеса (индекс КПУ, кп, КПП). | + + + | 30 |
| 01 | 03 | 02 | Выявление зубных отложений и определение индексов гигиены полости рта по Федорову-Володкиной, Грин-Вермильону. | + + + | 30 |
| 01 | 03 | 03 | Определение состояния тканей пародонта (РМА, ПИ, СРГШ, проба Шиллера-Писарева) | + + + | 30 |
| 01 | 03 | 04 | Формирование групп риска на основании индексов кариеса и гигиены полости рта. Формирование диспансерных групп детей с заболеваниями зубов, челюстей и мягких тканей лица, с соматическими хроническими заболеваниями. | + + + | 10 |
| 01 | 03 | 05 | Оценка эффективности профилактики заболеваний зубов, пародонта и зубочелюстных аномалий. | + + + | 10 |

| | | | | | |
|----|----|----|---|------|----|
| 01 | 04 | 00 | Обследование ребенка у стоматолога | + ++ | 30 |
| 01 | 04 | 01 | Клинические методы исследований | + ++ | 30 |
| 01 | 04 | 02 | Дополнительные методы обследования. | + ++ | 30 |
| 01 | 04 | 03 | Гигиеническое воспитание и обучение детей, родителей и воспитателей в дошкольных учреждениях и школах. | + ++ | 30 |
| 01 | 05 | 00 | Планирование и учет работы детского стоматолога. | + + | |
| 01 | 05 | 01 | Введение учетной и отчетной медицинской документации. | + ++ | 10 |
| 01 | 05 | 02 | Оценка показателей работы врача и медицинского учреждения. | + ++ | |
| 01 | 05 | 03 | Составление плана профилактических мероприятий в школе и дошкольных учреждениях. | + ++ | 10 |
| 02 | 00 | 00 | Кариес зубов у детей и его осложнения. | + ++ | 15 |
| 02 | 01 | 00 | Пороки развития твердых тканей зубов.
Факторы, влияющие на минерализацию молочных и постоянных зубов. Условия жизни ребенка, способствующие ослаблению кариесрезистентности. | + + | 10 |
| 02 | 02 | 00 | Классификация кариеса. | + ++ | |
| 02 | 03 | 00 | Особенности клинического течения, методы диагностики, профилактики и лечения кариеса. | + ++ | 10 |
| 02 | 03 | 01 | Методика окраски твердых тканей зубов 2% р-ром метиленового синего и | + ++ | 10 |

| | | | | | |
|----|----|----|--|-------|----|
| | | | клиническая оценка
полученных результатов | | |
| 02 | 03 | 02 | Пломбирование кариозных полостей временных и постоянных зубов, выбор пломбировочных материалов. | + ++ | 15 |
| 02 | 03 | 03 | Применение реминерализующих средств для профилактики и лечения начальных форм кариеса. Назначение препаратов кальция, фосфора, фтора, витаминов. | + ++ | 30 |
| 02 | 03 | 04 | Устранение «зон риска» в твердых тканях зуба методом «запечатывания фиссур»- как метод профилактики кариеса. | + ++ | 15 |
| 02 | 04 | 00 | Классификация пульпитов. | + ++ | |
| 02 | 05 | 00 | Особенности клиники и диагностики пульпитов у детей. | + ++ | 30 |
| 02 | 06 | 00 | Классификация периодонтитов. | + ++ | |
| 02 | 07 | 00 | Особенности клиники и дифференциальной диагностики периодонтитов. | + ++ | 30 |
| 02 | 08 | 01 | Лечение осложнений кариеса (пульпиты, периодонтиты) | + ++ | 15 |
| 02 | 08 | 00 | Пломбирование корневых каналов молочных и постоянных зубов с несформированными корнями | + ++ | 5 |
| 02 | 08 | 02 | Электрофорез корневых каналов. | ++ | |
| 02 | 09 | 00 | Пороки развития твердых тканей зуба. | + ++ | 10 |
| 02 | 09 | 01 | Гипоплазия эмали. | + ++ | |
| 02 | 09 | 02 | Флюороз. | + + + | |

| | | | | | |
|----|----|----|--|-------|---|
| 02 | 09 | 03 | Наследственные пороки развития твердых тканей зуба. | + + | |
| 03 | 00 | 00 | Болезни слизистой оболочки полости рта. | | 5 |
| 03 | 01 | 00 | Особенности строения слизистой оболочки полости рта в различные возрастные периоды | + ++ | |
| 03 | 02 | 00 | Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта | + ++ | |
| 03 | 03 | 00 | Клиническая картина заболеваний слизистой оболочки полости рта различной этиологии. Принципы лечения. Диспансеризация детей с целью предупреждения рецидива заболевания. | + + + | |
| 03 | 03 | 01 | Оказание неотложной помощи при остром герпетическом стоматите и других острых инфекционных заболеваниях. | + ++ | 5 |
| 03 | 04 | 00 | Изменения слизистой оболочки полости рта при СПИДе. | + | |
| 04 | 00 | 00 | Болезни пародонта у детей | + ++ | 5 |
| 04 | 01 | 00 | Особенности строения пародонта у детей | + ++ | |
| 04 | 02 | 00 | Классификация болезней пародонта | + ++ | |
| 04 | 03 | 00 | Гингивит и пародонтит, обусловленные местными факторами | + ++ | |
| 04 | 04 | 00 | Пародонтит, пародонтолиз, обусловленные общим заболеванием ребенка | + ++ | |
| 04 | 05 | 00 | Принципы профилактики и лечения заболеваний пародонта у детей | + ++ | |

| | | | | | |
|----|----|----|---|-------|---|
| 04 | 06 | 00 | Диспансеризация детей с заболеваниями пародонта, обусловленными общими заболеваниями организма | + ++ | 5 |
| 05 | 00 | 00 | Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области | + ++ | 5 |
| 05 | 01 | 00 | Возрастные особенности строения молочных зубов и постоянных, находящихся в стадии формирования корней, периодонта, челюстных костей, лимфатической системы. | + + + | |
| 05 | 02 | 00 | Влияние возрастных особенностей челюстных костей, лимфатической системы на течение воспалительных процессов и их исходы. | + ++ | |
| 05 | 02 | 02 | Пути распространения одонтогенной инфекции. | + ++ | |
| 05 | 02 | 00 | Периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение. | + ++ | 3 |
| 05 | 03 | 00 | Лимфаденит. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение | ++ | 2 |
| 05 | 04 | 00 | Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Клиника, диагностика, лечение, профилактика | + ++ | 2 |
| 05 | 05 | 00 | Хронический одонтогенный остеомиелит. Клинико-рентгенологические формы (деструктивная, деструктивно-продуктивная | + ++ | 2 |

| | | | | | |
|----|----|----|---|-------|----|
| | | | продуктивная). Лечение, | | |
| 05 | 06 | 00 | Острый гематогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение. | + ++ | 1 |
| 05 | 07 | 00 | Травматический остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение. | + ++ | 1 |
| 05 | 08 | 00 | Удаление зубов в детском возрасте. | + ++ | 10 |
| 05 | 08 | 01 | Показания к удалению молочных и постоянных зубов. | + ++ | |
| 05 | 08 | 02 | Операция удаления зуба (молочных, постоянных). | + ++ | |
| 05 | 08 | 03 | Местные осложнения во время удаления и после удаления зубов Меры их предупреждения и устранения возникших осложнений. | + ++ | |
| 06 | 00 | 00 | Травма зубов, челюстей и мягких тканей лица
Опухоли и опухолеподобные образования, врожденная патология челюстно-лицевой области. Основы неотложной помощи, анестезиология и реаниматология. | + ++ | |
| 06 | 01 | 00 | Травма зубов, челюстей и мягких тканей лица у детей. | + ++ | 5 |
| 06 | 01 | 01 | Повреждение мягких тканей лица, ожоги, обморожения. | ++ | |
| 06 | 01 | 02 | Травма зуба | + + + | 5 |
| 06 | 01 | 03 | Повреждения лицевых и челюстных костей | + + | |
| 06 | 02 | 00 | Опухоли и опухолеподобные образования челюстно- | + ++ | 2 |

| | | | | | |
|----|----|----|--|------|---|
| | | | лицевой области у детей | | |
| 06 | 02 | 01 | Классификация опухолевых процессов в челюстно-лицевой области | + + | |
| 06 | 02 | 02 | Особенности клинического течения. | + + | |
| 06 | 01 | 03 | Принципы клинического обследования детей с новообразованиями в челюстно-лицевой области. | + + | |
| 06 | 02 | 04 | Принципы лечения и диспансеризация | + + | 2 |
| 06 | 03 | 00 | Врожденная патология челюстно - лицевой области | + + | 5 |
| 06 | 03 | 01 | Врожденные пороки развития твердых тканей зуба (сроки прорезывания, числа размера, формы, положения). | + + | 1 |
| 06 | 03 | 02 | Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка твердого мягкого неба | + ++ | 2 |
| 06 | 03 | 03 | Пороки развития слизистой оболочки полости рта (короткая и добавочная уздечка губ, языка, мелкое преддверие полости рта) | + + | |
| 06 | 03 | 04 | Принципы лечения детей с пороками развития челюстно-лицевой области | + + | 5 |
| 06 | 03 | 05 | Диспансеризация детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области | + ++ | 5 |
| 06 | 04 | 00 | Основы неотложной помощи, анестезиология и реаниматология | + ++ | 2 |
| 06 | 04 | 01 | Организация оказания | + ++ | 1 |

| | | | | | |
|----|----|----|--|------|---|
| | | | неотложной помощи в условиях стоматологической поликлиники. | | |
| 06 | 04 | 02 | Виды обезболивания в поликлиническом терапевтическом отделении. | + ++ | 5 |
| 06 | 04 | 02 | Виды обезболивания | + ++ | |
| 06 | 04 | 03 | Психотерапевтическая и седативная подготовка ребенка к стоматологическим манипуляциям. | + ++ | 5 |
| 06 | 04 | 04 | Осложнения во время и после местного обезболивания. | + ++ | |
| 06 | 04 | 05 | Основы реаниматологии и организации реанимации у детей. Обморок, коллапс, шок, анафилактический шок, гипертермический синдром. | + ++ | |
| 07 | 00 | 00 | Зубочелюстные аномалии у детей. | + ++ | 5 |
| 07 | 01 | 00 | Классификация зубочелюстных аномалий | + ++ | |
| 07 | 02 | 00 | Диагностика зубочелюстных аномалий | + ++ | |
| 07 | 03 | 00 | Аномалии положения отдельных зубов. Этиология, клиника, диагностика, лечение. | ++ | |
| 07 | 04 | 00 | Аномалии зубных рядов. Этиология, клиника, диагностика, лечение | ++ | |
| 07 | 05 | 00 | Аномалии окклюзии. Этиология, клиника, диагностика, лечение | ++ | |
| 07 | 06 | 00 | Принципы профилактики зубочелюстных аномалий. | + ++ | 5 |

5.2.Практическая часть (модуль)

Организация стоматологической помощи

Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению. Работа с медико – экономическими стандартами (МЭС).

Составление отчета о своей работе, анализ ее.

Организация рабочего места в соответствии с современными требованиями и достижениями мировой стоматологии.

Проведение диспансеризации детского населения, санитарно – просветительской работы.

Методы обследования больного в клинике детской терапевтической стоматологии

основные и дополнительные методы обследования. Расспрос: выяснение жалоб, истории развития заболевания, сопутствующих и перенесенных заболеваний, аллергологического и профессионального анамнеза. Внешний осмотр и осмотр органов и тканей полости рта. Пальпация регионарных лимфатических узлов.

Виды прикуса. Осмотр слизистой оболочки полости рта. Заполнение зубной формулы. Зондирование / пальпация, перкуссия, термометрия.

Дополнительные методы обследований: электроодонтометрия, рентгенография, функциональные пробы и лабораторные методы. Рентгенологический способ определения рабочей длины канала. Апекслокатор.

Обследование больного с патологией тканей пародонта. Выявление подвижности зубов. Оценка состояния межзубной, маргинальной и альвеолярной десны. Зубные отложения: мягкий зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Универсальный индекс гигиены Грин – Вермильона. Исследование кармана: глубина, наличие экссудата и грануляций. Кровоточивость десен. Проба Шиллера – Писарева, пародонтальный индекс ПИ, РМА, и СРІТN. Ортопантомография.

Общий анализ крови, содержание сахара в крови.

Описание элементов поражения на СОПР: вид высыпаний, локализация, размеры, окраска, границы, поверхность, вид налета, дно язвы, наличие фоновых изменений, консистенция краев и основания, болезненность. Первичные и вторичные элементы поражения, мономорфная и полиморфная сыпь. Морфологические элементы поражения на коже и других оболочках, специальные методы исследования: бактериоскопия и цитологическое исследование, биопсия, иммунологические методы. Консультация у смежных специалистов.

Сбор информации о заболевании, выявление общих и специфических признаков заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии.

Проведение обследования челюстно – лицевой области: обследование мягких тканей лица, височно – нижнечелюстного сустава, слюнных желез и регионарной лимфатической системы.

Зондирование зубов, карманов, свищей и протоков слюнных желез.

Перкуссия и термодиагностика зубов.

Электроодонтодиагностика.

Витальное окрашивание твердых тканей зуба.

Определение степени подвижности зубов.

Обследование тканей пародонта и выявление изменений на СОПР и красной кайме губ.

Определение необходимости проведения специальных методов исследования, (лабораторных, цитологических, микробиологических, рентгенологических, функциональных); интерпретация их результатов.

Проведение дифференциальной диагностики основных стоматологических заболеваний.

Работа с диагностической аппаратурой. Интерпретация результатов исследования.

Профилактика и лечение заболеваний твердых тканей зуба, эндодонта, пародонта, СОПР и красной каймы губ.

Проведение профессиональной гигиены полости рта: удаление зубных отложений, орошение и аппликации медикаментов, наложение изолирующих и лечебных десневых повязок, местная флюоризация.

Избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба.

Кюретаж карманов.

Шинирование подвижных зубов композитами и лентой Ribbond.

Одонтопрепарирование традиционное и модифицированное.

Профилактическое пломбирование. ART – техника пломбирования.

Выбор пломбировочного материала в зависимости от класса по Блэку, заболевания и эстетических требований. Владение навыками работы с амальгамой, композитами химической и световой полимеризации, герметиками, стеклоиномерными цементами. Общая схема последовательности этапов работы со светополимеризующимися композитами.

Способы одномоментного замещения единично отсутствующего зуба: использование ленты Ribbond, стандартных пластмассовых зубов, композитов и кламмерной проволоки.

Создание контактного пункта с помощью матриц, клинышков, матрицедержателей.

Проведение окончательной обработки пломбы: шлифование, полирование, финишное просвечивание.

Владение техниками витальной ампутации, витальной и девитальной экстирпации.

Трепанация коронки, выявление полости зуба, прохождение и расширение корневых каналов, инструментальная обработка каналов способами step back и crown down. Использование комплексонов для химического расширения корневого канала. Антисептическая обработка канала: особенности использования различных препаратов.

Пломбирование каналов пастами, гуттаперчевыми штифтами и термофилами.

Применение внутриканальных и парапульпарных штифтов.

Распломбирование каналов, obturированных гуттаперчей.

Знание и применение основ фармакотерапии заболеваний СОПР и красной каймы губ.

Детская хирургическая стоматология и челюстно – лицевая хирургия

Одонтогенные воспалительные процессы. Острый гнойный периостит челюсти, Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей.

Задачей настоящего занятия является научить врачей диагностике острого одонтогенного остеомиелита и правильному и своевременному хирургическому вмешательству при этом заболевании.

Занятия проводятся в стационаре в форме клинического разбора больных с острым гнойным одонтогенным воспалительным процессом.

В начале занятия преподаватель разбирает возрастные анатомо-физиологические особенности у детей, влияющие на проявление и течение острого гнойного воспалительного процесса. Разбираются возрастные особенности ЦНС, эндокринной системы, обменных процессов (особенно водного обмена), паренхиматозных органов, общего и местного иммунитета, картины крови здорового ребенка. На костях и рентгенограммах челюстей детей различного возраста разбираются возрастные особенности: структуры челюстных костей, топографии молочных и постоянных зубов и их строение.

Хронический одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей.

На занятиях врачи должны научиться распознавать хронический воспалительный процесс, протекающий в челюстных костях, четко разбираться в рентгенологических признаках хронического воспаления, освоить схему лечения заболевания.

Занятие проводится в стационаре в форма клинического разбора больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей. Особое внимание уделяется дифференциальной диагностике с некоторыми новообразованиями челюстных костей.

Гематогенный остеомиелит лицевых костей у детей.

Цель занятия - ознакомить врачей с основными клиническими признаками этого заболевания.

Занятие проводится в стационаре в форме клинического разбора больных, при отсутствии больных - на цветных диапозитивах и фотографиях с историями болезни этих больных.

Дается определение гематогенного остеомиелита. При клиническом разборе больного обращается внимание на следующие вопросы:

1. Причины развития гематогенного остеомиелита (возрастное состояние иммунитета новорожденных к гнойной инфекции, пути проникновения инфекции в костную ткань, бактериальная флора).

2. Клиническая картина острого гематогенного остеомиелита (возраст, общее состояние больных, излюбленная локализация процесса на верхней и нижней челюстях, местные симптомы заболевания).

3. Лечение ребенка с гематогенным остеомиелитом.

4. Течение гематогенного остеомиелита челюстных костей у детей.

5. Исходы острого гематогенного остеомиелита у детей.

6. Хронический гематогенный остеомиелит. Клинико-рентгенологическая характеристика процесса.

7. Клиническое течение заболевания.

8. Лечение хронического гематогенного остеомиелита (исходы).

Специфические воспалительные процессы. Актиномикоз.

Цель занятия познакомить врачей с формами и проявлениями специфических воспалительных процессов в мягких тканях и костях лица. Основной задачей является знакомство с методами и средствами дифференциальной диагностики. Выбор тактики лечения при различных видах и формах специфических воспалительных процессов.

Занятие может проводиться как в поликлинике, так и в стационаре. В начале занятия преподаватель дает краткую характеристику возбудителям, подчеркивая их видовую изменчивость. Разбираются анатомо-физиологические особенности, которые могут служить предпосылками заболевания.

Основное внимание уделяется актиномикозу, как наиболее, часто встречающемуся специфическому воспалительному процессу у детей.

Преподаватель концентрирует внимание врачей на следующих основных вопросах:

1. Подчеркивается излюбленная локализация процесса в челюстно-лицевой области.

2. Пути внедрения и распространения с акцентом на факторы, присущие именно детскому возрасту.

3. Формы актиномикоза у детей (выделить первично-костную форму, как частое проявление актиномикоза у детей, лимфаденоактиномикоз).

4. Клинические проявления и симптоматология.

5. Диагностика (методы и средства), дать оценку различным методам. Подчеркнуть, что ни один из них не является определяющим. Основой диагностики является клиническая картина.

6. Дифференциальный диагноз с банальными воспалительными процессами, туберкулезом, воспалившимися врожденными кистами и свищами.

7. Принципы лечения, исходы, прогноз.

II. Туберкулезное поражение челюстно-лицевой области.

1. Отметить, что поражается преимущественно лимфатический аппарат. Преподаватель знакомит врачей с формами и клиническими проявлениями заболевания. Разбираются две основные формы заболевания - тип лимфаденопатии и тип острого лимфаденита.

2. Диагностика туберкулезного поражения.

Подчеркивается особая важность тщательного собирания семейного индивидуального анамнеза (заболевания и причины смерти родственников, в том числе и отдаленных, заболевания ребенка и пребывание в различных лечебно-профилактических учреждениях). Дополнительные методы исследования: реакция Пирке, Манту, рентгеноскопия и рентгенография легких, пункция узла и цитологическое исследование. Консультация фтизиатра.

3. Лечение.

Разбирается вопрос об оптимальном месте и методе лечения. Разбираются два метода лечения - консервативный и хирургический. Подчеркивается, что в случае изолированного поражения одного узла, методом выбора может быть хирургический метод. Возможные исходы и осложнения. Прогноз.

III. Сифилитические процессы в челюстно-лицевой области. Преподаватель в краткой информационной форме знакомит врачей с возможными проявлениями сифилиса в челюстно-лицевой области у ребенка.

Лимфадениты. Абсцессы, флегмоны. Задачей занятия является освоение врачами методов и способов диагностики и дифференциальной диагностики воспалений в мягких тканях челюстно-лицевой области. Кроме этого, необходимо научить врачей правильно выбрать тактику лечения при различных формах и стадиях воспаления в мягких тканях.

Занятие проводится в поликлинике в форме клинического разбора больных с острыми и хроническими воспалительными процессами в мягких тканях.

В начале занятия кратко разбираются основные анатомо-физиологические предпосылки, влияющие на частоту и течение лимфаденитов у детей. Рассматриваются пути проникновения инфекции в мягкие ткани.

При клиническом разборе больных с острыми и хроническими лимфаденитами преподаватель подчеркивает, что диагноз лимфаденита не является полным, если не указан этиологический момент обусловивший заболевание, т.к. в этом случае не может быть назначена патогенетическая терапия. При клиническом разборе каждого больного преподаватель последовательно, методом исключения в анамнезе и при обследовании ребенка диагностирует лимфаденит с учетом этиологического фактора. В тех случаях, когда требуется дополнительное исследование (серологическое, рентгенологическое, цитологическое и пр.) или консультация специалиста (оториноларинголога, фтизиатра и др.), оно проводится совместно с врачами и результаты исследования или консультаций разбираются на последующих занятиях.

Отмечается, что в клинической картине неспецифических лимфаденитов выделяются две основные формы заболевания:

а) лимфаденит, характеризующийся быстрым развитием и выраженной реакцией организма - в этом случае нередко нагноение и абсцедирование.

б) лимфаденит, характеризующийся медленным развитием с выраженной гиперплазией узла.

Анализируются причины, обуславливающие различное клиническое течение процесса.

Разбираются возможные варианты лечения различных форм острого и хронического лимфаденита. Подчеркивается, что лечение в каждом случае должно быть патогенетическим, в противном случае оно не будет достигать цели.

При всех гнойных и абсцедирующих формах необходимо хирургическое вмешательство.

Приступая к разбору абсцессов мягких тканей челюстно-лицевой области, преподаватель отмечает, что чаще всего это абсцедирующие лимфадениты и крайне редко абсцессы, обусловленные другими причинами. Основное внимание уделяется методам хирургического лечения: анестезия, направление и глубина разрезов, способы дренирования, перевязки и т.д.

В разделе занятия, посвященном флегмонам, преподаватель кратко излагает основные причины, которые приводят к возникновению заболевания. Подчеркивается, что у детей наиболее часто встречаются аденофлегмоны, как самостоятельное заболевание. Проводится дифференциальный диагноз аденофлегмон и флегмон при остеомиелите. Определяется тактика лечения и способы хирургического вмешательства. Отмечается разница в хирургической тактике при вскрытии аденофлегмоны и флегмон при остеомиелите.

Разбирается вопрос о показании к госпитализации. Преподаватель отмечает, что общим правилом следует признать необходимость госпитализации всех детей с острыми гнойными воспалительными процессами до 3-х летнего возраста.

Общее обезболивание в детской стоматологической практике.

Проводится демонстрация разных методов наркоза у детей при различных стоматологических вмешательствах.

Подчеркивается необходимость осмотра ребенка с различными сопутствующими заболеваниями (болезни сердца, бронхиальная астма, заболевания ЦНС и др.).

Обращается особое внимание на выбор общего обезболивания у детей различных возрастных групп (особенно у грудных детей), клинику наркоза, технику его выполнения, наблюдение за общим состоянием больного.

Демонстрируются больные при их пробуждении и в посленаркозном периоде.

Указывается на возможные побочные реакции и осложнения во время наркоза и в посленаркозном периоде.

Обращается внимание на особенности проведения методов лечения зубов под наркозом.

Курсанты самостоятельно осваивают основные приемы доврачебной реанимации на специальных тренировочных машинах. Самостоятельно проводят поэтапные приемы реанимации: дыхание "рот в рот", "рот в нос".

Врачи осваивают наружный массаж сердца на манекенах, и муляже "грудная клетка в разрезе".

На манекенах взрослого и ребенка создаются специальные ситуации клинической смерти, на которых отрабатываются последовательные приемы реанимации.

Травма зубов и челюстей у детей.

Цель занятия - освоить диагностику различных форм повреждений молочных и постоянных зубов и лицевых костей у детей. Освоить основные методы оказания лечебной помощи детям при травмах зубов и челюстных костей.

Занятие проводится в поликлинике. Врачи под наблюдением ассистента ведут разбор больных с различными видами повреждений зубов и челюстей.

В процессе работы преподаватель разбирает клиническую группировку различных форм повреждений зубов и повреждений лицевых костей по общепринятой классификации.

Особое внимание следует обратить на следующие вопросы:

1. Частота повреждения отдельных групп зубов у детей.
2. Возможность изолированного повреждения зубов.
3. Вида травматического повреждения зубов и объем лечебной помощи при каждом из видов.
4. Виды повреждений лицевых костей у детей. Выделить типичные для детей виды повреждений: ушибы костей, поднадкостничные переломы.
5. Клинико-рентгенологическая диагностика различных переломов верхней и нижней челюсти, скуло-челюстные переломы, переломы скуловой дуги и носовых костей.
6. Лечебная тактика при переломах костей лица.
7. Способы фиксации костных фрагментов у детей с переломами челюстей.
8. Динамика заживления переломов челюстей у детей.
9. Исходы травмы зубов и челюстей у детей.

Врачи самостоятельно ведут прием больных с различными видами травм. Изготавливают индивидуальные назубные и зубо-наддесневые аппараты из быстротвердеющих пластмасс.

Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области.

Задачей занятия является знакомство врачей с диагностикой, клиникой и тактикой лечения наиболее часто встречающихся опухолей и опухолеподобных заболеваний мягких тканей лица и шеи.

Занятие может проводиться как на базе стационара, так и в поликлинике в форме клинического разбора больных с опухолевыми и опухолеподобными заболеваниями лица и шеи.

В начале занятия проводится собеседование с целью установить усвоение основных положений лекционного курса, учебников и др. рекомендованной литературы по данному вопросу.

Подчеркивается дизонтогенетический характер большинства опухолей и опухолеподобных процессов в мягких тканях лица и шеи. Отмечается ранний возраст (первые годы жизни), в котором диагностируются данные процессы. Разбирается роль типичной локализации в диагностике для ряда опухолевых и опухолеподобных форм.

Внимание врачей концентрируется на наиболее часто встречающихся нозологических формах, имеющих наибольшее значение в практике врача-стоматолога: ангиомах, миомах, папилломах, фибромах, а также на группе врожденных кист и свищей.

При клиническом разборе больных преподаватель обращает особое внимание на такие аспекты, как время возникновения, динамика, локализация и глубина распространения опухоли, наличие или возможность присоединения воспалительного процесса, нарушение функции, деформации лицевого скелета и нарушения прикуса.

При клиническом разборе больных с ангиомами преподаватель указывает на возможность самопроизвольной ремиссии в первые годы жизни ребенка и в соответствии с этим определяет тактику лечения у детей раннего возраста.

Отмечается аффект стоматологической и общей санации при лимфангиомах, полости рта, выражающийся в уменьшении размеров опухоли, уменьшении воспалительных явлений. Разбираются различные клинические формы ангиом. Преподаватель обращает внимание врачей на осложнения, связанные с опухолевым ростом, которые помимо эстетических нарушений, приводят к нарушению функций при прорастании в окружающие области.

В сложных, с диагностической точки зрения, случаях разбираются вспомогательные средства, диагностики - пункция, цитологическое исследование, биопсия.

Приступая к разбору и оценке методов лечения ангиом, преподаватель подчеркивает, что выбор метода стоит в зависимости от возраста ребенка, локализации и формы опухолевого процесса. Анализируются положительные и

отрицательные моменты хирургического, склерозирующего, лучевого методов лечения.

Желательной является демонстрация введения склерозирующего раствора в ангиому. Преподаватель знакомит врачей с методикой, сообщаются дозировки, способы приготовления, способы введения и фиксации склерозирующего раствора.

При клиническом разборе больных с врожденными кистами и свищами внимание врачей концентрируется на следующих основных вопросах:

1. Время обнаружения.
2. Типичная локализация.
3. Характерные клинические признаки.
4. Дифференциальная диагностика свищей и нагноившихся кист.
5. Методы лечения с учетом эмбриогенетических факторов развития патологического процесса.

Опухоли челюстных костей.

Основной задачей занятия является познакомить врачей с ранней диагностикой опухолей челюстей. Научить ориентироваться в многочисленных нозологических группах и формах заболеваний. Разобрать методы лечения опухолей верхней и нижней челюсти.

Занятие проводится в стационаре. В начале занятия преподаватель знакомит врачей с существующими классификациями опухолей челюстей, объясняет их значение в практической работе, обучает прикладному использованию классификацией.

Разбирается роль врача-стоматолога любого профиля в ранней диагностике опухолей. Подчеркивается, что до настоящего времени успехи в лечении опухолей костей связаны, в основном, с ранней диагностикой.

Для клинического разбора подбирается один больной с доброкачественной опухолью (например, остеобластокластома), один больной с злокачественной опухолью (саркома Юинга или ретикулярная саркома) и один больной с опухолеподобным процессом (фиброзная дисплазия).

Во время клинического разбора преподаватель отмечает следующие основные моменты важные для ранней диагностики: скудный анамнез и отсутствие жалоб со стороны ребенка, быстрое развитие даже доброкачественного процесса в виде увеличения деформации, возможные первые проявления опухолевого роста со стороны глаза, носа, нарушения прикуса, прорезывание зубов и т.д. Разбираются показания и особенности рентгенологического исследования ребенка при опухолях челюстей.

Особое внимание уделяется выделению дифференциально-диагностических клинико-рентгенологических признаков доброкачественных и злокачественных опухолей, опухолей и продуктивных гиперпластических процессов в костях при воспалении. Строго определяется возможность, значение и время динамического клинико-рентгенологического наблюдения как диагностического приема. Обсуждаются показания, время и место проведения биопсии. Кратко разбирается техника биопсии и порядок фиксации материала и направления его на исследование.

Помимо клинического разбора больных преподаватель раздает каждому врачу рентгенограммы с опухолями челюстей и сообщает анамнестические и клинические данные. После изучения рентгенограмм каждым врачом в отдельности группа приступает к общему разбору рентгенограмм. Следует стремиться осуществить подбор рентгенограмм по всем основным нозологическим формам опухолей.

В процессе клинического разбора больных и в конце занятия преподаватель знакомит врачей с современными способами лечения опухолей челюстных костей. Отдельно разбирается тактика и методы лечения злокачественных опухолей, доброкачественных опухолей верхней и нижней челюсти, диспластических процессов.

Во всех случаях преподаватель в порядке обсуждения с группой решает вопрос о прогнозе после лечения.

Подчеркивается прогностическая ценность и перспективность методов костной пластики нижней челюсти, раннего протезирования с целью

замещения дефектов верхней челюсти и ортодонтического лечения с том и другом случаях.

Для группы злокачественных опухолей подчеркивается особая важность раннего лечения как лучевого, так и хирургического или комбинированного.

Операция удаления зуба. Особенности проведения ее у детей. Показания и противопоказания к операции удаления зуба. Осложнения.

Цель занятия: 1) разобрать показания к операции удаления зубов у детей различного возраста; 2) овладеть особенностями проведения данной операции у детей; 3) разобрать осложнения и методы их устранения. Разбирая тему, следует остановиться на особенностях анатомопографических взаимоотношений молочных зубов и зачатков постоянных, используя для этой цели рентгенограммы челюстных костей детей различного возраста, где можно было бы отметить положения зачатков постоянных зубов в период, когда корни молочных зубов несформированы, сформированы и резорбированы в разной степени. Далее следует разобрать показания к операции удаления зуба; отметив, что при физиологической резорбции корня следует учитывать сроки прорезывания постоянных зубов, возраст больного; при воспалительных процессах - вид, характер и давность развития воспаления, возраст, групповую принадлежность зуба, возможность излечения; при травмах - вид травмы, функциональную ценность зуба, возраст; при ретенции и наличии сверхкомплексных зубов - влияние на прорезывание и формирование челюстных костей и зубов, расположенных рядом; необходимо указать на влияние патологических очагов: в периодонте (как источника, хронической инфекции) на общее состояние организма, особенно при наличии сопутствующих хронических заболеваний. Следует обобщить, что при операции удаления зубов у детей необходимо учитывать комплекс факторов: общее состояние ребенка, возраст, характер заболевания зубов и возможность излечения, степень резорбции и степень сформированности корня, значение зубов в период, роста и развития челюстных костей. Необходимо отметить, что при наличии абсолютных показаний к данной операции, есть группа больных

(гемофилия, орг.поражения ц.н.с. и др.), требующая специальной подготовки к её проведению, что может быть расценено, как относительное противопоказание (на период подготовки больного).

Следует остановить внимание на осложнениях общего и местного характера, связанных с ранней потерей молочных зубов, и определить показания к протезированию,

Особое внимание следует уделить выбору обезболивания, которое может быть в виде местного (инфильтрационного или проводникового и общего наркоза). Отметить, что у детей выбор метода обезболивания зависит от: 1) вида патологического процесса и объема хирургического вмешательства; 2) возраста пациента; 3) психоэмоционального состояния ребенка; 4) индивидуальной восприимчивости обезболивающего вещества; 5) сопутствующих заболеваний.

Следует обосновать возможность более широкого применения инфильтрационного обезболивания при операции удаления молочных зубов.

При разборе операции удаления зуба необходимо напомнить, что все особенности направлены на сохранение зачатков постоянных зубов.

При проведении этой операции у ребенка не производится продвижение щипцов вдоль оси зуба; не проводится кюретаж лунки после удаления; не употребляются элеваторы - все это меры защиты зачатка от травмы.

Преподаватель контролирует проведение операции удаления зубов у группы детей, подготовленных заранее.

По ходу занятия акцентирует внимание и разбирает осложнения, которые могут возникнуть в период проведения обезболивания, в период проведения операции удаления зуба и после нее (ранние и поздние) отмечает возможности развития осложнений, общего характера, разбирает механизм их развития и способы устранения.

Устранение коротких уздечек верхней губы и языка.

Цель занятия - овладеть методикой операций устранения укороченных уздечек верхней губы и языка.

Разбирая тему, следует указать на развитие анатомических и функциональных расстройств в связи с наличием короткой уздечки верхней губы и языка в различные возрастные периоды жизни ребенка, что может служить показанием к хирургическому лечению; обратить внимание, что показания к операции определяются не только хирургом, но и ортодонтом (при диастемах, деформациях фронтального отдела верхней челюсти), но и логопедом (при укорочении уздечки языка, губы в сочетании с диастемой, после окончания формирования речи), терапевтом-стоматологом (при травматической пародонтопатии).

Оценка клинических, функциональных данных, а также рентгенографии, диагностических моделей - позволяет определить показания к операции конкретно для каждой возрастной группы и в зависимости от прикуса (молочный, сменный, постоянный).

Лечение - только оперативное.

Основной вид обезболивания 0,25% и 0,5% раствор новокаина, 0,25% раствор тримекаина, по индивидуальным показаниям наркоз. Операция по типу местно-пластической, некоторые виды (метод Лимберга) с перемещением треугольных лоскутов. В начале ход операции разбирается по схеме. Основные моменты уточняются на основании учета анатомо-топографических особенностей строения подъязычной области и нижней поверхности языка (для устранения коротких уздечек языка). Рентгенограммы, диапозитивы моделей (при коротких уздечках верхней губы). После разбора схем преподаватель проводит операцию со слушателем.

Преподаватель демонстрирует операцию устранения короткой уздечки языка, обращает внимание курсантов на особенности топографии, необходимость выбирать место рассечения (средняя треть уздечки) до полного освобождения языка. Указывает, что подвижность тканей позволяет легко сблизить края и ушить. Отмечает особенности проведения этой операции у новорожденных. Обращает внимание на возможность развития осложнений (у новорожденных) их механизм, методы борьбы с осложнениями.

Результаты операции демонстрирует на больных, фото, моделях.

Одонтогенные кисты челюстных костей у детей (хирургическое лечение).

Цель занятия - изучить методы диагностики кист челюстных костей у детей и методы их лечения.

Одонтогенные кисты - наиболее частый вид патологического процесса среди всех одонтогенных новообразований челюстно-лицевой области у детей (до 70%).

Преподаватель подробно разбирает классификацию кист подчеркнув, что наиболее частым видом, встречающимся у детей, является группа зубосодержащих кист.

Особое внимание уделяет генетической неоднородности кист челюстных костей, что является одним из факторов, определяющим выбор метода их лечения (цистотомия, цистэктомия).

На больных преподаватель демонстрирует и разбирает основные клинические признаки кист, развивающихся от молочных и постоянных зубов на верхней и нижней челюстях. Отмечает различия в проявлении их в зависимости от локализации, характера развития сопутствующего воспаления и других признаков. Одновременно производится разбор рентгенограмм, что позволяет уточнить расположение зачатков по отношению к кисте; кисты по отношению к окружающим тканям, на верхней челюсти к верхней челюстной пазухе.

Преподаватель демонстрирует рентгенограммы, объясняя выбор проекций для лучшей оценки топографии кист, размеров кисты, отношения к верхне-челюстной пазухе, возможности регенерации костной ткани, характера сопутствующего воспаления. На основании этого определяются показания к цистотомии и цистэктомии.

Желательно продемонстрировать на серии рентгенограмм отдаленные результаты лечения кист методом цистотомии, обратив внимание на этапы формирования зубов, расположившихся в кистах (зубосодержащих).

Преподаватель со слушателями разбирает методики операции по схемам и проводит операции в поликлиническом отделении. Проводит со слушателями

перевязки больных, оперированных ранее. Разбирает отдельно показания к ранним перевязкам (инфицированное ложе, выпадение тампонов).

В заключение следует указать, что профилактикой кист должен быть рентгенологический контроль за лечеными зубами, особенно по поводу периодонтита, что следует осуществлять в период плановой санации 1-2 раза в год. Своевременное удаление молочных зубов при неэффективности их лечения.

Общее обезболивание и седация в детской стоматологии.

Исторические аспекты обезболивания: современное состояние обезболивания в детской стоматологической практике; потребность в различных видах обезболивания у детей; физиологические особенности организма ребенка, влияние методов и средств обезболивания на основные его функции; особенности дозирования лекарств у детей; специфика амбулаторного анестезиологического пособия; стандарты обезболивания; возможные осложнения; особенности оказания стоматологической помощи детям в условиях современного обезболивания – алгоритмы работы врача – стоматолога.

С 2007 года используется в учебном процессе. Детская хирургическая стоматология и челюстно – лицевая хирургия (сборник иллюстрированных клинических задач и тестов): учеб. пос./Под ред. Топольницкого О.З., Дьяковой С.В., Вашкевич В.П.-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.-192 с. :илл.

Ортодонтия.

Морфологическая и функциональная характеристика молочного, сменного и постоянного прикусов. Преподаватель знакомит слушателей с определением ортодонтии как клинической дисциплины, указывает цели и задачи, стоящие перед специальностью, подчеркивает, что между ортодонтией и многими общемедицинскими дисциплинами существует тесная связь.

Преподаватель дает морфологическую и функциональную характеристику молочного, сменного и постоянного прикусов, останавливаясь на особенностях

каждого из них. На гипсовых моделях челюстей, таблицах, в диапозитивах демонстрируются признаки относительной нормы, характерные для периода молочного, сменного и постоянного прикуса.

Обращается внимание на факторы, играющие роль в нарушениях развития зубочелюстной системы и способствующие формированию аномалий развития (искусственное вскармливание, детские болезни, вредные привычки, несвоевременная смена зубов, травмы, кариес и его осложнения, патология носоглотки и др.).

При клиническом разборе больных на данном занятии особое внимание обращается на роль того или иного этиологического момента в формировании имеющейся у ребенка аномалии развития зубочелюстной системы. Следует указать на то, какие меры, своевременно принятые терапевтом и хирургом-стоматологом, могли бы предупредить развитие данной аномалии.

Занятие необходимо построить таким образом, чтобы слушатели включились в активное обсуждение данного вопроса, желательно, чтобы они рассказали, как в своей практической работе они способствуют профилактике аномалий развития зубочелюстной системы, имеют ли они контакт с ортодонтом.

В дальнейшем на всех последующих практических занятиях необходимо акцентировать внимание слушателей, главным образом, на роли терапевта и хирурга-стоматолога в профилактике аномалий развития (контроль за своевременной сменой зубов, своевременное направление ребенка на консультацию к ортодонту, выявление и борьба с вредными привычками, сошлифовывание бугров, назначение миогимнастических упражнений и т.д.).

Вторая половина занятия посвящена разбору современных классификаций аномалий развития зубочелюстной системы. Учитывая, что слушатели с классификациями ознакомлены на лекции, преподаватель возвращается к этому вопросу в чисто практическом плане. Вместе со слушателями на больных классифицирует аномалию развития зубочелюстной системы, на примерах разбираются достоинства и недостатки изучаемых классификаций.

При разборе больных указывается, что в клинике, как правило, встречаются сочетанные аномалии развития зубочелюстной системы.

Методика обследования ребенка в ортодонтическом отделении.

Учитывая, что слушатели знакомы с методами обследования больного, принятыми в стоматологии, преподаватель останавливается на особенностях обследования ортодонтического больного. Перечисляются, а затем подробно разбираются методы обследования ортодонтического больного, наиболее распространенные в клинике (диагностические модели и методы их исследования, индекс Пона, метод Коркхауза, диаграмма Хаулея-Гербста, телерентгенограмма, фотостатистический метод, гипсовые маски лица, томография височно-нижнечелюстного сустава и др.).

Проводится обследование ортодонтического больного, заполняется история болезни.

Отмечаются достоинства и недостатки разбираемых методов обследования, при этом преподаватель указывает, что, все они являются лишь вспомогательными, помогающими ортодонту на основе клинических данных в постановке диагноза и определения плана лечения.

Методы лечения аномалий развития зубочелюстной системы, ортодонтические аппараты, принципы их действия, показания к применению.

Преподаватель указывает, что методы лечения аномалий развития зубочелюстной системы зависят не только от характера аномалии, но и от возраста больного. При этом подчеркивается, что в раннем возрасте прогноз при лечении многих аномалий более благоприятен, причем в более короткие сроки, нежели в старшем возрасте. Некоторые аномалии развития в старшем возрасте вообще невозможно исправить ортодонтическими методами и приходится прибегать к хирургическим (истинный открытый прикус, прогеническое соотношение зубных рядов, прогнатическое соотношение зубных рядов).

Слушатели знакомятся с принципами миотерапии, как метода профилактики и лечения аномалий развития в младшем возрасте. Необходимо

подчеркнуть, что знание этого метода позволяет слушателям (не будучи ортодонтами) способствовать профилактике и лечению аномалий развития зубочелюстной системы. Преподаватель демонстрирует аппараты, применяемые для миотерапии. На больном показываются методы безаппаратурной миотерапии.

Переходя к вопросу аппаратного лечения аномалий развития, следует указать, что этот метод применяется во всех возрастных периодах, однако, он наиболее аффективен в период молочного и сменного прикуса. В постоянном прикусе нередко приходится сочетать аппаратный метод с хирургическим.

Преподаватель классифицирует ортодонтические аппараты по конструктивным особенностям, месту наложения, способу фиксации. При этом демонстрируется следующая аппаратура:

А. Механически действующие:

- 1) Аппарат Энгля.
- 2) Скользящая дуга Энгля.
- 3) Расширяющие пластинки с винтом и пружинами Коффина,
- 4) Пластинки с рукообразными пружинами.
- 5) Аппарат Эйнсворта.
- 6) Пластинки с петлей, вестибулярной дугой.
- 7) Аппараты с использованием резиновой тяги.
- 8) Аппарат для дистального перемещения зубов.

Б. Функционально-направляющие аппараты:

- 1) Коронка Катав.
- 2) Пластика Катца.
- 3) Каппа Шварца.
- 4) Каппа Бынина.

В. Аппараты комбинированного действия:

- 1) Аппарат Гуляевой.
- 2) Аппарат Хургиной.
- 3) Аппарат Рейхенбаха-Брюкля.

4) Моноблоки.

5) Регуляторы функции Френкеля.

Разбираются принципы конструирования ретенционных аппаратов демонстрируются различные виды ретенционных аппаратов.

Во время разбора аппаратов обращается внимание слушателей на показания к их применению, на правила пользования ими и на возможные осложнения при пользовании ими. Необходимо обратить внимание слушателей, что все эти вопросы они должны знать достаточно хорошо, чтобы в случае необходимости оказать ребенку необходимую помощь, например - провести коррекцию аппарата.

На больных демонстрируются аппараты различных конструкций. Производится сравнение контрольных моделей, полученных на разных этапах лечения, при этом обращается внимание на результаты лечения, достигнутые при применении данных аппаратов. Проводится активация аппаратов. Слушатели знакомятся с режимом активации и правилами пользования аппаратами различных конструкций. Преподаватель отмечает, что в ортодонтии применяются малые силы, что при активации аппарата врач должен руководствоваться ощущениями больного (чувство легкого давления на зубы). На моделях следует показать перемещения, наклоны, повороты зубов в тех случаях, когда не был соблюден этот принцип и лечение проводилось форсированно.

Аномалии развития отдельных зубов. Клиника, профилактика и лечение.

Разбираются различные виды аномалий развития отдельных зубов, при этом демонстрируются больные, гипсовые модели челюстей, диапозитивы, фотографии, таблицы. Перечисляются причины, методы профилактики и лечения различных видов аномалий развития отдельных зубов. Необходимо указать на ту роль, которую слушатели могут играть в профилактике и лечении этой группы аномалий (контроль за своевременной сменой молочных зубов, санация полости рта, выявление и устранение вредных привычек, пластика

уздечки, своевременное направление на ортодонтическое лечение и протезирование при преждевременном удалении зубов).

Преподаватель отмечает, что аномалии развития отдельных зубов редко встречаются как изолированная форма, чаще это связано с нарушением развития челюстных костей.

Прогнатическое соотношение зубных рядов (прогнатический прикус).

Преподаватель дает определение прогнатического соотношения передних зубов и прогнатического соотношения зубных рядов. Рассматриваются причины. На больных, фотографиях, гипсовых моделях челюстей демонстрируются эстетические нарушения. Преподаватель указывает на функциональные нарушения, при беседе с больным обращается внимание слушателей на фонетические нарушения при данной аномалии. Разбираются больные с различными формами прогнатического соотношения, при этом обращается внимание на то, что изолированные формы прогнатического соотношения зубных рядов (как, впрочем, и другие аномалии развития зубочелюстной системы) встречаются крайне редко. Как правило, в клинике встречается сочетание различных деформаций. На больном составляется план лечения, при этом указывается определенная последовательность, которая состоит, в первую очередь, в исправлении аномалийного положения отдельных зубов и нормализации формы зубных рядов, а затем в нормализации соотношения зубных рядов. Демонстрируются томограммы височно-нижнечелюстных суставов больных, пользующихся аппаратами для смещения нижней челюсти вперед. При этом обращается внимание на положение суставной головки.

Необходимо остановиться на том, что слушатели, ведя терапевтический или хирургический прием, могут еще до начала лечения у ортодонта в определенной мере способствовать более успешному проведению лечения прогнатического соотношения зубных рядов, рекомендовав по показаниям соответствующий комплекс миогимнастических упражнений или проведя соответствующую работу по борьбе с вредными привычками.

Прогеническое соотношение зубных рядов (прогнетический прикус)

Преподаватель дает определение прогенического соотношения передних зубов и прогенического соотношения зубных рядов. На гипсовых моделях челюстей и на больных разбираются различные формы прогенического соотношения, выясняются причины. Указываются эстетические и функциональные нарушения. После обследования больных ставится диагноз, намечается план лечения. Особое внимание слушателей преподаватель обращает на раннее выявление данной аномалии, ее профилактики и на ту роль, какую они могут при этом играть. (Устранение вредных привычек, сошлифовывание не стершихся молочных клыков, миогимнастика).

Необходимо отметить, что ортодонтическое лечение прогенического соотношения зубных рядов в постоянном прикусе чаще всего безуспешно, поэтому существуют хирургические методы лечения. Демонстрируются модели и фотографии больных до и после хирургического лечения.

Открытый прикус. Глубокий прикус.

Преподаватель дает определение открытого прикуса. На гипсовых моделях челюстей и на больных демонстрирует истинный открытый прикус и травматический открытый прикус. Указываются причины, ведущие к формированию данной аномалии (рахит, травма, вредные привычки).

Производится обследование больного, в конце которого ставится диагноз и намечается план лечения. При этом обращается внимание на последовательность лечения. В первую очередь, устраняются аномалии положения отдельных зубов, нормализуется форма зубных рядов, после чего приступают к лечению основной аномалии. Отмечается, что лечение открытого прикуса чрезвычайно сложно, поэтому в постоянном прикусе чаще всего производится хирургическое лечение.

Необходимо указать на профилактические мероприятия, которые должны проводить детские стоматологи (устранение вредных привычек, миотерапия).

Преподаватель дает определение глубокого прикуса и глубокого резцового перекрытия. На моделях челюстей, фотографиях и на больных

демонстрируются различные формы данной аномалии. Указываются причины. При разборе больных с глубоким прикусом рассматриваются эстетические и функциональные нарушения. Назначается ортодонтическое лечение с учетом характера аномалии. Касаясь роли детского стоматолога не ортодонта в профилактике глубокого прикуса, следует обратить внимание на значение сохранения боковых зубов, миогимнастики, последовательности смены зубов. Подчеркивается значение раннего протезирования при преждевременной потере зубов или их патологической стираемости в профилактике глубокого прикуса.

Зубное протезирование у детей, цели и задачи. Показания и особенности протезов для детей.

Преподаватель подчеркивает профилактическую направленность протезирования в детском возрасте. Кроме этого, путем изготовления протезов устраняются эстетические и функциональные нарушения. На больных и на моделях челюстей демонстрируются различные деформации зубочелюстной системы, возникшие вследствие первичной адентии или ранней потери зубов. Демонстрируются различные виды протезов, применяемых в детской стоматологии, определяются показания к их применению и сроки замены. Подчеркиваются особенности протезов для детей и их отличие от протезов, изготавливаемых взрослым (сочетание с элементами ортодонтических аппаратов, расширение показаний к постановке зубов на проточке и др.). Обращается внимание слушателей, что в случае раннего удаления молочных зубов, ребенок должен быть немедленно направлен на протезирование. В конце занятия проводится итоговое собеседование, в ходе которого выясняется качество усвоения пройденного материала по всем разделам ортодонтии. Необходимо выслушать слушателей, если у них имеются замечания по методике и качеству проведенных практических занятий.

5.3. Практические навыки, которыми должен владеть

врач-стоматолог детский

- оценивать и объяснять основные закономерности формирования и регуляции физиологических функций человека в процессе его жизнедеятельности;
- оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний;
- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека;
- организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в терапевтическом стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- формировать здоровый образ жизни, проводить экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности пациентов, соблюдать правила врачебной этики, медицинской деонтологии.
- приобрести практические навыки управления терапевтической стоматологической практикой: составления трудового договора (контракта) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- подготовки необходимой документации в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог детский»;
- организации повседневной работы врача-стоматолога детского и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших.
- оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;

- проводить основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в условиях чрезвычайных ситуаций;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- применять общие принципы и методы клинической психологии при оказании терапевтической стоматологической помощи взрослым и детям в условиях профессиональной деятельности врача-стоматолога детского;
- использовать вербальные и невербальные средства общения в психотерапевтических целях;
- использовать персональный компьютер для создания базы данных о пациентах, нормативных документов и составления статистических отчетов;
- пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога детского;
- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной стоматологической помощи при распространенных стоматологических заболеваниях у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению диеты при распространенных стоматологических заболеваниях у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к применению лечебной физкультуры, комплекса реабилитационных мероприятий при лечении распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;
- применять инструментальные и неинструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;

- организовать профилактику терапевтических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к терапевтическому вмешательству;
- определить объем консервативного лечения заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта с учетом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- оценить объем терапевтического лечения с целью выбора адекватного метода обезболивания, премедикации или общего обезболивания;
- определить наиболее целесообразную методику терапевтического вмешательства и выполнить ее в необходимом объеме;
- организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с терапевтическими стоматологическими заболеваниями;
- организовать профилактику хирургических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- провести обследование полости рта и челюстно-лицевой области;

- определить объем хирургического лечения зубов, челюстей с учётом возраста, нарушением гомеостаза, характером и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- поставить диагноз при наличии зубо-челюстного дефекта;
- провести общеклинические и дополнительные методы обследования и оценить их результаты;
- подготовить полость рта к хирургическому и ортодонтическому лечению;
- определить показания к изготовлению виниров;
- распознать элементы поражения на слизистой оболочки полости рта, красной кайме губ и кожных покровах лица при инфекционных заболеваниях;
- поставить предварительный диагноз, направить пациента в специализированное лечебное учреждение;
- применять методы профессиональной защиты от инфекционных заболеваний;
- проводить аппликации анестетиков, антисептиков, противовирусных и других препаратов на элементы поражения;

**ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ДЕТСКИЙ. РАЗДЕЛ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
ДОЛЖЕН УМЕТЬ ВЫПОЛНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МАНИПУЛЯЦИИ:**

- ❖ профилактическую обработку зубов противокариозными средствами
- ❖ выбор режущего инструмента;
- ❖ препарирование всех видов кариозных полостей;
- ❖ по Блэку;
- ❖ для композитных материалов;
- ❖ пломбирование зубов с использованием амальгамы;
- ❖ композитных материалов химического и светового отверждения;
- ❖ стеклоиономерных цемента;
- ❖ вкладок;
- ❖ шлифовать и полировать пломбы;
- ❖ использование современных матриц и матрицедержателей при пломбировании;

- ❖ использование светоотражательных клиньев при полимеризации композитов;
- ❖ запечатывание фиссур герметиками;
- ❖ использование временных пломбировочных материалов, изолирующих прокладок;
- ❖ лечение глубокого кариеса с использованием современных лечебных прокладок;
- ❖ сэндвич-технология;
- ❖ изготавливать вкладки прямым методом;
- ❖ использовать параппульпарные штифты для восстановления коронки зуба при травме и кариесе 4-ого класса по Блеку;
- ❖ лечить пульпит методом: девитализации, сохранения жизнеспособной пульпы;
- ❖ использовать эндодонтический наконечник;
- ❖ провести удаление коронковой и корневой пульпы;
- ❖ определить «рабочую» длину каналов зубов;
- ❖ провести инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов с помощью: антибактериальных препаратов, химических, гидроокиси кальция;
- ❖ пломбирование корневых каналов пастами, гуттаперчей;
- ❖ использовать анкерные штифты, реставрировать коронку зуба;

При заболеваниях пародонта:

- ❖ удалить над- и поддесневые зубные отложения: ручное;
- ❖ пьезон-мастер;
- ❖ эйр-фло;
- ❖ обучить гигиене полости рта;
- ❖ проводить контроль гигиены;
- ❖ провести медикаментозную обработку десневых пародонтальных карманов;
- ❖ выполнить кюретаж, открытый кюретаж, гингивотомию;
- ❖ лоскутную операцию;

- ❖ наложить лечебно-защитную повязку;
- ❖ провести избирательное шлифование зубов;
- ❖ выполнять временное шинирование зубов;
- ❖ использовать мембраны для направленной регенерации тканей пародонта;
- ❖ При заболеваниях слизистой оболочки полости рта:
- ❖ взять материал для:
 - цитологического исследования;
 - морфологического исследования;
 - бактериоскопического исследования;
- ❖ провести орошение и аппликацию лекарственными средствами: обезболивающими, антисептиками, ферментами, кератопластиками;
- ❖ инъекции лекарственных препаратов, блокады
- ❖ проводить аппликационную, инфильтрационную, проводниковую, интрасептальную, интралигаментарную анестезии;
- ❖ комбинированного обезболивания по разработанным схемам с учётом психосоматического статуса и возраста, а также сопутствующей патологии;
- ❖ временную (транспортную) лечебную иммобилизацию при травмах челюстно-лицевой области;
- ❖ оказать неотложную помощь при травме зубов, челюстей: шинирование зубов;
- ❖ удаление зубов;
- ❖ шинирование челюстей;
- ❖ остановка кровотечения;
- ❖ вправление височно-нижнечелюстного сустава при вывихе;
- ❖ избирательное шлифование при изготовлении пломб, виниров;
- ❖ избирательное шлифование зубов при заболевании пародонта;
- ❖ изготавливать виниры прямым способом в условиях клиники терапевтической стоматологии;
- ❖ поставить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику;

- ❖ составить план лечения;
- ❖ определить показания к госпитализации;
- ❖ в случае необходимости направить больного в лечебное учреждение для подтверждения диагноза и лечения;
- ❖ проводить обезболивание, антисептическую обработку и аппликации лекарственных препаратов на слизистую оболочку полости рта;
- ❖ проводить инъекции лекарственных препаратов под элементы поражения.

Практические навыки, которыми должен владеть
врач-стоматолог детский (хирург)

- ❖ забор экссудата из раны для бактериологического исследования.
- ❖ цитологическую биопсию методом пункции или соскоба.
- ❖ биопсию,
- ❖ неинъекционные методы анестезии
- ❖ интралигаментарную анестезию,
- ❖ инфильтрационную анестезию
- ❖ проводниковую анестезию на верхней челюсти,
- ❖ проводниковую анестезию на нижней челюсти,
- ❖ стволую анестезию,
- ❖ удаление различных групп зубов на верхней и нижней челюстях
- ❖ удаление ретинированных и дистопированных зубов,
- ❖ ревизию лунки при альвеолите,
- ❖ остановку луночковых кровотечений,
- ❖ удаление секвестров при остеомиелите лунки зуба,
- ❖ рассечение или иссечение слизистой оболочки (капюшона) при перекороните
- ❖ пластическое устранение ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи,
- ❖ резекцию верхушки корня зуба,
- ❖ гемисекцию зуба,
- ❖ ампутацию корня зуба,
- ❖ вскрытие субпериостальных абсцессов,

- ❖ вскрытие поверхностных и глубоких абсцессов мягких тканей,
- ❖ проведение блокад при воспалительных инфильтратах,
- ❖ бужирование протоков слюнных желез,
- ❖ удаление камней из протоков слюнных желез,
- ❖ пункцию верхнечелюстной пазухи,
- ❖ открытый кюретаж патологических зубодесневых карманов
- ❖ лоскутную операцию,
- ❖ гингивотомию,
- ❖ гингивэктомию,
- ❖ первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области,
- ❖ вправление вывиха нижней челюсти,
- ❖ изготовление и наложение проволочных шин -гладких, с распорочным изгибом, с зацепными петлями,
- ❖ наложение стандартных проволочных шин, шин лабораторного типа,
- ❖ цистотомию, цистэктомию,
- ❖ удаление ретенционных кист малых слюнных желез,
- ❖ удаление эпидермальных кист,
- ❖ удаление доброкачественных опухолей мягких тканей лица,
- ❖ удаление эпюлисов,
- ❖ пластическое удлинение укороченных уздечек губ, языка,
- ❖ пластическое углубление мелкого преддверия рта на протяжении 4-5 зубов,
- ❖ секвестрэктомию при хронических остеомиелитах различного генеза,
- ❖ вскрытие флегмон,
- ❖ вскрытие фурункулов и карбункулов лица и шеи,
- ❖ удаление ранулы - кисты подъязычной слюнной железы,
- ❖ пластику протоков околоушных слюнных желез,
- ❖ иссечение свищей слюнных желез,
- ❖ удаление поднижнечелюстной слюнной железы,
- ❖ верхнечелюстную синусотомию с пластическим устранением свищевого хода

- ❖ оперативный остеосинтез нижней челюсти,
- ❖ репозицию и фиксацию скуловой кости и дуги,
- ❖ репозицию и фиксацию фрагментов при переломах костей носа,
- ❖ перевязку наружной сонной артерии,
- ❖ ороназальную цистотомию,
- ❖ ороназальную цистэктомию,
- ❖ удаление фиброматозных разрастаний, сосудистых новообразований небольшого размера,
- ❖ удаление невусов лица и шеи,
- ❖ пластику встречными треугольными лоскутами,
- ❖ удаление врожденных кист и свищей -бранхиогенных, срединных, деомоидных.

6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала дисциплины

Контроль за знаниями в процессе обучения и на заключительном экзамене осуществляется в 3 этапа путем тестового контроля, решения ситуационных задач, собеседования:

1. Выявление базисных знаний до начала обучения с целью своевременной коррекции учебного плана.
2. Рубежный контроль в процессе обучения с помощью тестовых вопросов, ситуационных задач и т.д.
3. Заключительный контроль знаний путем сдачи экзамена по практике, тестового контроля и индивидуального собеседования.

7. Учебно – методическое обеспечение дисциплины

7.1.Используемые технические средства:

Мультимедийный проектор, компьютер, ноутбук, сканер, оверхед-проектор, телевизор, негатоскоп, DVD - проигрыватель.

7.2. Таблицы, рисунки, схемы:

- 1) по разделу «топография полости зуба» - 32 рисунка
- 2) «гистология и эмбриология тканей полости рта» - 9 схем и рисунков
- 3) «кариесология» - 17 рисунков
- 4) «эндодонтические инструменты»-12 рисунков
- 5) набор рентгеновских снимков.

7.3 Учебные слайды, видеофильмы.

Слайды по всем разделам.

Видеофильмы: «Применение Ribbond»,

«Реставрация зубов материалом Valux»,

«Использование внутри корневых штифтов фирмы Maillefer»,

«Пломбирование корневых каналов Thermophil»,

«Применение завес в клинике терапевтической стоматологии»,

«Использование инструментов типа profil-04 для инструментации корневых каналов».

7.4. Перечень методических указаний и рекомендаций

Для преподавателей разработаны методические рекомендации по проведению лекционного курса и семинарских занятий.

Для врачей – курсантов разработаны методические рекомендации по проведению практических занятий.

7.5. Учебно – отчетная документация.

Учебно – отчетная документация оформляется соответственно требований ИПО БГМУ.

8.СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

8.1.ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ В РОССИИ.

- Основной закон (Конституция РФ и РБ)
- Кодексы
- Федеральные законы
- Решение Конституционного суда
- Постановление правительства
- Указы президенты
- Приказы министерств
- Нормативные акты министерств и ведомств

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

1.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ . ПРИКАЗ. № 112.от 20 марта 2008 г. ОНОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ.

2. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 9 декабря 2008 года. № 705н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
(в ред. Приказа Минздравразвития РФ от 12.08.2009 № 581н)

3. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 23 апреля 2009 года № 210н.
О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

4. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 7 июля 2009г. № 415н.
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

5.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.
ПРИКАЗ. 3 августа 1999г. №303. О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА «ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ»

6.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.
ПРИКАЗ. 15 ноября 2001г. № 408. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО РАСЧЕТУ УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦ ТРУДОЕМКОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ.

7. ПРИКАЗ МЗ РФ О ВВЕДЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ» от 06.02.01 г. №33.

8.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.
ПРИКАЗ. От 8 августа 2002г. № 562-Д.
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РАСЧЕТОВ УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦ ТРУДОЕМКОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

9.МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО НАЛОГАМ И СБОРАМ.
ПИСЬМО. От 8 февраля 2002г. № 03-1-09/18/291-Д504.О НАЛОГЕ НА ДОБАВЛЕННУЮ СТОИМОСТЬ.

10.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

ПРИКАЗ. 14 апреля 2006г. №289 .

О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

11. ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО. ПРИКАЗ.

5 марта 2007г. №53. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ОТРАСЛЕЙ
ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ОСОБО ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА В УСЛОВИЯХ
ПРОВЕДЕНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ В 2008-2010Г.

12. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН №1024-Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
БАШКОРТОСТАН. № 261-Д. ПРИКАЗ. От 11 июля 2008 года. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ
ПЕРЕЧНЯ РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИОБРЕТАЕМЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

13.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
№1506-Д. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.

№ 358-Д. ПРИКАЗ. От 6 октября 2008 года. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СПИСКА
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ
ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПРИОБРЕТАЕМЫХ ЗА
СЧЕТ СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ.

14.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 9 декабря 2008 года. № 705н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
(в ред. Приказа Минздравразвития РФ от 12.08.2009 № 581н)

15. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 7 июля 2009г. № 415н.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ С
ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ
ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

16. ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА. ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ
ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПОСТАНОВЛЕНИЕ. От 7 июля 2009 г. № 48. ОБ
УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.1.3.2524-09.

17. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 6 ноября 2009г. № 869. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ
ЕДИНОГО КВАЛИФИКАЦИОННОГО СПРАВОЧНИКА ДОЛЖНОСТЕЙ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И СЛУЖАЩИХ, РАЗДЕЛ

«КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОЛЖНОСТЕЙ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

18.МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ.

ПРИКАЗ. От 12 ноября 2009 г. № 249.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

19. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ 3 декабря 2009 г. № 946н. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

20. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО от 21 декабря 2009 г. № 20-0/10/2-10360. О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2010 ГОД.

21. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА.

22. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА.

23. ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА 02. 10. 2009 г. № 811.
О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РФ НА 2010г.

24. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН. ПРИКАЗ. № 552 Д. от 16 мая 2007г. г.Уфа. О МЕРАХ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

25. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ от 28 апреля 2007 года № 307. О СТАНДАРТЕ ДИСПАНСЕРНОГО (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО) НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА В ТЕЧЕНИИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

26. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ №183 от 21 апреля 2008г.
О ПРОВЕДЕНИИ В 2009-2010г. ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ.

27. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ. ПРИКАЗ № 620. от 30 декабря 2003г. (Москва) : ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОТОКОЛОВ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

28.ПРИКАЗ МЗ РФ № 183 н от 21.04.2008 год «О ПРОВЕДЕНИИ В 2008-2010 ГОДУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ»

29.ПРИКАЗ МЗ РФ № 452 от 02.07.2007 года «О ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ СИРОТ И ДЕТЕЙ,ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ»

8.2. Литература

1. Водолацкий М. П.
Учебное пособие по стоматологии для педиатров: учебное пособие/ М. П. Водолацкий; Ставропольская гос. мед. акад. (Ставрополь), Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста. - Ставрополь: СтГМА, 2004. - 150 с
2. Водолацкий, Михаил Петрович.
Клинико-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица: учебное пособие/ М. П. Водолацкий, В. М. Водолацкий; Ставропольская гос. мед. акад.. - Ставрополь: СтГМА, 2004. - 77 с
3. Водолацкий, Михаил Петрович.
Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие для студентов по спец. 040400-стоматология/ М. П. Водолацкий, Т. М. Борданова, А. А. Павлов. - Ставрополь: СГМА, 2006. - 245 с
4. Водолацкий, Михаил Петрович.
Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учеб. пос./ М. П. Водолацкий; Ставропольская гос. мед. акад., Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста. - Ставрополь: СтГМА, 2004. - 233 с.
5. Врождённые расщелины верхней губы и неба: Учебное пособие/ С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова; Под ред. С. В. Чуйкина. - М.: Б. и., 2002. - 191 с.
6. Врожденные несращения верхней губы и неба: методическое пособие для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов/ Л. В. Харьков [и др.]. - Киев: Четверта хвиля, 2004. - 82 с.
7. Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей: Учеб.-метод. пособие/ А. К. Корсак, Т. Н. Терехова, С. В. Кузнецова и др. - Минск: МГМИ, 2000. - 86 с.
8. Врожденные расщелины верхней губы и неба: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова; под ред. С. В. Чуйкина; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - М.: [б. и.], 2003. - 207 с.
9. Герасимова Л. П.
Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава у детей: монография/ Л. П. Герасимова, Л. С. Персин, Н. А. Давлетшин. - Уфа: Здоровоохранение Башкортостана, 2005. - 96 с
10. Курякина, Наталья Васильевна.
Терапевтическая стоматология детского возраста: учеб. пособ. для студентов стомат. фак. медвузов/ Н. В.Курякина. - М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 744 с.

11. Курякина, Наталья Васильевна.
Терапевтическая стоматология детского возраста: Учебник/ Н. В. Курякина. - М.: Мед. Книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 744 с.
12. Методы биометрической диагностики моделей челюстей: Учебное пособие/ БГМУ; Сост.: С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов. - Уфа: Б. и., 2001. - 51 с.
13. Организация комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: (Метод. рекоменд. для студ. стомат. фак., врачей-интернов, врачей-стоматологов, педиатров, оториноларингологов, психоневрологов, генетиков, логопедов)/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Ю. В. Андрианова. - Уфа: БГМУ, 2001. - 16 с.
14. Организация лечения и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в условиях специализированного центра: метод. рекомендации для студентов старших курсов, врачей интернов, врачей стоматологов, педиатров, детских хирургов, оториноларингологов, психоневрологов, генетиков, логопедов/ Башк. гос. мед. ун-т; сост.: С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин [и др.]. - Уфа: БГМУ, 2003. - 31 с
15. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей: учебное пособие/ С. А. Рабинович, Е. Г. Киселева, Е. В. Васманова [и др.]; под ред. С. А. Рабиновича. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 120 с.
16. Острый герпетический стоматит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика: Метод. рекомендации для студ. стомат. фак. и врачей-интернов/ БГМУ; Сост.: С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. А. Гунаева. - Уфа: БГМУ, 2000. - 28 с
17. Профилактика зубочелюстных аномалий: метод. рек. для самостоятельной внеаудиторной работы студентов стомат. фак./ Башк. гос. мед. ун-т; сост.: С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Т. В. Снеткова, С. А. Гунаева. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. - 39 с.
18. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний: учебное пособие для студ. стомат. фак. мед. вузов/ М. П. Водолацкий [и др.]. - Ставрополь: СтГМА, 2004. - 200 с.
19. Проффит, Уильям Р.
Современная ортодонтия: переводное издание/ У. Р. Проффит ; под ред. Л. С. Персина, пер. с англ. А. В. Коваленко. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 559 с.: ил., фото. - Пер.изд.: Contemporary orthodontics/ Proffit W. R.. - Библиогр. в конце глав. - Алф. указ.: с. 550-559.
20. Сайфуллина, Халима Мухлисовна.
Кариес зубов у детей и подростков: Учеб. пособ./ Х. М. Сайфуллина. - [Перераб. и доп.]. - М.: МЕДпресс, 2000. - 96 с
21. Сборник комплексных квалификационных задач для контроля знаний по стоматологии детского возраста на итоговом междисциплинарном экзамене: Учеб. пособие/ БГМУ; Сост.: С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Е.

- Ш. Мухаметова. - М.: Б. и., 2001. - 40 с.
22. Сборник комплексных клинических ситуационных задач для контроля знаний по специальности стоматология детского возраста на курсовом экзамене: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Е. Ш. Мухаметова [и др.]; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004. - 102 с.
 23. Справочник по детской стоматологии: справочное издание/ под ред. А. С. Камерон, Р. П. Уидмера; пер. с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой [и др.]. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 288 с. - Пер.изд.: Handbook pediatric dentistry. - London et all, 1998.
 24. Стоматологическая профилактика у детей: Рук-во для студ. и врачей/ [В. Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В. А. Дистель, В. Д. Вагнер]. - М.: Мед. Книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 344 с.
 25. Стоматология детей и подростков: Учеб. пособ. для студ., обучающихся по спец. 040400 - Стоматология/ Пер. с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой; Под ред. Р. Е. Мак-Дональда, Д. Р. Эйвери. - 7-е изд. - М.: МИА, 2003. - 766 с. - Пер.изд.: Dentistry for the child and adolescent/ Ed. by R. E. McDonald, D. R. Avery. - St. Louis, 2000.
 26. Тестовые задания для контроля знаний по стоматологии детского возраста для студентов педиатрического факультета: сборник/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, С. А. Гунаева. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2003. - 52 с. - Библиогр.: с. 51
 27. Тестовые задания для контроля знаний по стоматологии детского возраста для студентов педиатрического факультета: брошюра/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, С. А. Акатьева, С. А. Гунаева. - Уфа: БГМУ, 2002. - 53 с. - Библиогр.: с. 53.
 28. Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по специальности "Стоматология детская": учебные программы/ Всероссийский учебно-научно-метод. центр по непрерыв. мед. и фармац. образованию, Российская мед. акад. последиплом. образования. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. - 86 с. - Загл., сост. каталогизатором: Стоматология детская: типовая программа дополнительного профессионального образования врачей. - Библиогр.: с. 78-86.
 29. Травма зубов у детей: научное издание/ С. В. Чуйкин [и др.]; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2006. - 86 с
 30. Травма зубов у детей: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2003.
 31. Травма зубов у детей: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004. - 64 с.
 32. Учебное пособие по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста: рек. УМО по мед. и фармакологич. образованию вузов России в качестве учеб. пособия для студ., обучающихся по спец. 040400 - Стоматология/ под ред. Б. Н. Давыдова. - Тверь: Триада, 2004. - 288 с.
 33. Функциональная реабилитация детей с врожденными расщелинами

- верхней губы и неба: Метод. рекомендации для врачей-стоматологов, педиатров, логопедов, родителей/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, Т. В. Снеткова, С. Э. Бикчентаева. - Уфа: БГМУ, 2001. - 12 с.
34. Харьков, Леонид Викторович.
Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учебник для студ. мед. вузов III-IV уровней аккредитации/ Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко, И. Л. Чехова; под ред. Л. В. Харькова. - М.: Книга плюс, 2005. - 470 с. - Библиогр.: с. 467-470
35. Хейлиты у детей: Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение : Метод. рекоменд. для студ. стомат. фак., врачей-интернов/ БГМУ; Сост. С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева. - Уфа: БГМУ, 2000. - 30 с.
36. Хоменко, Лариса Александровна.
Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков: руководство для врачей : [учебное пособие]/ Л. А. Хоменко, Е. И. Остапенко, Н. В. Биденко. - М.: Книга плюс, 2004. - 200 с.
37. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Деонтология в детской стоматологии: Учебное пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - М.: Б. и., 2002. - 84 с.
38. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Деонтология в детской стоматологии: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2003. - 80 с.
39. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Неотложная помощь в детской стоматологии: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2003. - 168 с.
40. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Неотложная помощь в детской стоматологии: Учебное пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - М.: Б. и., 2002. - 168 с.
41. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Организация амбулаторной стоматологической помощи детскому населению Республики Башкортостан: научное издание/ С. В. Чуйкин; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2005. - 75 с. - Библиогр.: с. 73-76
42. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Ортодонтические аппараты: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов, Т. В. Снеткова; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2002. - 64 с.
43. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: монография/ С. В. Чуйкин, Н. А. Давлетшин, Л. П. Герасимова ; под ред. С. В. Чуйкина; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2005. - 294 с
44. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Н. А. Давлетшин, Л. П. Герасимова;

- Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004. - 214 с.
45. Чуйкин, Сергей Васильевич.
Стоматологическая и соматическая заболеваемость у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, проживающих в Республике Башкортостан: научное издание/ С. В. Чуйкин, Ю. В. Андрианова, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2006. - 166 с.
46. Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей: матер. науч.-практ. конф., посв. 30-летию каф. стоматологии дет. возраста Тверской гос. мед. акад. и 85-летию ее основателя проф. Р. Д. Новоселова/ Тверская государственная медицинская академия, Каф. стоматологии детского возраста с курсом детской стоматологии; под ред. Б. Н. Давыдова. - Тверь: РИЦ ТГМА, 2004. - 300 с.
47. Этиология зубочелюстных аномалий: Метод. рекомендации для студ. стомат. фак., врачей-интернов, врачей-стомат., педиатров/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов, Г. Г. Акатьева. - Уфа: БГМУ, 2001. - 21 с

Квалификационные тесты

Вариант 1

1. Перечислите физико-химические свойства эмали:

- а) упругость, пластичность, хрупкость,
- б) пластичность, твердость, упругость,
- в) твердость, проницаемость, пластичность,
- г) хрупкость, пластичность, упругость,
- д) проницаемость, твердость, хрупкость.

2. В норме в зрелой эмали % микропространств составляет...

- а) 0,1 %,
- б) 0,3 %,
- в) 0,8 %,
- г) 1 %,
- д) 5 %.

3. Продолжите предложение: Вторичный дентин ...

- а) образуется в сформированном зубе после прорезывания,
- б) образуется в ответ на действие раздражающих факторов,
- в) образуется в период формирования и прорезывания зуба.

4. Трофическая функция пульпы осуществляется ...

- а) ...благодаря присутствию в пульпе большого количества нервных окончаний,
- б) ...благодаря деятельности одонтобластов,
- в) ...за счет находящихся в пульпе сосудов,
- г) ...путем выработки третичного дентина, развития гуморальных и клеточных реакций, воспаления.

5. Каков состав пульпы в субодонтобластическом (промежуточном) слое?

- а) фибробласты, макрофаги, артериолы, венулы,
- б) одонтобласты, окончания нервных волокон,
- в) преодонтобласты, лимфоциты, фибробласты, капилляры.

6. Какая поверхность называется «вестибулярная»?

- а) ближе к середине,
- б) боковая,
- в) более близкая (контактная),
- г) более удаленная,

д) преддверная.

7. Какая поверхность называется «проксимальная»?

- а) ближе к середине,
- б) боковая,
- в) более близкая (контактная),
- г) более удаленная,
- д) преддверная.

8. Корневой канал верхнего бокового резца чаще всего отклоняется...

- а) вестибулярно,
- б) дистально,
- в) медиально,
- г) корневой канал прямой,
- д) возможны различные варианты отклонения.

9. Сколько ионов Са в молекуле гидроксиапатита?

- а) 8 – 12,
- б) 4 – 18,
- в) 1 – 5,
- г) 12 – 16,
- д) 16 – 20.

10. В каких областях коронки зуба эмаль созревает быстрее?

- а) в пришеечной,
- б) в фиссурах,
- в) на контактных,
- г) на буграх,
- д) на вестибулярной.

11. Толщина эмали в области фиссур моляров составляет ...

- а) 0,5 - 1,0 мм,
- б) 1,0 - 1,5 мм,
- в) 1,5 - 2,0 мм.

12. Какие характеристики соответствуют особенностям клеточного цемента?

- а) низкая скорость образования,
- б) покрывает апикальную треть корня и область бифуркации многокорневых зубов,
- в) клетки отсутствуют,
- г) непосредственно прилежит к дентину,
- д) все перечисленное верно.

13. Дополнительными методами исследования стоматологического больного в клинике терапевтической стоматологии являются:

- а) термометрия, витальное окрашивание, опрос, осмотр,

- б) расспрос, ЭОМ, пальпация, рентгенография, зондирование,
 в) рентгенография, ЭОМ, витальное окрашивание, трансиллюминация,
 г) осмотр, рентгенография, перкуссия, трансиллюминация,
 д) *расспрос, осмотр, пальпация, термометрия, перкуссия, зондирование.*
14. Заполнение истории болезней начинают с ...
 а) заполнения зубной формулы,
 б) заполнения паспортной части,
 в) выяснения анамнеза,
 г) выяснения жалоб пациента,
 д) записи перенесенных заболеваний.
15. Факторы, предрасполагающие к возникновению гипоплазии:
 а) кариес,
 б) заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, нервной системы,
 в) заболевания мочеполовой системы, коллагенозы,
 г) рахит, тяжелые инфекционные заболевания, расстройства пищеварительного тракта, недостаточность эндокринных желез,
 д) низкое содержание фтора в питьевой воде.
16. Верхние центральные резцы с отверткообразной формой коронки, без полулунной выемки по режущему краю. Это ...
 а) зубы Турнера,
 б) зубы Гетчинсона,
 в) зубы Фурнье,
 г) зубы Пфлюгера.
17. Фактором, не влияющим на всасывание фтора в кровь и его концентрацию в плазме крови, является:
 а) концентрация кальция и других катионов в желудочном содержимом,
 б) кислотность желудочного сока,
 в) выделительная функция почек,
 г) время года,
 д) источник поступления фтора (вода – пища – воздух).
18. Минимальная концентрация фтора в питьевой воде, при которой появляются первые признаки флюороза - ...
 а) 0,5 мг/л
 б) 1,0 мг/л
 в) 1,5 мг/л
 г) 2,0 мг/л
 д) 2,5 мг/л
19. В рационе детского питания, в целях профилактики флюороза, рекомендуется
 а) увеличить потребление морепродуктов и воды,
 б) уменьшить потребление углеводов,
 в) увеличить потребление витаминов,
 г) увеличить потребление белков,
 д) уменьшить потребление воды и морепродуктов
20. Профилактика эрозии твердых тканей зуба заключается в
 а) использование мягкой зубной щетки, применение фторсодержащих зубных паст,
 б) ограничение употребления воды и морепродуктов,
 в) увеличение употребления белков и витаминов,
 г) ограничение употребления углеводов, увеличение потребления витаминов и микроэлементов,
 д) все вышеперечисленное
21. При клиновидном дефекте диагностический краситель
 а) окрашивает пораженные участки,
 б) не окрашивает пораженные участки.
22. Препараты тетрациклинового ряда не назначают детям в возрасте до
 а) 1 месяца,
 б) 6 месяцев,
 в) 1 года,
 г) 6 лет,
 д) 12 лет.
23. Эрозия твердых тканей зуба чаще встречается у ...
 а) детей,
 б) подростков,
 в) женщин,
 г) мужчин,
 д) стариков
24. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику эрозии твердых тканей зуба?

- а) флюороз (пятнистая и меловидно-крапчатая формы),
 - б) кариес в стадии пятна,
 - в) флюороз (эрозивная форма), гипоплазия, сопровождающаяся дефектом эмали,
 - г) гипоплазия эмали (пятнистая форма),
 - д) клиновидный дефект, некроз твердых тканей зуба, поверхностный кариес.
25. Длительность лечения гипоплазии эмали (пятнистая форма) -
- а) одно посещение,
 - б) одна неделя ежедневного лечения,
 - в) один месячный курс лечения,
 - г) три месячных курса общей и три месячных курса местной реминерализующей терапии в течение года.
26. Мягкий зубной налет на верхних молярах быстрее накапливается на
- а) небной поверхности,
 - б) жевательной поверхности,
 - в) контактной поверхности,
 - г) щечной поверхности,
 - д) буграх.
27. Оценить интенсивность кариеса зубов у пациента в возрасте 5 лет можно, применяя индекс
- а) КПУ,
 - б) кп,
 - в) КПУ+кп,
 - г) УИГ,
 - д) РМА.
28. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику глубокого кариеса?
- а) острый диффузный пульпит,
 - б) хронический фиброзный пульпит,
 - в) обострение хронического периодонтита.
29. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на контактной поверхности резца или клыка с нарушением целостности режущего края, угла?
- а) I класс
 - б) II класс
 - в) III класс
 - г) IV класс
 - д) V класс
 - е) VI класс (атипичный)
30. Симптоматическая терапия поверхностного кариеса предусматривает:
- а) оперативно-восстановительное лечение,
 - б) реминерализующую терапию,
 - в) индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта.
31. Какой концентрации фторида в питьевой воде соответствует суточная доза фторида 1,45 мг?
- а) 2,0 мг/л
 - б) 1,4 мг/л
 - в) 0,9 мг/л
 - г) 0,6 мг/л
 - д) 0,2 мг/л
32. В теле поражения кариозного пятна процент микропространств увеличивается до ...
- а) 1 %,
 - б) 3 %,
 - в) 5 %,
 - г) 10 %,
 - д) 20 %.
33. Антимикробные вещества слюны (ротовой жидкости):
- а) лизоцим,
 - б) лактоферрин,
 - в) секреторный иммуноглобулин класса А,
 - г) пероксидаза,
 - д) все вышеперечисленное.
34. ЭОД при кариесе в пределах
- а) свыше 100 мкА,
 - б) 85-90 мкА,
 - в) 50-80 мкА,
 - г) 20-40 мкА,
 - д) 2-6 мкА.
35. Резистентная форма ...
- а) предотвращает поломку зуба или восстанавливающего элемента (пломбы / вкладки),
 - б) предотвращает смещение восстанавливающего элемента (пломбы/вкладки),
 - в) способствует восстановлению функции и эстетики зуба.
36. Цель профилактического расширения по G.V. Black

- а) создание ретенционной формы полости,
- б) создание резистентной формы полости,
- в) создание удобной полости,
- г) предупреждение рецидива кариеса,
- д) все вышеперечисленное верно.

37. Какой элемент обеспечивает прочность пломбы/вкладки?

- а) тщательное удаление кариозного дентина и остатков старых пломб,
- б) широкий доступ к полости и удобство манипуляций,
- в) дивергирующие или конвергирующие на окклюзионной и проксимальной поверхностях стенки,
- г) относительно плоское дно, ящикообразная формы, сведение к минимуму расширения в щечно-язычном направлении, покрытие бугров, если дефект занимает $\frac{1}{2}$ или больше их склона,
- д) адекватная толщина.

38. Пульпарными раздражителями являются:

- а) пересушивание дентина и жар, возникающий при препарировании,
- б) экзотермические реакции при полимеризации пломбировочных материалов,
- в) химические элементы, входящие в состав пломбировочных материалов,
- г) бактериальное загрязнение,
- д) все вышеперечисленное

39. Показания к применению традиционного препарирования

- а) показано при применении силикофосфатных цемента и композитов,
- б) чаще используется для восстановления зуба амальгамой или литой вкладкой.

40. Дентин необратимо денатурированный, не поддающийся рекальцинации, инфицированный, некротизированный и нечувствительный составляет

- а) наружный кариозный слой,
- б) внутренний кариозный слой.

41. Туннельное препарирование предполагает

- а) пломбирование полости без препарирования материалами,

обладающими противокариозным действием,

- б) доступ к небольшой аппроксимально расположенной кариозной полости получают через жевательную поверхность, оставляя нетронутым маргинальный край коронки зуба,
- в) широкое иссечение кариеса восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция / дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
- г) щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта, консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
- д) все верно

42. Медикаментозная обработка полости при глубоком кариесе проводится

- а) медицинским эфиром, физраствором,
- б) 70 % этиловым спиртом, медицинским эфиром,
- в) 2 % настойкой йода, 3 % р-ром перекиси водорода,
- г) 3 % р-ром перекиси водорода, 50% р-ром димексида,
- д) физраствором, пульперилом

43. Классификация пломбировочных материалов М.М. Гернера (1984)

- а) амальгамы, композиты, стеклоиономерные цементы, силанты,
- б) макрофилы, микрофилы, гибридные материалы, компомеры,
- в) фиксирующие, восстановительные (для эстетической реставрации, для нагруженной реставрации) подкладочные, для obturации каналов,
- г) постоянные, временные, лечебные, для заполнения корневых каналов.

44. Первоначальное растворение металлических опилок в ртути сопровождается усадкой материала, а кристаллизация - его расширением.

- а) утверждение не верно,
- б) утверждение верно.

45. Какие функциональные требования предъявляются восстановительному элементу пломба/вкладка?

- а) восстановление барьерной функции эмали,
 - б) восстановление физиологических функций зуба,
 - в) восстановление контактного пункта,
 - г) верно а, в,
 - д) все верно
46. Восстановление барьерной функции эмали подразумевает восстановление...
- а) механической и химической стойкости для инфекционных агентов, полноценной защиты пульпы от температурных и электрохимических воздействий,
 - б) функций зуба как элемента жевательной системы, в) контактного пункта,
 - г) верно а,
 - д) все верно
47. Амальгама. Для предотвращения возможного отравления ртутью медицинского персонала необходимо применить...
- а) амальгамосмесители и предварительно дозированные капсулы, закрытые герметично,
 - б) марлевые маски и резиновые перчатки,
 - в) влажную уборку помещений дезрастворами
 - г) кварцевание кабинета через каждые 3 часа работы
 - д) сокращенный рабочий день для медперсонала, дополнительные дни к отпуску.
48. Химическая связь поликарбосилатных цементов с твердыми тканями зуба происходит за счет...
- а) реакции ионного обмена,
 - б) реакции между карбоксильной группой в полимерной молекуле и кальцием гидроксиапатита
49. Полимеризационная усадка свойственна...
- а) всем пломбировочным материалам,
 - б) только композитам,
 - в) всем пломбировочным материалам, кроме амальгамы,
 - г) только силикатным и силикофосфатным цементам,
 - д) только акриловым пластмассам
50. СИЦ обладают кариесстатическим эффектом.
- а) верно,

- б) не верно.
51. Типы СИЦ (в зависимости от их клинического применения):..
- а) фиксирующие, восстановительные,
 - б) подкладочные,
 - в) для obturации корневых каналов,
 - г) верно а, в,
 - д) верно а, б, в.
52. Техника внесения прокладок с гидроокисью кальция - ..
- а) точечная,
 - б) линейная,
 - в) верно а, б.
53. В качестве неорганического наполнителя в композитах применяют размельченные частицы
- а) стронциевого и бариевого стекла,
 - б) салинированного кремния,
 - в) кварца и фарфоровой муки,
 - г) верно б, в,
 - д) верно а, б, в.
54. Оптимальная толщина слоя светополимера
- а) 1 мм,
 - б) 2 мм,
 - в) 3 мм,
 - г) 4 мм,
 - д) 5 мм.
55. Положительные свойства композитов химической полимеризации
- а) регулирование момента полимеризации,
 - б) возможность послойного нанесения и подбора цвета пломбы,
 - в) высокая цветоустойчивость, эстетичность,
 - г) равномерная полимеризация независимо от размеров пломбы, экономия рабочего времени,
 - д) все верно
56. В химических композитах реакция полимеризации усиливается при ...
- а) охлаждении,
 - б) повышении температуры.
57. В мининаполненных композитах размеры частиц наполнителя ...микронов.
- а) 8-12 мк и больше,
 - б) 1-5 мк,
 - в) 0,04-0,1 мк,
 - г) 8-12 мк и 0,04-0,1 мк,
 - д) 1-5 мк и 0,04-0,1 мк.

58. Свойства гибридных композитов:

- а) плохо полируются, меняют цвет, вызывают стирание зуба-антагониста, механически прочные,
- б) легко полируются, цветоустойчивы, эластичны, недостаточно прочные,
- в) высокая полируемость, резистентность к отлому, цветоустойчивость, универсальное использование.

59. Смазанный слой ... адгезию композита к твердым тканям зуба.

- а) улучшает,
- б) ухудшает.

60. В результате травления дентина на его поверхности образуется слой, состоящий из ...

- а) переплетенных коллагеновых волокон,
- б) бесструктурной массы,
- в) дентинных опилок.

61. Гибридный слой служит защитным барьером против проникновения микроорганизмов и химических агентов в дентинные каналы, препятствует вытеканию дентинной жидкости.

- а) утверждение не верно,
- б) утверждение верно.

62. «Принцип одного миллиметра окружения» состоит в следующем - ...

- а) если реставрируемый участок окружен одним миллиметром периферической эмали, то механическая ретенция (напр., штифт) не применяется,
- б) если реставрируемый участок окружен одним миллиметром периферической эмали, то применяется механическая ретенция (напр., штифт).

63. При попадании лучей светополимеризатора (лампы) в глаза может развиваться ...

- а) конъюнктивит,
- б) ожог сетчатки,
- в) атрофия сетчатки,
- г) верно а, б,
- д) верно а, б, в.

64. Соединение слоев композита внутри пломбы происходит благодаря наличию ...

- а) адгезивной системы,
- б) кислородом ингибированного слоя.

65. Острый очаговый пульпит длится

- а) 6 – 8 часов,
- б) 10 – 14 часов,

в) 40 – 48 часов,

г) 7 суток,

д) 14 суток

66. При остром очаговом пульпите пациент жалуется на

- а) постоянную ноющую боль, усиливающуюся при накусывании,
- б) острую самопроизвольную локализованную боль, усиливающуюся от всех видов раздражителей и в ночное время,

в) причинную боль, возникающую во время приема пищи, самопроизвольная боль отсутствует,

г) боль, усиливающуюся от горячего и уменьшающуюся от холодного,

д) боль, возникающую при прикосновении к определенному участку кожи лица.

67. Поставьте диагноз. Боль в зубе причинная, устранение раздражителя приводит к прекращению боли. Боль возникает при смене температуры внешней среды. Полость зуба может быть вскрыта, зондирование во вскрытой точке - болезненно, боль длится 2-3 мин, ЭОМ - 30-40 мкА, на рентгенограмме может быть деформация периодонтальной щели.

- а) хронический гангренозный пульпит,
- б) хронический гипертрофический пульпит,
- в) хронический фиброзный пульпит,
- г) хронический периодонтит,
- д) глубокий кариес.

68. Поставьте диагноз. Постоянная ноющая боль, боль при накусывании на зуб. Слизистая оболочка переходной складки в области причинного зуба без патологических изменений.

- а) острый периодонтит в стадии интоксикации,
- б) острый периодонтит в стадии экссудации.

69. Острый очаговый пульпит. Дифференциальную диагностику проводят с ...

- а) глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, обострением хронического пародонтита,
- б) острым очаговым пульпитом, обострением хронического пульпита,

- острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита, невралгией тройничного нерва, альвеолитом, гайморитом,
в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
- г) папиллитом, разрастанием периодонта,
д) острым диффузным пульпитом, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита.
70. Отличие периодонтита от периостита в ...
- а) длительности воспалительного процесса,
б) наличии припухлости мягких тканей лица,
в) повышении температуры тела,
г) гиперемии и отеке десны и переходной складки в области причинного зуба,
д) наличии симптома «выросшего» зуба.
71. При остром периостите боль ...
- а) локализована в области причинного зуба,
б) локализована в половине челюсти,
в) иррадиирует по ходу ветвей тройничного нерва,
г) локализована в участке челюсти.
72. Патологоанатомическая картина хронического гранулирующего периодонтита:
- а) диффузное утолщение верхушечного участка периодонта, разрастание фиброзной ткани,
б) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, деструкция компактной пластинки альвеолы, цемента и дентина корня; грануляции прорастают в костномозговые пространства и образуют свищи,
в) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, грануляционная ткань заключена в фиброзную капсулу.
73. Острый очаговый пульпит. Выберите наиболее рациональный метод лечения.
- а) биологический метод (полное сохранение пульпы),
б) метод витальной ампутации,
в) метод витальной экстирпации,
г) метод девитальной экстирпации,
д) метод девитальной ампутации.
74. Какой факт является противопоказанием к проведению метода витальной ампутации?
- а) хронический фиброзный пульпит,
б) однокорневой зуб,
в) острый очаговый пульпит,
г) ЭОМ менее 40 мкА,
д) зуб с несформированными верхушками корней.
75. Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах периодонтита -
- а) 3 – 4 недели,
б) 1 – 2 месяца,
в) 3 – 4 месяца,
г) 6 – 9 месяцев,
д) 12 – 24 месяца
76. Ирригация канала обеспечивает ...
- а) смазку,
б) удаление дентинных опилок,
в) медикаментозную обработку канала,
г) верно а, б,
д) верно а, б, в.
77. К какой функциональной группе эндодонтических инструментов относится пример? К инструментам для ...
- а) расширения устья корневого канала,
б) прохождения корневого канала,
в) расширения корневого канала,
г) определения размера корневого канала,
д) пломбирования корневого канала.
78. Кодирование эндодонтического инструмента графическим символом определяет его ...
- а) длину,
б) диаметр / размер,
в) назначение.
79. Устье корневого канала расширяют
- а) дрельбором,
б) К-примером,
в) буравом,
г) К-файлом,
д) Gates Glidden.
80. На рентгенограмме анатомическая длина зуба
- а) на 1 – 2 мм больше рабочей длины,
б) на 1– 2 мм меньше рабочей длины,
в) соответствует рабочей длине.
81. Критерии качества инструментальной обработки канала: ...

- а) расширение канала на 3-4 номера от первоначального размера (минимум до № 25),
 - б) придание конусообразной формы каналу,
 - в) наличие сформированного апикального уступа,
 - г) верно а, в,
 - д) верно а, б, в.
82. Для лечения периодонтита важна ... концентрация антибиотика.
- а) сывороточная,
 - б) тканевая.
83. Высокая антимикробная способность гипохлорита натрия связана с ...
- а) образованием хлорноватистой кислоты,
 - б) выделением хлора при взаимодействии с остатками органических веществ,
 - в) все верно.
84. К действию тканевой жидкости гуттаперча ...
- а) устойчива,
 - б) неустойчива.
85. Гуттаперчевые штифты изготавливают из ... гуттаперчи.
- а) альфа,
 - б) бета.
86. Для лечения корней одного зуба приходится делать в среднем ... рентгенограммы.
- а) 2,
 - б) 3,
 - в) 4,
 - г) 5
 - д) 6.
87. Эндодонтическое лечение первых моляров не проводится в том случае, если рот не раскрывается на ...
- а) 1 палец,
 - б) 2 пальца,
 - в) 3 пальца,
 - г) 4 пальца.
88. Показания к удалению периодонтитных зубов у больных с иммунодефицитными состояниями и очагово-обусловленными заболеваниями ...
- а) расширены,
 - б) ограничены.
89. Предстерилизационная обработка – это ...

- а) удаление белковых, жировых и механических загрязнений,
 - б) уничтожение микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития: патогенных и непатогенных, в т.ч. спорообразующих,
 - в) уничтожение или удаление с объектов патогенных микроорганизмов и их соединений.
90. Состав моющего раствора: ...
- а) вода, хлорамин, моющее средство,
 - б) вода, перекись водорода, моющее средство,
 - в) спирт, перекись водорода, моющее средство.
91. Термический контроль эффективности работы стерилизующей аппаратуры. В качестве химических тестов (индикаторов) используют
- а) глюкозу,
 - б) амидопирин,
 - в) тиомочевину.
92. В помещении, отвечающем требованиям санитарных норм, площадью 23 кв. м полагается установить ... стоматологических кресла.
- а) 5,
 - б) 4,
 - в) 3,
 - г) 2,
 - д) 1.
93. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет ...
- а) 7 – 21 дней,
 - б) от 3-6 недель до 3-6 месяцев,
 - в) от 6 до 12 месяцев,
 - г) 1-2 года,
 - д) 10 лет.
94. Обязательное условие при проведении медицинских манипуляций у ВИЧ инфицированных - ...
- а) присутствие второго специалиста,
 - б) наличие противочумного комплекта,
 - в) применение средств защиты (перчатки, защитные очки, маска и т.д.)
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно а, в.
95. Состояние оглушения, когда больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием – это ...

- а) кома,
- б) шок,
- в) stupor,
- г) sopor,
- д) обморок.

96. Какому виду коматозного состояния соответствует следующая клиника?

Прекоматозное состояние: сильная жажда, полиурия, боли в подложечной области, диспептические явления, головные боли, исчезает аппетит, в выдыхаемом воздухе – запах ацетона. Кома: сильное нервное возбуждение (бессонница, беспокойство, клонические судороги) сменяется угнетением (сонливость, безразличие, потеря сознания). Глубокая кома: больной лежит неподвижно, лицо розовое или бледное, кожа сухая, мышечные и сухожильные рефлексы снижены, тонус глазных яблок снижен, они мягкие на ощупь, зрачки сужены, «большое дыхание» Куссмауля, АД снижено. Это кома ...

- а) алкогольная,
- б) гипогликемическая,
- в) апоплексическая (при кровоизлиянии в мозг),
- г) диабетическая (гипергликемическая),
- д) эпилептическая.

97. Непроизвольные мышечные сокращения это -:

- а) рефлексы,
- б) судороги.

98. Неотложная терапия ... комы: вызвать специализированную

неврологическую бригаду, больному обеспечить покой, уложить на спину с приподнятой головой, на голову необходимо положить холод, ноги тепло укутать, при рвоте больного уложить на бок, в/в медленно вводить 2,0 мл 2,5% раствора аминазина в 20 мл 5% раствора глюкозы.

- а) алкогольной комы,
- б) гипогликемической комы,
- в) апоплексической комы, (геморрагический инсульт),
- г) диабетической комы,
- д) эпилептического припадка.

99. Признаки кровотечения – кровь вытекает медленно по каплям, при нормальной свертываемости кровотечения прекращается самостоятельно. Тип кровотечения - ...

- а) наружный,
- б) внутренний,
- в) артериальный,
- г) венозный,
- д) капиллярный.

100. Место пальцевого прижатия височной артерии:

- а) поперечный отросток VI шейного позвонка,
- б) скуловая дуга,
- в) нижний край нижней челюсти перед m. masseter,
- г) ветвь нижней челюсти.

Ответы к варианту 1

| | | | |
|-------|--------|--------|--------|
| 1 – д | 26 – г | 51 – д | 76 – д |
| 2-г | 27 – в | 52 – в | 77 - б |
| 3 – а | 28 – б | 53 – д | 78 – в |
| 4- в | 29 – г | 54 – б | 79 – д |
| 5-в | 30 – а | 55 – г | 80 – д |
| 6 – д | 31 – г | 56 – б | 81 – д |
| 7 – в | 32 – д | 57 – б | 82 – б |
| 8 – б | 33 – д | 58 – в | 83 – в |
| 9 – а | 34 – д | 59 – б | 84 – а |

| | | | |
|--------|--------|--------|---------|
| 10 – г | 35 – а | 60 – а | 85 – б |
| 11 – б | 36 – г | 61 – б | 86 – в |
| 12 – б | 37 – д | 62 – а | 87 – б |
| 13 – в | 38 – д | 63 – д | 88 – а |
| 14 – б | 39 – б | 64 – б | 89 – а |
| 15 – г | 40 – а | 65 – в | 90 – б |
| 16 – в | 41 – б | 66 – б | 91 – в |
| 17 – г | 42 – д | 67 – д | 92 – г |
| 18 – в | 43 – г | 68 – а | 93 – б |
| 19 – д | 44 – б | 69 – а | 94 – д |
| 20 – а | 45 – д | 70 – б | 95 – в |
| 21 – б | 46 – а | 71 – б | 96 – в |
| 22 – б | 47 – а | 72 – а | 97 – б |
| 23 – д | 48 – б | 73 – б | 98 – в |
| 24 – в | 49 – в | 74 – в | 99 – г |
| 25 – г | 50 – а | 75 – д | 100 – б |

Вариант 2

1. Редуцированный эпителий эмалевого органа, который в виде тонкой органической оболочки покрывает поверхность эмали; после прорезывания коронки зуба стирается, частично сохраняясь в пришеечной области - это

- а) пелликула,
- б) зубная бляшка,
- в) кутикула.

2. Эмаль зуба обладает всеми свойствами, кроме ...

- а) хрупкости,
- б) прочности,
- в) деминерализации,
- г) реминерализации,
- д) регенерации.

3. Какое определение дентина наиболее точное?

- а) обызвествленная ткань зуба; основное вещество пронизано трубочками, в которых циркулирует жидкость и расположены отростки клеток; изнутри каналцы покрыты тонкой органической пленкой,
- б) обызвествленная ткань зуба, образованная призмами и межпризменным веществом, не содержит клеток,

в) обызвествленная ткань зуба, сходная с костной, лишенная сосудов, содержит

клетки только на определенных участках корня зуба.

4. Продолжите предложение:

Третичный дентин ...

- а) образуется в сформированном зубе после прорезывания,
- б) образуется в ответ на действие раздражающих факторов,
- в) образуется в период формирования и прорезывания зуба.

5. Сенсорная функция пульпы осуществляется ...

- а) ...благодаря присутствию в пульпе большого количества нервных окончаний,
- б) ...благодаря деятельности одонтобластов,
- в) ...за счет находящихся в пульпе сосудов,
- г) ...путем выработки третичного дентина, развития гуморальных и клеточных реакций, воспаления.

6. Каков состав пульпы в центральном слое?

- а) фибробласты, макрофаги, артериолы, вены,
- б) одонтобласты, окончания нервных волокон,
- в) преодонтобласты, лимфоциты, фибробласты, капилляры

7. Какая поверхность называется «дистальная»?

- а) ближе к середине,
 - б) боковая,
 - в) более близкая (контактная),
 - г) более удаленная,
 - д) преддверная.
8. Корни верхнего первого премоляра чаще всего...
- а) дивергируют,
 - б) конвергируют.
9. В молекуле гидроксиапатита ион кальция может быть замещен на ионы..
- а) Mg^{2+} , Sr^{2+} , H_3O^+ ,
 - б) Sr^{2+} , Mg^{2+} , F^- ,
 - в) H_3O^+ , Cl^- , F^- ,
 - г) Cl^- , F^- ,
 - д) F^- , H_3O^+ .
10. Какое молярное соотношение Ca/P в зрелой эмали в норме?
- а) 2,0,
 - б) 1,67,
 - в) 1,33.
11. Дельтовидными называются ...
- а) дополнительные каналы в области апекса,
 - б) дополнительные каналы в области бифуркации (трифуркации) корней,
 - в) любые дополнительные каналы, отходящие от центрального (главного) канала.
12. Назовите возрастные изменения пульпы
- а) увеличение числа клеток,
 - б) увеличение размеров пульпарной камеры,
 - в) изменение формы пульпарной камеры,
 - г) снижение содержания коллагеновых волокон,
 - д) улучшение кровоснабжения пульпы.
13. Расспрос включает сбор следующей информации:
- а) вид, цвет, локализация, размеры очага поражения,
 - б) анамнез жизни, заболевание, профессиональный, аллергологический и наследственный анамнез,
 - в) анатомическое строение зубов, состояние периодонта и кости альвеолярных отростков

14. Обследование амбулаторного больного. Установите правильную последовательность:
- а) проведение внешнего осмотра, выяснение жалоб больного, выяснение развития настоящего заболевания, сбор анамнеза жизни, проведение осмотра рта, формулирование предварительного диагноза, направление на дополнительные исследования, формулирование клинического диагноза, написание истории болезни,
 - б) выяснение развития настоящего заболевания, выяснение жалоб больного, проведение внешнего осмотра, проведение осмотра рта, направление на дополнительные исследования, написание истории болезни, формулирование предварительного диагноза, формулирование клинического диагноза.
15. Гипоплазия молочных зубов связана с нарушением обменных процессов
- а) в организме беременной,
 - б) в детском организме.
16. Верхние центральные резцы отверткообразной и бочкообразной формой коронки, с полулунной выемкой. Это ...
- а) зубы Турнера,
 - б) зубы Гетчинсона,
 - в) зубы Фурнье,
 - г) зубы Пфлюгера.
17. Избыток фтора вызывает патологические изменения в зубах, потому что фтор является ...
- а) пигментом, окрашивающим твердую ткань зуба,
 - б) ферментативным ядом, снижающим активность фосфатазы,
 - в) ферментативным ядом, снижающим активность амилазы,
 - г) ферментативным ядом, снижающим активность пероксидазы,
 - д) все вышеперечисленное не верно.
18. Одиночные поражения зубов флюорозом ...
- а) встречаются всегда,
 - б) отсутствуют,
 - в) возможны.

19. Витальное окрашивание пятен в эмали при флюорозе
- а) не происходит,
 - б) происходит.
20. Для эрозии твердых тканей зуба характерны:
- а) безболезненность дефектов, локализация на вестибулярной и оральной поверхности всех групп зубов, поражение эмали, дентина и цемента,
 - б) безболезненность дефектов, локализация на жевательной поверхности, поражение эмали и дентина,
 - в) гиперестезия, локализация на вестибулярной поверхности верхних фронтальных зубов, поражение эмали и дентина.
21. При выявлении начальной стадии клиновидного дефекта проводят
- а) протезирование,
 - б) отбеливание,
 - в) наблюдение,
 - г) пломбирование,
 - д) реминерализующую терапию.
22. Клиновидный дефект часто сочетается с ... процессами в пародонте
- а) воспалительными,
 - б) пролиферативными,
 - в) альтеративными,
 - г) экссудативными,
 - д) дистрофическими.
23. При гипоплазии и флюорозе характерными жалобами являются:
- а) боль от холодного и горячего,
 - б) боль от кислого и сладкого,
 - в) боль от прикосновения к твердым тканям зуба,
 - г) изменение цвета и формы коронок зубов,
 - д) кровоточивость десен.
24. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику клиновидного дефекта?
- а) флюороз (пятнистая и меловидно-крапчатая формы),
 - б) кариес в стадии пятна,
 - в) гипоплазия эмали (пятнистая форма),
 - г) гипоплазия, сопровождающаяся изменением формы коронки,
 - д) некроз твердых тканей зуба, эрозия твердых тканей зуба.
25. Для отбеливания зубов используют:
- а) перекись карбамида 10 %- 20% – 35 %,
 - б) перекись водорода 3 %,
 - в) ортофосфорную кислоту 40 %,
 - г) малеиновую кислоту 5 %,
 - д) ЭДТА 10 %.
26. При наличии пищевых остатков на зубах и обильном мягком налете pH полости рта ...
- а) кислая,
 - б) нейтральная,
 - в) щелочная.
27. Оценить интенсивность кариеса зубов у пациента в возрасте 30 лет можно, применяя индекс
- а) КПУ,
 - б) кп,
 - в) КПУ + кп,
 - г) УИГ,
 - д) РМА.
28. Какие методы исследования помогают дифференцировать кариозное пятно от пятна при флюорозе и гипоплазии эмали?
- а) зондирование,
 - б) электроодонтометрия,
 - в) витальное окрашивание.
29. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на фиссурах и бороздках на жевательной поверхности моляров и премоляров, на язычной, щечной и небной поверхностях моляров и в пределах верхних 2/3 небной поверхности верхних резцов?
- а) I класс
 - б) II класс
 - в) III класс
 - г) IV класс
 - д) V класс
 - е) VI класс (атипичный)
30. Что относится к эндогенным методам фторпрофилактики?

- а) покрытие зубов фторлаком, полоскания полости рта фторидсодержащими растворами,
 - б) фторирование молока, соли, питьевой воды.
31. Цели первичной профилактики:
- а) не допустить возникновения заболевания путем устранения причин и условий развития патологического процесса,
 - б) предотвращение дальнейших стадий развития патологического процесса и рецидивов,
 - в) предотвращение потери функции и восстановление функции после ее потери.
32. Белое кариозное пятно со временем (года) может изменить свой цвет в коричневый или черный. Пигментация очага деминерализация возникает вследствие накопления аминокислоты
- а) триптофана,
 - б) тирозина,
 - в) лейцина,
 - г) глицина,
 - д) аланина.
33. Нейтрализация кислот в полости рта осуществляется благодаря ... свойствам слюны.
- а) антимикробным,
 - б) эндокринным,
 - в) буферным,
 - г) защитным,
 - д) пищеварительным.
34. Деминерализация эмали происходит в результате ...
- а) низкого содержания кальция в питьевой воде,
 - б) скопления микробного налета на поверхности зубов,
 - в) заболеваний, перенесенных в раннем детстве,
 - г) низкого содержания фторид иона в питьевой воде,
 - д) нарушения водно-солевого обмена в организме.
35. Ретенционная форма ...
- а) предотвращает поломку зуба или восстанавливающего элемента (пломбы / вкладки),
 - б) предотвращает смещение восстанавливающего элемента (пломбы/вкладки),
- в) способствует восстановлению функции и эстетики зуба.
36. Начальная глубина полости на окклюзионной поверхности в интактной фиссуре по G.V. Black составляет
- а) 10-15 мм,
 - б) 0,5-0,7 мм,
 - в) 2-3 мм,
 - г) 1,5-1,7 мм,
 - д) 1,8-1,9 мм.
37. Адекватная толщина для композиционного материала
- а) 0,5 мм,
 - б) 1 мм,
 - в) 1,5 мм,
 - г) 2 мм,
 - д) 2,5 мм.
38. Препарирование кариозных полостей необходимо проводить
- а) без охлаждения бора,
 - б) с водяным охлаждением бора,
 - в) с воздушным охлаждением бора.
39. Показания к применению модифицированного препарирования
- а) показано при применении силикофосфатных цемента и композитов,
 - б) чаще используется для восстановления зуба амальгамой или литой вкладкой.
40. Дентин обратимо денатурированный, поддающийся рекальцинации, неинфицированный, чувствительный и живой составляет
- а) наружный кариозный слой,
 - б) внутренний кариозный слой.
41. Недостатки туннельного препарирования
- а) неполное удаление кариозной ткани,
 - б) большие затраты времени и материалов,
 - в) большой объем иссекаемых здоровых тканей зуба,
 - г) ослабление прочности коронки,
 - д) все верно.
42. Для лечения глубокого кариеса применяют прокладки из ...
- а) стеклоиономерного цемента,
 - б) поликарбоксилатного цемента,
 - в) водного дентина,
 - г) гидроокиси кальция,
 - д) цинкэвгенольной пасты.

43. Недостатки серебряной амальгамы:
- а) высокая теплопроводность, несоответствие цвету зуба,
 - б) отсутствие адгезии к твердым тканям зуба,
 - в) возможность амальгирования золотых протезов, возникновение гальванизма в полости рта, коррозия пломбы,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно а, в.
44. Полимеризационная усадка свойственна ...
- а) всем пломбирочным материалам ,
 - б) только композитам,
 - в) всем пломбирочным материалам, кроме амальгамы,
 - г) только силикатным и силикофосфатным цементам,
 - д) только акриловым пластмассам.
45. Для восстановления окклюзионной поверхности моляров предпочтительно использование
- а) микрофильных композитов или герметиков,
 - б) силикофосфатного или фосфатного цемента,
 - в) стеклоиономерных цемента,
 - г) поликарбоксилатного цемента,
 - д) гибридных композитов.
46. По своим физико-механическим свойствам СИЦ соответствуют ...
- а) эмали,
 - б) дентину,
 - в) цементу.
47. СИЦ в кариозную полость необходимо вносить ... инструментом.
- а) металлическим,
 - б) пластмассовым.
48. В зоне прямого контакта гидроокиси кальция с пульпой развивается
- а) коагуляционный некроз,
 - б) коликвационный некроз,
 - в) верно а, б.
49. От чего зависит механическая прочность, рентгеноконтрастность, консистенция, усадка и термическое расширение композиционного материала?
- а) от органического мономера,
 - б) от неорганического наполнителя,
 - в) и от мономера, и от неорганического наполнителя.
50. Для полимеризации светоотверждаемых композитов пригоден свет с длиной луча (нм - нанометр)
- а) 80 – 140 нм,
 - б) 240 – 310 нм,
 - в) 400 – 500 нм.
51. Положительные свойства композитов световой полимеризации: ...
- а) регулирование момента полимеризации, возможность послойного нанесения и подбора цвета пломбы,
 - б) равномерная полимеризация независимо от размеров пломбы, экономия рабочего времени,
 - в) высокая цветоустойчивость, эстетичность,
 - г) верно а, в,
 - д) верно а, б, в.
52. Полимеризация химического композита начинается ...
- а) в месте наиболее приближенном к источнику света,
 - б) в месте наиболее отдаленном от источника света,
 - в) равномерно во всех участках пломбы,
 - г) в самом теплом месте полости (у пульпарной стенки),
 - д) в самом холодном месте полости (у эмалевого края).
53. В микронаполненных композитах размеры частиц наполнителя ...микрон.
- а) 8-12 мк и больше,
 - б) 1-5 мк,
 - в) 0,04-0,1 мк,
 - г) 8-12 мк и 0,04-0,1 мк,
 - д) 1-5 мк и 0,04-0,1 мк.
54. Техника ламинирования «макрофил-микрофил» заключается в следующем.
- а) основа реставрации – микрофильный композит, который покрывается макрофильным композитом,
 - б) основа реставрации – макрофильный композит, который покрывается микрофильным композитом.
55. Смазанный слой удаляют ...
- а) промыванием струей воды,

- б) перекисью водорода,
 - в) обработкой фосфорной кислотой.
56. После травления и промывания дентина полость необходимо ... высушить.
- а) тщательно,
 - б) осторожно.
57. Пульпиты, возникающие после реставрации, связаны с ...
- а) повреждающим действием кислоты,
 - б) микроподтеканием и разгерметизацией пломбы.
58. Окрашивание краев прилегания реставрации происходит вследствие
- а) растворения композита в ротовой жидкости,
 - б) стирания композита,
 - в) усадки композита,
 - г) пористости композита,
 - д) нестабильности цвета композита.
59. Интенсивность света полимеризационной лампы должна быть в пределах ... мВт/см².
- а) 10-30,
 - б) 50-150,
 - в) 200-300,
 - г) 300-450,
 - д) 500-600.
60. Эндодонт – это ...
- а) пульпа и периодонт,
 - б) полость зуба и дентин, прилежащий к ней,
 - в) апикальный периодонт с цементом, кортикальная пластинка и губчатое вещество, окружающие верхушку корня,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно б, в.
61. В чем причина приступообразности боли при пульпите?
- а) ... в наличии артериоловеноулярных анастомозов и шунтировании крови,
 - б) ... в отеке периодонта,
 - в) ... в особенности функционирования вегетативной нервной системы.
62. При остром очаговом пульпите пациент жалуется на
- а) постоянную ноющую боль, усиливающуюся при накусывании,
 - б) острую самопроизвольную локализованную боль,

- усиливающуюся от всех видов раздражителей и в ночное время,
 - в) причинную боль, возникающую во время приема пищи, самопроизвольная боль отсутствует,
 - г) боль, усиливающуюся от горячего и уменьшающуюся от холодного,
 - д) боль, возникающую при прикосновении к определенному участку кожи лица.
63. Острый очаговый пульпит длится
- а) 6-8 часов
 - б) 10-14 часов
 - в) 40-48 часов
 - г) 7 суток
 - д) 14 суток
64. Поставьте диагноз. Боль в зубе при накусывании, кровотечение из кариозной полости. ЭОМ 40-60 мкА.
- а) хронический гангренозный пульпит,
 - б) хронический гипертрофический пульпит,
 - в) хронический фиброзный пульпит,
 - г) хронический периодонтит,
 - д) глубокий кариес.
65. При остром очаговом пульпите зондирование болезненно ...
- а) по всему дну кариозной полости,
 - б) во вскрытой точке полости зуба,
 - в) в устье корневого канала,
 - г) в одной точке плотного дна кариозной полости, в проекции рога пульпы,
 - д) в области эмалево-дентинной границы.
66. Острый диффузный пульпит. Дифференциальную диагностику проводят с ...
- а) глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, обострением хронического периодонтита,
 - б) острым очаговым пульпитом, обострением хронического пульпита, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита, невралгией тройничного нерва, альвеолитом, гайморитом,
 - в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
 - г) папиллитом, разрастанием периодонта,

д) острым диффузным пульпитом, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита.

67. Воспаление при периостите, в отличие от периодонтита, распространяется на ...

- а) костномозговое пространство,
- б) десну и переходную складку,
- в) пародонт,
- г) эндодонт,
- д) щеку.

68. Патологоанатомическая картина хронического фиброзного периодонтита:

- а) диффузное утолщение верхушечного участка периодонта, разрастание фиброзной ткани,
- б) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, деструкция компактной пластинки альвеолы, цемента и дентина корня; грануляции прорастают в костномозговые пространства и образуют свищи,
- в) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, грануляционная ткань заключена в фиброзную капсулу.

69. Острый очаговый пульпит. Показание к проведению биологического метода лечения - ...

- а) возраст 45 лет и старше,
- б) кариозная полость V класса по Блеку,
- в) электроодонтометрия не более 25 мкА,
- г) пародонтальные карманы глубиной 4 мм,
- д) зуб в дальнейшем будет опорой мостовидного протеза.

70. Девитализирующую пасту закрывают ...

- а) густым фосфат цементом,
- б) химическим композитом,
- в) дентин пастой,
- г) жидким водным дентином,
- д) стеклоиономерным цементом.

71. Минимальный срок восстановления костной ткани при деструктивных формах периодонтита -

- а) 3 – 4 недели,
- б) 1 – 2 месяца,
- в) 3 – 4 месяца,
- г) 6 – 9 месяцев,
- д) 12 – 24 месяца.

72. Цель инструментальной обработки канала - ...

- а) удалить содержимое полости зуба,
- б) снять слой наиболее инфицированного дентина со стенок полости зуба,
- в) создать условия для пломбирования канала,
- г) верно а, б, в,
- д) верно а, в.

73. Резистентная (противодействующая) форма корневого канала достигается путем создания...

- а) конусообразного расширения канала,
- б) апикального уступа,
- в) прямолинейного доступа к верхушке корня.

74. Эндодонтический инструмент перед его введением в канал ...

- а) должен быть абсолютно прямым,
- б) должен иметь легкий изгиб.

75. Формирование апикального уступа достигается ...

- а) созданием перед физиологическим апикальным отверстием 1-2 мм параллельных стенок и расширением его минимум до 25 размера,
- б) созданием перед физиологическим апикальным отверстием 4-5 мм параллельных стенок и расширением его минимум до 15 размера.

76. К какой функциональной группе эндодонтических инструментов относятся файлы? К инструментам для ...

- а) расширения устья корневого канала,
- б) прохождения корневого канала,
- в) расширения корневого канала,
- г) определения размера корневого канала,
- д) пломбирования корневого канала.

77. Ограничитель на эндодонтическом инструменте необходим для ...

- а) выбора необходимого размера инструмента,
- б) определения степени проходимости корневого канала,
- в) фиксации глубины погружения инструмента в корневой канал.

78. Корневой канал проходят

- а) Хедстром файлом,
- б) буравом,
- в) К-примером,
- г) Gates Glidden,

д) пульпэкстрактором.

79. Если препарирование канала начинают с самого большого файла от устья канала и постепенно уменьшают размеры файлов по мере продвижения к верхушке корня, то эта методика называется ...

- а) двойного расширения,
- б) Роана,
- в) от коронки вниз,
- г) шаг назад.

80. Комплексоны, используемые для химического расширения корневых каналов, обладают ... действием.

- а) некролитическим,
- б) декальцинирующим,
- в) протеолитическим,
- г) реминерализующим,
- д) все верно.

81. Тканевая концентрация антибиотика достигается путем его ... введения.

- а) внутримышечного,
- б) внутривенного,
- в) эндоканального.

82. Условия для пломбирования корневых каналов:

- а) зуб бессимптомный: нет боли, перкуссия безболезненна,
- б) корневой канал сухой,
- в) нет запаха разложения и выделений из корневого канала,
- г) верно а, б,
- д) верно а, б, в.

83. Гуттаперча индифферентна по отношению к тканям зуба и периодонта.

- а) не верно,
- б) верно

84. Техники пломбирования каналов гуттаперчей. Основной штифт продвигают на рабочую длину до апикального уступа и конденсируют его спредером. Затем в образовавшееся свободное пространство вводят дополнительный штифт и вновь конденсируют. Так до тех пор, пока не заполнят весь канал до устья.

- а) инъекционная техника,
- б) вертикальная конденсация,
- в) латеральная конденсация.

85. Подготовка корневого канала под опорный штифт. Направление штифта должно

- а) соответствовать оси зуба,
- б) быть перпендикулярным окклюзионной плоскости.

86. Бактериемия при стоматологических вмешательствах возможна при ...

- а) экстракции зуба,
- б) удалении зубного камня или хирургических вмешательствах на пародонте,

в) эндодонтическом лечении,

- г) верно б, в,
- д) верно а, б,
- е) верно а, б, в.

87. Операцию гемисекции можно проводить на ... зубе.

- а) 35,
- б) 47,
- в) 11,
- г) 24,
- д) 26.

88. Дезинфекция – это ...

- а) удаление белковых, жировых и механических загрязнений,
- б) уничтожение микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития: патогенных и непатогенных, в т.ч. спорообразующих,
- в) уничтожение или удаление с объектов патогенных микроорганизмов и их соединений.

89. Режим предстерилизационной очистки:

| | Температура
моющего р-ра, °С | Время выдержки,
минут |
|----|---------------------------------|--------------------------|
| А) | 22 | 60 |
| Б) | 40 | 40 |
| В) | 50 | 15 |
| Г) | 60 | 10 |
| Д) | 100 | 3 |

90. перевязочный материал стерилизуют ...

- а) автоклавированием,
- б) в сухожаровом шкафу,
- в) кипячением.

91. ВИЧ инактивируется при нагревании до 56°С в течение ...

- а) 6 часов,
- б) 3 часов,
- в) 1,5 часов,

- г) 30 минут,
д) 10 минут.
92. При повреждении кожных покровов во время операции, проведении стоматологических вмешательств или инъекций необходимо ...
- а) вымыть руки с мылом и обработать 3% р-ром хлорамина,
 - б) обработать рану 5% настойкой йода,
 - в) снять перчатки, выдавить кровь из раны, вымыть руки с мылом, обработать руки 70⁰ спиртом, смазать рану 5% настойкой йода.
93. При попадании крови пациента на слизистую оболочку глаз оператора необходимо ...
- а) промыть глаза 0,05 % р-ром перманганата калия,
 - б) протереть кожу век 70⁰ спиртом,
 - в) умыться с мылом,
 - г) закапать в глаза 30% р-р альбуцида
 - д) выплакаться.
94. Состояние спячки, из которой больной выходит на короткое время при громком окрике или торможении, рефлексy сохранены – это ...
- а) кома,
 - б) шок,
 - в) stupor,
 - г) sopor,
 - д) обморок
95. Какому виду коматозного состояния соответствует следующая клиника?
- Шейные вены набухают, изо рта выделяется окрашенная кровью пенная слюна. Лицо цианотично. Клонические и тонические судороги. Прикус языка. Непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Пульс учащен. Глазные яблоки отведены в сторону, зрачки широкие. Дыхание хриплое. Это кома ...
- а) алкогольная,
 - б) гипогликемическая,
 - в) апоплексическая (при кровоизлиянии в мозг),
 - г) диабетическая (гипергликемическая),
 - д) эпилептическая.
96. Быстрые мышечные сокращения, следующие друг за другом через короткие, но не равные промежутки

времени. Они начинаются обычно с лица, быстро переходят на конечности и все тело, приводят к нарушению дыхания, которое становится шумным, с хрипами. Кожа бледнеет. Это судороги ...

- а) клонические,
 - б) тонические.
97. Неотложная терапия ... комы: предохранить больного от ушибов, расстегнуть одежду, между коренными зубами ввести шпатель, обернутый полотенцем, удалить изо рта инородные тела, в/м ввести 10-15 мл 25% раствора магния сульфата, 2 мл 1% раствора димедрола или в/в медленно 2 мл седуксена на 10 мл 40% глюкозы. При наступлении сна будить больного или вводить какие-либо лекарства не следует.
- а) алкогольной комы,
 - б) гипогликемической комы,
 - в) апоплексической комы, (геморрагический инсульт),
 - г) диабетической комы,
 - д) эпилептического припадка.
98. Признаки кровотечения – кровь скапливается в полостях тела. Тип кровотечения - ...
- а) наружный,
 - б) внутренний,
 - в) артериальный,
 - г) венозный,
 - д) капиллярный.
99. Место пальцевого прижатия общей сонной артерии:
- а) поперечный отросток VI шейного позвонка,
 - б) скуловая дуга,
 - в) нижний край нижней челюсти перед m. masseter,
 - г) ветвь нижней челюсти.
100. Признаки ожога: некроз кожи до подкожного жирового слоя, бурокоричневой струи с различным в его толще рисунком тромбированных вен, струп не берется в складку. Степень тяжести ожога - ...
- а) I,
 - б) II,

- в) III а,
г) III б,

Ответы к варианту 2

| | | | |
|------|------|------|-------|
| 1-в | 26-а | 51-г | 76-в |
| 2-д | 27-а | 52-г | 77-в |
| 3-а | 28-в | 53-в | 78-в |
| 4-б | 29-а | 54-б | 79-в |
| 5-а | 30-б | 55-в | 80-б |
| 6-а | 31-а | 56-б | 81-в |
| 7-г | 32-б | 57-б | 82-д |
| 8-а | 33-в | 58-в | 83-б |
| 9-а | 34-б | 59-г | 84-в |
| 10-б | 35-б | 60-д | 85-а |
| 11-а | 36-г | 61-а | 86-д |
| 12-в | 37-б | 62-б | 87-б |
| 13-б | 38-б | 63-в | 88-в |
| 14-а | 39-а | 64-б | 89-в |
| 15-а | 40-б | 65-г | 90-а |
| 16-б | 41-а | 66-б | 91-г |
| 17-б | 42-г | 67-д | 92-в |
| 18-б | 43-г | 68-а | 93-г |
| 19-а | 44-в | 69-в | 94-г |
| 20-в | 45-д | 70-г | 95-д |
| 21-д | 46-б | 71-в | 96-а |
| 22-д | 47-б | 72-г | 97-д |
| 23-г | 48-в | 73-б | 98-б |
| 24-д | 49-б | 74-б | 99-а |
| 25-а | 50-в | 75-а | 100-г |

Вариант 3

- Органическая пленка, образующаяся на поверхности эмали, вследствие преципитации белков и гликопротеинов слюны; после механической очистки она целиком восстанавливается в течение нескольких часов - это
 - пелликула,
 - зубная бляшка,
 - кутикула.
- Анатомическая формула зубов постоянного прикуса ...
 - 3212 2123
3212 2123
 - 212 212
212 212
 - 4321 1234
4321 1234

д) IV.

г) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
14 15 16

32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20
19 18 17

д) 3 3 1 3 3 1 3 3

3 3 1 4 4 1 3 3

3. Какое определение эмали наиболее точное?

- обызвествленная ткань зуба; основное вещество пронизано трубочками, в которых циркулирует жидкость и расположены отростки клеток; изнутри каналцы покрыты тонкой органической пленкой,
 - обызвествленная ткань зуба, образованная призмами и межпризменным веществом, не содержит клеток,
 - обызвествленная ткань зуба, сходная с костной, лишенная сосудов, содержит клетки только на определенных участках корня зуба.
4. При развитии кариозного процесса одонтобласты продуцируют ...
- первичный дентин,
 - третичный дентин,
 - предентин,
 - дентикли,
 - вторичный дентин.

5. Защитная и репаративная функции пульпы осуществляется ...

- ...благодаря присутствию в пульпе большого количества нервных окончаний,
- ...благодаря деятельности одонтобластов,
- ...за счет находящихся в пульпе сосудов;
- ...путем выработки третичного дентина, развития гуморальных и клеточных реакций, воспаления.

6. Какие элементы являются составляющими поддерживающего аппарата зуба?

- язык, жевательная мускулатура, десна, цемент,
- цемент, пульпа, губы,
- пульпа, язык, десна,
- жевательная мускулатура, периодонт, губы,

- д) периодонт, цемент, стенка альвеолы, десна.
7. Какая поверхность называется «медиальная»?
- ближе к середине,
 - боковая,
 - более близкая (контактная),
 - более удаленная,
 - преддверная.
8. Доступ к полости зуба верхнего первого моляра должен формироваться в
- дистальной половине коронки,
 - центральной части коронки,
 - небной половине коронки,
 - щечной половине коронки,
 - медиальной половине коронки.
9. В молекуле гидроксиапатита гидроксильная группа OH^- может быть замещена на ионы
- Mg^{2+} , Sr^{2+} , H_3O^+ ,
 - Sr^{2+} , Mg^{2+} , F^- ,
 - H_3O^+ , Cl^- , F^- ,
 - Cl^- , F^- ,
 - F^- , H_3O^+ .
10. Критический уровень pH, при котором начинается деминерализация эмали зуба, ...
- 12,5 - 14,0,
 - 4,5 - 5,0,
 - 2,3 - 3,5,
 - 7,0 - 8,0,
 - 8,5 - 9,5.
11. Какой симптом не относится к возрастным изменениям зуба?
- стираемость эмали,
 - увеличение слоя цемента,
 - отложение третичного (заместительного) дентина,
 - обнажение шейки зуба,
 - уменьшение размеров полости зуба.
12. Назовите виды защитных реакций пульпы.
- воспаление,
 - проникновение ядросодержащей части одонтобластов в дентинные трубочки,
 - вакуолизация слоя одонтобластов,
 - гиперемия,
 - все вышеперечисленное верно.
13. Опрос пациента начинается с выяснения в первую очередь ...
- истории жизни,
 - анамнеза заболевания,
 - жалоб,
 - перенесенных заболеваний,
 - места работы.
14. Для проведения метода витального окрашивания используется раствор...
- основного фуксина,
 - йодиола,
 - фурациллина,
 - эритрозина,
 - метиленового синего
15. Гипоплазия постоянных зубов связана с нарушением обменных процессов ...
- в организме беременной,
 - в детском организме.
16. Первые моляры, размер коронки у которых около шейки больше, чем у жевательной поверхности, а бугры недоразвиты и, сходясь, придают зубу вид конуса. Это ...
- зубы Турнера,
 - зубы Гетчинсона,
 - зубы Фурнье,
 - зубы Пфлюгера.
17. Поставьте диагноз: Пациентка 20 лет обратилась с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. При осмотре обнаружены пигментированные пятна различной формы и величины на всех зубах, эмаль матового оттенка. Со слов пациентки появление пятен отмечает с детства. Подобные изменения отмечает у родственников и соседей, проживавших с ней в Тверской области, где она родилась.
- гипоплазия эмали,
 - кариес в стадии пятна,
 - пигментированный зубной налет,
 - флюороз,
 - эрозия эмали.
18. При наличии пятнистой формы флюороза проводят
- прием фторсодержащих таблеток,
 - протезирование зубов,
 - витамиотерапию и замену водоисточника,
 - отбеливание,
 - все вышеперечисленное.
19. Поставьте диагноз. Больная Д. 45 лет обратилась с жалобами на кратковременную боль, возникающую в зубах верхней челюсти при приеме кислой и холодной пищи, во время

чистки зубов. Боль беспокоит в течении нескольких лет. Сопутствующее заболевание – эндемический зоб. При осмотре: на вестибулярных поверхностях в пришеечной области 11 и 21 зубов имеется симметричная убыль эмали овальной формы с гладким, блестящим дном, размерами 3х4 мм, зондирование и термометрия болезненны.

- а) гипоплазия эмали,
- б) поверхностный кариес,
- в) флюороз,
- г) эрозия твердых тканей зуба,
- д) клиновидный дефект.

20. Поставьте диагноз. Пациент С. 52 лет обратился с целью санации полости рта. При осмотре: в пришеечной области 24, 25, 34, 35 зубов с вестибулярной поверхности имеются дефекты твердых тканей в виде двух площадок, сходящихся под углом. При зондировании пораженные участки зубов плотные и безболезненные, уровень прикрепления десны снижен.

- а) гипоплазия эмали,
- б) поверхностный кариес,
- в) флюороз,
- г) эрозия твердых тканей зуба,
- д) клиновидный дефект.

21. При наличии выраженных клиновидных дефектах проводят

- а) протезирование,
- б) отбеливание,
- в) наблюдение,
- г) пломбирование,
- д) реминерализующую терапию.

22. 1 степень стирания твердых тканей зуба характеризуется ...

- а) глубиной поражения до уровня полости зуба,
- б) стиранием эмали на буграх и по режущему краю,
- в) обнажением дентина.

23. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику гипоплазии эмали (пятнистая форма)?

- а) флюорозом (пятнистая и меловидно-крапчатая формы), кариесом в стадии пятна,
- б) поверхностным кариесом, флюорозом (эрозивная форма),

- в) некрозом твердых тканей зуба,
- г) эрозией твердых тканей зуба,
- д) клиновидным дефектом.

24. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику поверхностного кариеса?

- а) флюороз (пятнистая и меловидно-крапчатая формы),
- б) кариес в стадии пятна, некроз твердых тканей зуба, эрозия твердых тканей зуба, клиновидный дефект,
- в) гипоплазия, сопровождающаяся изменением анатомической формы коронки,
- г) гипоплазия эмали (пятнистая форма),
- д) флюороз (эрозивная форма).

25. Длительность лечения гипоплазии эмали (пятнистая форма) -

- а) одно посещение,
- б) одна неделя ежедневного лечения,
- в) один месячный курс лечения,
- г) три месячных курса общей и три месячных курс местной реминерализующей терапии в течение года.

26. Для отбеливания зубов используют

- а) перекись карбамида 10%-20%-35%
- б) перекись водорода 3%
- в) ортофосфорную кислоту 40%
- г) малеиновую кислоту 5%
- д) ЭДТА 10%

27. Распространенность кариеса – это - ...

- а) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У),
- б) разность индексов КПУ у одного и того же лица/контингента через определенный срок,
- в) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы.

28. Реакция среды кислая, если

- а) $pH < 7$,
- б) $pH > 7$.

29. В возникновении кариеса ведущая роль принадлежит:

- а) *Staphylococcus aureus*,
- б) *Candida albicans*,
- в) *Lactobacillus*,
- г) *Veillonella*,

д) Streptococcus mutans.

30. Какие методы исследования помогают дифференцировать кариозное пятно от пятна при флюорозе и гипоплазии эмали?

- а) рентгенография,
- б) термометрия,
- в) люминесцентная УФО стоматоскопия.

31. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на контактной поверхности резца или клыка без нарушения целостности режущего края, угла?

- а) I класс
- б) II класс
- в) III класс
- г) IV класс
- д) V класс
- е) VI класс (атипичный)

32. Что относится к экзогенным методам фторпрофилактики?

- а) покрытие зубов фторлаком, полоскания полости рта фторидсодержащими растворами,
- б) фторирование молока, соли, питьевой воды.

33. Цели вторичной профилактики:

- а) не допустить возникновения заболевания путем устранения причин и условий развития патологического процесса,
- б) предотвращение дальнейших стадий развития патологического процесса и рецидивов,
- в) предотвращение потери функции и восстановление функции после ее потери.

34. Через какой промежуток времени от момента фторизации водопроводной воды отмечается снижение заболеваемости кариесом у молодых?

- а) 5 лет,
- б) 2 месяца,
- в) 1 год,
- г) 6 месяцев,
- д) 2 года.

35. Метод глубокого фторирования (А. Кнапфост, 1998) – это

- а) образование гидроксифторapatита и увеличение концентрации ионов

кальция, фосфора и фтора в поверхностном слое эмали,

- б) образование субмикроскопических кристалликов фторида кальция (CaF_2) не на поверхности, а непосредственно в порах разрыхленной зоны эмали, канальцах дентина или в зубном цементе.

36. Минерализующая функция слюны возможна благодаря её ...

- а) перенасыщения ионами кальция, магния, фосфата и хлора,
- б) подкисления продуктами питания,
- в) подщелачивания средствами гигиены полости рта,
- г) все вышеперечисленное верно,
- д) все вышеперечисленное не верно.

37. Реминерализация эмали и дентина возможна в тех участках, где

- а) сохранена структура белковой матрицы,
- б) белковая матрица денатурирована,
- в) во всех участках, т.к. структура белковой матрицы не влияет на процесс реминерализации.

38. Утверждение, что кариес – инфекционное заболевание

- а) верно,
- б) не верно.

39. Максимальное давление, испытываемое зубом при смыкании зубных рядов во время жевания, достигает

- а) 45-90 кг,
- б) 20-30 кг,
- в) 8-12 кг,
- г) 100-120 кг,
- д) 150-200 кг.

40. Резистентная форма полости достигается за счет

- а) тщательного удаления кариозного дентина и остатков старых пломб,
- б) широкого доступа и удобства манипуляций,
- в) дивергирующих или конвергирующих с расхождением в $2-5^\circ$ (не более 10°) на окклюзионной и проксимальной поверхностях стенок,
- г) относительно плоского дна, ящикообразной формы, сведения к минимуму расширения в щечно-язычном направлении, покрытия

- бугров, если дефект занимает $\frac{1}{2}$ или больше их склона,
 д) все вышеперечисленное верно.
41. Адекватная толщина для амальгамы
 а) 0,5 мм,
 б) 1 мм,
 в) 1,5 мм,
 г) 2 мм,
 д) 2,5 мм.
42. При препарировании без водяного охлаждения температура поверхности бора достигает
 а) 45° - 60° С,
 б) 64° - 100° С,
 в) 75° - 113° С,
 г) 93° - 260° С,
 д) 150° - 340° С.
43. Достоинства традиционного препарирования
 а) долговечность пломб, низкая частота рецидивного кариеса,
 б) сохранение непораженных тканей зуба, простота, малые трудозатраты, меньшие затраты материалов.
44. Индикаторы кариеса
 а) р-р метиленового синего,
 б) р-р Шиллера-Писарева, р-р эритрозина,
 в) р-р глюконата кальция и р-р фтористого натрия,
 г) р-р крезофена,
 д) р-р метиленового красного, р-р основного фуксина.
45. ART-методика предусматривает
 а) щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта, консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
 б) доступ к небольшой аппроксимально расположенной кариозной полости получают через жевательную поверхность, оставляя нетронутым маргинальный край коронки зуба,
 в) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция/дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
- г) пломбирование полости без препарирования материалами, обладающими противокариозным действием,
 д) все верно.
46. Классификация пломбировочных материалов М.М. Гернера (1984)
 а) амальгамы, композиты, стеклоиономерные цементы, силанты,
 б) макрофилы, микрофилы, гибридные материалы, компомеры,
 в) фиксирующие, восстановительные (для эстетической реставрации, для нагруженной реставрации) подкладочные, для obturации каналов,
 г) постоянные, временные, лечебные, для заполнения корневых каналов.
47. Время схватывания серебряной амальгамы
 а) не более 30 мин,
 б) не более 10 минут,
 в) не более 30 секунд,
 г) не более часа,
 д) не более 8 часов.
48. Продукты коррозии амальгамовой пломбы выделяются
 а) только в ротовую полость,
 б) только в твердые ткани зуба,
 в) и в ротовую полость и в твердые ткани зуба.
49. Свойства стеклоиономерных цемента: ...
 а) отсутствие химической адгезии к твердым тканям зуба,
 б) гидрофильность, послеоперационная чувствительность зуба,
 в) отсутствие химической адгезии к металлам и композитам,
 г) высокая прозрачность, полируемость, вязкость,
 д) все верно.
50. СИЦ. Послеоперационная болевая чувствительность зуба обусловлена ...материала.
 а) усадкой,
 б) щелочностью,
 в) кислотностью,
 г) экзотермической реакцией полимеризации,
 д) гидрофильностью.

51. Поверхность СИЦ, вносимого в полость, должна быть ...
- а) глянцевой,
 - б) матовой.
52. Реставрация – это ...
- а) процесс восстановления разрушенных зубов,
 - б) коррекции эстетических и функциональных параметров зубов композитными материалами,
 - в) восстановление зубов непосредственно в полости рта в одно посещение,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно б, в.
53. Типы полимеризации композитов: ...
- а) световой,
 - б) химический,
 - в) тепловой,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно а, б.
54. Как называется верхний слой композита, образующийся в процессе его полимеризации?
- а) смазанный,
 - б) гибридный,
 - в) кислородом ингибированный.
55. Полимеризационная усадка композитов составляет ... объемных %.
- а) 0,04-0,1,
 - б) 0,1-1,0,
 - в) 2 - 5,
 - г) 5 - 10,
 - д) 10 - 20.
56. Полимеризационная деформация химического композита происходит ...
- а) в центре или на поверхности пломбы,
 - б) на периферии пломбы у стенок кариозной полости,
57. В макрогибридных композитах размеры частиц наполнителя ...микрон.
- а) 8-12 мк и больше,
 - б) 1-5 мк,
 - в) 0,04-0,1 мк,
 - г) 8-12 мк и 0,04-0,1 мк,
 - д) 1-5 мк и 0,04-0,1 мк.
58. Техника ламинирования «макрофил-микрофил» показана при реставрации полостей ... класса.
- а) I,
 - б) II,
 - в) III,
 - г) IV,
 - д) V.
59. Протравливание дентина необходимо для ...
- а) удаления смазанного слоя,
 - б) дезинфекции дентина,
 - в) растворения некротизированного дентина.
60. Для высушивания полости после травления струю воздуха направляют ...
- а) на эмаль с расстояния 5-10 см,
 - б) прямо на дентин с расстояния 0,5-1 см.
61. После тотального протравливания твердых тканей их контакт со слюной не допускается.
- а) верно,
 - б) не верно.
62. Краевая проницаемость пломб – это ...
- а) образование щели между тканями зуба и пломбой,
 - б) образование пор внутри материала.
63. Расставьте этапы реставрации в их правильной последовательности.
Послойное внесение материала – 1,
Шлифование и полирование пломбы – 2,
Профессиональная чистка зубов – 3,
Выбор оттенков материала – 4,
Препарирование полости – 5,
Изоляция операционного поля от ротовой полости – 6,
Обезболивание – 7,
Финишная полимеризация – 8,
- а) 1, 2, 8, 4, 5, 7, 6, 3,
 - б) 3, 4, 7, 6, 5, 1, 2, 8,
 - в) 7, 5, 6, 1, 2, 4, 3, 8,
 - г) 6, 3, 8, 4, 1, 5, 2, 7,
 - д) 3, 4, 5, 1, 7, 2, 8, 6.
64. Старение пульпы проявляется в виде
- а) уменьшения объема полости зуба, за счет отложения вторичного дентина,
 - б) склероза, фиброза,
 - в) кальцификации,
 - г) снижения количества клеток и увеличение соединительно-тканых волокон,
 - д) все верно.
65. При воспалении пульпы показания электроодонтометрии ...
- а) уменьшаются,
 - б) увеличиваются,
 - в) остаются без изменений.

66. Поставьте диагноз. Заболевание протекает бессимптомно, может быть боль от горячего. Полость зуба открыта, болезненно глубокое зондирование, ЭОМ 70-90 мкА, на рентгенограмме расширение периодонтальной щели, перкуссия безболезненна.

- а) хронический гангренозный пульпит,
- б) хронический гипертрофический пульпит,
- в) хронический фиброзный пульпит,
- г) хронический периодонтит,
- д) глубокий кариес.

67. При остром диффузном пульпите зондирование болезненно ...

- а) по всему дну кариозной полости,
- б) во вскрытой точке полости зуба,
- в) в устье корневого канала,
- г) в одной точке плотного дна кариозной полости, в проекции рога пульпы,
- д) в области эмалево-дентинной границы.

68. Хронический фиброзный пульпит. Дифференциальную диагностику проводят с ...

- а) глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, обострением хронического периодонтита,
- б) острым очаговым пульпитом, обострением хронического пульпита, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита, невралгией тройничного нерва, альвеолитом, гайморитом,
- в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
- г) папиллитом, разрастанием периодонта,
- д) хроническим периодонтитом.

69. При остром периостите боль ...

- а) локализована в области причинного зуба,
- б) локализована в половине челюсти,
- в) иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва,
- г) локализована в участке челюсти.

70. Если размер очага деструкции костной ткани в периапикальной области до 5 мм, то это ...

- а) гранулематозный периодонтит,
- б) радикулярная киста,
- в) кистогранулема,

- г) пульпит,
- д) пародонтальная киста.

71. Острый очаговый пульпит. Противопоказание к проведению биологического метода лечения пульпита - ...

- а) отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях на рентгеновском снимке,
- б) возраст 20 – 30 лет,
- в) воспалительные заболевания пародонта,
- г) кариозная полость I класса по Блеку,
- д) электроодонтометрия 10 мкА.

72. Девитализирующую пасту накладывают на ...

- а) вскрытую точку полости зуба,
- б) невскрытую точку полости зуба.

73. Основной принцип инструментальной обработки корневого канала - ...

- а) открытие прямолинейного доступа к верхушке корня,
- б) максимальное расширение корневого канала,
- в) выравнивание стенок корневого канала.

74. Если инструмент «зажал» в корневом канале нужно ...

- а) поршнеобразно выводить его из канала,
- б) ослабить его, вращая против часовой стрелки.

75. В соответствии со стандартами ISO на торце и боковой поверхности ручки эндодонтических инструментов напечатана цифра. Что она указывает?

- а) диаметр конца режущей части инструмента,
- б) диаметр середины инструмента,
- в) диаметр основания инструмента,
- г) конусность инструмента,
- д) длину рабочей части инструмента.

76. При экстирпации пульпы в хорошо проходимых корневых каналах пульпэкстрактор вводят ...

- а) за анатомическую верхушку корня,
- б) до физиологической верхушки корня,
- в) на 2/3 длины корня,
- г) на 1/2 длины корня,
- д) на 1/3 длины корня.

77. Корневой канал расширяют

- а) корневой иглой,
- б) пульпэкстрактором,
- в) К-примером,
- г) К-файлом,
- д) спредером.

78. Если препарирование канала начинают от верхушки корня с меньшего файла, каждый последующий инструмент на размер больше и вводится на 1 мм короче, то эта методика называется ...

- а) двойного расширения,
- б) Роана,
- в) от коронки вниз,
- г) шаг назад.

79. Для химического расширения кальцифицированных корневых каналов используют ...

- а) 3 % р-р гипохлорида натрия,
- б) 3 % р-р перекиси водорода,
- в) 2 % р-р хлорамина,
- г) р-р йодиола,
- д) 20 % р-р ЭДТА.

80. Для лечения периодонтита антибиотики оставляют в корневых каналах сроком до ...

- а) 2 часов,
- б) 12 часов,
- в) 24 часов,
- г) 48 часов,
- д) 72 часов.

81. Высушивание канала осуществляют ...

- а) ватным валиком,
- б) струей воздуха,
- в) бумажным штифтом (адсорбером).

82. Гуттаперча обладает адгезией к стенкам корневого канала.

- а) верно,
- б) не верно.

83. Техники пломбирования каналов гуттаперчей. Основной штифт продвигают на рабочую длину до апикального уступа. Выступающую над устьем канала часть штифта срезают. Раскаленным спредером размягчают гуттаперчу внутри канала и холодным плагером утрамбовывают её.

- а) инъекционная техника,
- б) вертикальная конденсация,
- в) латеральная конденсация.

84. Подготовка корневого канала под опорный штифт. Соотношение между

наддесневой и поддесневой частью штифта - ...

- а) 1 : 1,
- б) 1 : 4,
- в) 1 : 2.

85. Показания к профилактической антибиотикотерапии при проведении эндодонтических процедур у пациентов:

...

- а) обострение хронического периодонтита с обширными деструктивными изменениями у апекса,
- б) подвижность зубов,
- в) сопутствующие заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитным состоянием,

- г) верно а, б, в,
- д) верно а, в.

86. Операцию коронорадикулярной сепарации можно проводить на ... зубе.

- а) 46,
- б) 17,
- в) 21,
- г) 24,
- д) 43.

87. Стерилизация – это ...

- а) удаление белковых, жировых и механических загрязнений,
- б) уничтожение микроорганизмов всех видов, находящихся на всех стадиях развития: патогенных и непатогенных, в т.ч. спорообразующих,
- в) уничтожение или удаление с объектов патогенных микроорганизмов и их соединений.

88. Режим стерилизации воздушным методом:

| | Температура в стерилизационной камере, °C | Время выдержки, минут |
|----|---|-----------------------|
| а) | 180 | 180 |
| б) | 180 | 60 |
| в) | 60 | 180 |
| г) | 60 | 60 |
| д) | 100 | 3 |

89. Холодной стерилизации подвергаются ...

- а) боры, эндодонтические инструменты, зонды, пинцеты,
- б) зеркала, скальпеля.

90. ВИЧ погибает при кипячении в течении ... минут.

- а) 1 - 5,
- б) 5 - 10,
- в) 10 – 15,
- г) 15 – 20,
- д) 20 – 30.

91. Больные ВИЧ-инфекцией имеют право на получение медицинской помощи ...

- а) только в территориальном центре СПИДа,
- б) в кожно-венерологическом диспансере,
- в) в инфекционном стационаре,
- г) в любом ЛПУ.

92. При попадании крови пациента на слизистую оболочку полости рта оператора необходимо прополоскать рот и горло ...

- а) 70⁰ спиртом,
- б) 0,05% р-ром перманганата калия,
- в) 3% р-ром хлорамина,
- г) верно а, б, в,
- д) верно а, б.

93. Острая сосудистая недостаточность, внезапная кратковременная потеря сознания вследствие недостаточного кровоснабжения мозга – это ...

- а) кома,
- б) шок,
- в) stupor,
- г) sopor,
- д) обморок.

94. Клинические признаки отека мозга:

- а) шейные вены набухают, лицо цианотично;
- б) холодный пот, вялость, адинамия;
- в) мучительные головные боли, одутловатость лица, рвота, нарушение ритма сердечной деятельности, дыхания, повышение t° тела.

95. Длительные мышечные сокращения, возникают медленно и длятся долго. Это судороги ...

- а) клонические,

б) тонические.

96. Признаки кровотечения – ярко-красная кровь бьет пульсирующей струей под давлением. Тип кровотечения - ...

- а) наружный,
- б) внутренний,
- в) артериальный,
- г) венозный,
- д) капиллярный.

97. Способ остановки артериального кровотечения:

- а) пальцевое прижатие кровеносного сосуда, наложение жгута или закрутки (выше раны) и тугой давящей повязки;
- б) тампонада раны, тугая давящая повязка, возвышенное положение конечности;
- в) кровотечение прекращается самостоятельно.

98. Место пальцевого прижатия поперечной артерии лица:

- а) поперечный отросток VI шейного позвонка,
- б) скуловая дуга,
- в) нижний край нижней челюсти перед m. masseter,
- г) ветвь нижней челюсти.

99. Ожоговая болезнь развивается при ожогах, занимающих у взрослых более ... поверхности тела.

- а) 1% ,
- б) 5%,
- в) 9%,
- г) 10%,
- д) 20%.

100. Непроизвольные мышечные сокращения это-....

- а) рефлексы
- б) судороги

Ответы к варианту 3

| | | | |
|------|------|------|-------|
| 1-а | 26-а | 51-а | 76-в |
| 2-а | 27-в | 52-г | 77-г |
| 3-б | 28-а | 53-г | 78-г |
| 4-б | 29-д | 54-в | 79-д |
| 5-г | 30-д | 55-в | 80-г |
| 6-а | 31-в | 56-а | 81-в |
| 7-а | 32-а | 57-г | 82-б |
| 8-д | 33-б | 58-г | 83-б |
| 9-г | 34-д | 59-а | 84-в |
| 10-б | 35-б | 60-а | 85-г |
| 11-в | 36а | 61+а | 86-а |
| 12-д | 37-а | 62-а | 87-б |
| 13-в | 38-а | 63-б | 88-б |
| 14-д | 39-а | 64-д | 89-б |
| 15-б | 40-г | 65-б | 90-а |
| 16-г | 41-в | 66-а | 91-г |
| 17-г | 42-г | 67-а | 92-д |
| 18-г | 43-а | 68-в | 93-д |
| 19-г | 44-д | 69-г | 94-в |
| 20-д | 45-г | 70-а | 95-б |
| 21-г | 46-г | 71-в | 96-в |
| 22-б | 47-а | 72-а | 97-а |
| 23-а | 48-в | 73-а | 98-г |
| 24-б | 49-б | 74-б | 99-г |
| 25-г | 50-д | 75-а | 100-а |

Вариант 4

1. Структура, прикрепленная к поверхности эмали, которая состоит из скопления микроорганизмов различных видов, погруженных в матрикс, образованный продуктами их жизнедеятельности, компонентами слюны и неорганическими соединениями – это ...

- а) пелликула,
- б) зубная бляшка,

в) кутикула.

2. Возрастные изменения эмали:

- а) стирание бугров, образование контактных площадок, снижение проницаемости,
- б) уменьшение размеров пульпарной камеры, образование кальцификатов,
- в) патологическое стирание, увеличение проницаемости,
- г) пигментация, разрушение коронок,

- д) деминерализация, образование дефектов.
3. Какое определение цемента наиболее точное?
- а) обызвествленная ткань зуба; основное вещество пронизано трубочками, в которых циркулирует жидкость и расположены отростки клеток; изнутри каналцы покрыты тонкой органической пленкой,
 - б) обызвествленная ткань зуба, образованная призмами и межпризменным веществом, не содержит клеток,
 - в) обызвествленная ткань зуба, сходная с костной, лишенная сосудов, содержит клетки только на определенных участках корня зуба.
4. Самой болезненной зоной при препарировании зуба является
- а) эмаль,
 - б) дентин,
 - в) цемент,
 - г) эмалево-дентинная граница,
 - д) дентино-цементная граница.
5. Клеточный состав пульпы представлен
- а) одонтобластами,
 - б) фибробластами,
 - в) макрофагами,
 - г) все вышеперечисленное верно,
 - д) все вышеперечисленное не верно.
6. Дайте термину «конвергенция» определение.
- а) ближе к середине,
 - б) боковая,
 - в) схождение,
 - г) более близкая (контактная),
 - д) расхождение.
7. Какая поверхность называется «латеральная»?
- а) ближе к середине,
 - б) боковая,
 - в) более близкая (контактная),
 - г) более удаленная,
 - д) преддверная.
8. Дайте термину «петрификаты» определение.
- а) ...диффузные участки обызвествления, обнаруживающиеся в корневом канале по периферии и в стенке сосудов, характеризуются слиянием

- мелких участков отложения кристаллов гидроксиапатита,
- б) ...локальные округлые или неправильной формы обызвествленные образования до 2-3 мм, лежащие в коронковой или устьевой пульпе; делятся на высокоорганизованные (пронизаны трубочками) и низкоорганизованные (лишены трубочек),
 - в) ...любые обызвествленные структуры.
9. От каких факторов зависит резистентность твердых тканей зубов к действию кислот?
- а) ...от количества фторида кальция,
 - б) ...от кальция избыточности гидроксиапатита, фтористых замещений гидроксила в гидроксиапатите,
 - в) ...от кальция недостаточности гидроксиапатита,
 - г) ни от каких вышеперечисленных факторов не зависит,
 - д) зависит от всех вышеперечисленных факторов.
10. Каково в среднем расстояние от режущего края резцов до пульпы у молодых людей?
- а) 2,5 - 3,0 мм,
 - б) 3,5 - 5,0 мм,
 - в) 2,0 - 2,5 мм.
11. Рецепторная («одонтобластических преобразований») гипотеза чувствительности дентина имеет следующее обоснование:
- а) различные воздействия на дентинные трубочки обуславливают ударные перемещения дентинной жидкости, которые вызывают раздражение свободных нервных окончаний в пульпе,
 - б) восприятие раздражения осуществляется нервными окончаниями в области эмалево-дентинной границы,
 - в) сами одонтобласты являются клетками, воспринимающими раздражение своими отростками и передающими его на нервные волокна
12. Какие клетки участвуют в синтезе коллагеновых волокон периодонта?

- а) фибробласты, остеобласты, цементобласты,
 - б) лейкоциты, эритроциты, тромбоциты,
 - в) макрофаги, остеокласты.
13. При опросе пациента врач стоматолог должен, прежде всего, выяснить:
- а) жалобы, перенесенные и сопутствующие заболевания,
 - б) жалобы, развитие заболевания, анамнез жизни,
 - в) жалобы, домашний адрес, место работы,
 - г) жалобы, место работы, анамнез жизни, вредные привычки,
 - д) жалобы, развитие заболевания, перенесенные и сопутствующие заболевания, вредные привычки, переносимость лекарственных веществ.
14. Для проведения метода люминесцентной стоматоскопии необходимо иметь ...
- а) краситель,
 - б) электроодонтометр,
 - в) рН – метр,
 - г) источник ультрафиолетового излучения,
 - д) рентгеновский аппарат.
15. Местная гипоплазия проявляется только на зубах постоянного прикуса. Утверждение ...
- а) верно,
 - б) неверно.
16. Зубы Гетчинсона являются клиническим проявлением ...
- а) осложненного кариеса,
 - б) гиперплазии эмали,
 - в) эндемического флюороза,
 - г) гипоплазии твердых тканей зуба,
 - д) несовершенного амелогенеза.
17. Поражение твердых тканей зуба при флюорозе носит
- а) системный характер,
 - б) местный характер.
18. При какой форме флюороза целесообразно проводить отбеливание эмали?
- а) при любой форме,
 - б) деструктивной,
 - в) эрозивной,
 - г) меловидно-крапчатой,
 - д) пятнистой и штриховой.
19. Какие факторы усугубляют течение эрозии твердых тканей зуба?
- а) неудовлетворительная гигиена полости рта,
 - б) употребление кислых продуктов, использование жесткой зубной щетки,
 - в) бруксизм,
 - г) работа с цементом,
 - д) работа с гербицидами.
20. Для клиновидного дефекта характерны:
- а) безболезненность дефектов (боль иногда), локализация на вестибулярной и оральной поверхности всех групп зубов, поражение эмали, дентина и цемента,
 - б) безболезненность дефектов, локализация на жевательной поверхности, поражение эмали и дентина,
 - в) гиперестезия, локализация на вестибулярной поверхности верхних фронтальных зубов, поражение эмали и дентина.
21. Отсутствие интенсивной болевой реакции при глубоких клиновидных дефектах связано с ...
- а) некрозом пульпы,
 - б) некрозом твердых тканей зуба,
 - в) обнажением корня зуба,
 - г) склерозированием дентина и облитерацией полости зуба,
 - д) все вышеперечисленное верно.
22. 2 степень стирания твердых тканей зуба характеризуется ...
- а) глубиной поражения до уровня полости зуба,
 - б) стиранием эмали на буграх и по режущему краю,
 - в) обнажением дентина.
23. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику флюороза (пятнистая и меловидно-крапчатая формы)?
- а) поверхностный кариес,
 - б) гипоплазия, сопровождающаяся дефектом эмали,
 - в) некроз твердых тканей зуба,
 - г) эрозия твердых тканей зуба,
 - д) гипоплазия эмали (пятнистая форма), кариес в стадии пятна.

24. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику флюороза (эрозивная форма)?
- а) флюороз (пятнистая и меловидно-крапчатая формы), гипоплазия, сопровождающаяся дефектом эмали,
 - б) кариес в стадии пятна,
 - в) некроз твердых тканей зуба,
 - г) эрозия твердых тканей зуба,
 - д) клиновидный дефект.
25. . Интенсивность кариеса – это
- а) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У),
 - б) разность индексов КПУ у одного и того же лица/контингента через определенный срок,
 - в) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы.
26. Реакция среды щелочная, если
- а) $pH < 7$,
 - б) $pH > 7$.
27. Для диагностики какой стадии кариеса применяют метод витального окрашивания?
- а) начальной,
 - б) поверхностной,
 - в) средней,
 - г) глубокой.
28. Оптимальная концентрация фторидов в питьевой воде для обычных климатических условий в мг/л:
- а) $0,5 \pm 0,2$
 - б) $1,0 \pm 0,2$
 - в) $1,5 \pm 0,2$
 - г) $2,0 \pm 0,2$
 - д) $2,5 \pm 0,2$
29. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на режущем крае передних зубов и верхушке жевательных бугров боковых зубов?
- а) I класс
 - б) II класс
 - в) III класс
 - г) IV класс
 - д) V класс
 - е) VI класс (атипичный)
30. Консервативные границы суточного потребления фторида. Каков верхний суточный уровень фторида для взрослого мужчины с массой тела 65 кг?
- а) 2,90 мг
 - б) 2,23 мг
 - в) 2,12 мг
 - г) 1,45 мг
 - д) 0,78 мг
31. Цели третичной профилактики:
- а) не допустить возникновения заболевания путем устранения причин и условий развития патологического процесса,
 - б) предотвращение дальнейших стадий развития патологического процесса и рецидивов,
 - в) предотвращение потери функции и восстановление функции после ее потери.
32. Для проведения «глубокого фторирования» используют раствор
- а) фторида натрия 2 %,
 - б) фторида натрия 0,2 %,
 - в) флюокаль,
 - г) эмаль-, дентин герметизирующего ликвида,
 - д) монофторфосфата 1,1%.
33. Реминерализация - это
- а) частичное или полное восстановление минеральных компонентов эмали зуба за счет ионов, растворенных в ротовой жидкости или реминерализующих растворах,
 - б) частичное или полное восстановление минеральных компонентов дентина за счет ионов, растворенных в дентином ликворе или лечебных прокладках,
 - в) все вышеперечисленное верно,
 - г) все вышеперечисленное не верно.
34. По рекомендации ВОЗ фторировать воду необходимо при концентрации фторид иона
- а) 0,1 мг/л и менее,
 - б) 0,3 мг/л и менее,
 - в) 0,5 мг/л и менее,
 - г) 1 мг/л и менее
 - д) 1,5 мг/л и менее.
35. Техническая целесообразность препарирования и формирования

- кариозной полости связана с необходимостью ...
- а) распределения жевательного давления и рассредоточивания нагрузки,
 - б) сцепления зуба с пломбой / вкладкой и сохранения анатомической связи,
 - в) верно а,
 - г) верно б,
 - д) верно а, б.
36. Ретенционная форма полости достигается за счет
- а) тщательного удаления кариозного дентина и остатков старых пломб,
 - б) широкого доступа и удобства манипуляций,
 - в) дивергирующих или конвергирующих с расхождением в $2-5^\circ$ (не более 10°) на окклюзионной и проксимальной поверхностях стенок,
 - г) относительно плоского дна, ящикообразной формы, сведения к минимуму расширения в щечно-язычном направлении, покрытия бугров, если дефект занимает $\frac{1}{2}$ или больше их склона,
 - д) все вышеперечисленное верно.
37. Угол дивергенции/конвергенции стенок составляет
- а) $1^\circ-2^\circ$,
 - б) $2^\circ-5^\circ$,
 - в) $2^\circ-10^\circ$,
 - г) $10^\circ-15^\circ$,
 - д) $10^\circ-20^\circ$.
38. Для состояния пульпы большее значение имеет
- а) вид и химический состав пломбировочных материалов,
 - б) наличие микроорганизмов под пломбой.
39. Достоинства модифицированного препарирования
- а) долговечность пломб, низкая частота рецидивного кариеса,
 - б) сохранение непораженных тканей зуба, простота, малые трудозатраты, меньшие затраты материалов.
40. Методика работы с индикатором кариеса
- а) краситель наносят на стенки и дно полости и сразу же смывают его водой,
 - б) краситель наносят на стенки и дно полости в течение одной минуты, затем смывают его водой,
 - в) краситель наносят на стенки и дно полости в течение 30 секунд, затем смывают его водой,
 - г) краситель наносят на стенки и дно полости в течение 10 секунд, затем смывают его водой.
41. ART-методика рекомендована ВОЗ для оказания стоматологической помощи
- а) жителям бедных регионов,
 - б) непривилегированным группам городского населения,
 - в) беженцам,
 - г) эмигрантам,
 - д) все верно.
42. Какие функциональные требования предъявляются восстановительному элементу пломба/вкладка?
- а) восстановление барьерной функции эмали,
 - б) восстановление физиологических функций зуба,
 - в) восстановление контактного пункта,
 - г) верно а, в,
 - д) все верно.
43. Окончательная кристаллизация амальгамы наступает через
- а) 30 минут,
 - б) 10 минут,
 - в) 30 секунд,
 - г) час,
 - д) 6-8 часов.
44. Продукты коррозии амальгамовой пломбы
- а) являются причиной изменения цвета зуба,
 - б) обладают кариесстатическим эффектом,
 - в) являются причиной тусклой поверхности пломбы,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно а, в.
45. СИЦ образуют с кальцием (апатитами) эмали и дентина ... связи
- а) ионные,
 - б) водородные.
46. СИЦ необходимо накладывать на ...
- а) тщательно высушенный дентин,

- б) слегка увлажненный дентин.
47. Для изоляции открытой поверхности СИЦ используют ...
- а) светополимеризуемый эмалевый адгезив,
 - б) фиссурный герметик или изолирующий лак,
 - в) вазелин,
 - г) верно а, б,
 - д) верно а, б, в.
48. Абсолютные противопоказания для реставрации - ...
- а) наличие у пациента водителя сердечного ритма (Pass-Maker), аллергическая реакция пациента на элементы адгезивной системы или самого композита,
 - б) сочетание патологической стираемости и прямого прикуса, повышенная окклюзионная нагрузка (бруксизм, вредные привычки),
 - в) невозможность изолировать операционное поле от крови, слюны,
 - г) поддесневое распространение кариеса,
 - д) ситуация, когда все окклюзионные контакты будут располагаться только на композите.
49. В каких материалах реакция полимеризации осуществляется в результате образования свободных радикалов при смешивании перекиси бензоила и амина?
- а) ... в светополимерах,
 - б) ... в химических полимерах.
50. Недостатки композитов световой полимеризации - ...
- а) незначительное время переработки, возможны ошибки при замешивании, содержат больше пор вследствие попадания воздуха при замешивании материала,
 - б) полимеризационная усадка,
 - в) необходимость послойного внесения ПМ – слой не более 2 мм, значительные затраты рабочего времени,
 - г) верно а, б,
 - д) верно б, в.

51. В слое, ингибированном кислородом, пломбировочный материал ... полимеризован.
- а) полностью
 - б) не полностью
52. В световом композите полимеризация начинается ...
- а) в месте наиболее приближенном к источнику света,
 - б) в месте наиболее отдаленном от источника света,
 - в) равномерно во всех участках пломбы,
 - г) в самом теплом месте полости (у пульпарной стенки),
 - д) в самом холодном месте полости (у эмалевого края).
53. В микрогибридных композитах размеры частиц наполнителя ...микронов.
- а) 8-12 мк и больше,
 - б) 1-5 мк,
 - в) 0,04-0,1 мк,
 - г) 8-12 мк и 0,04-0,1 мк,
 - д) 1-5 мк и 0,04-0,1 мк.
54. Слой, образующийся в результате препарирования дентина и состоящий из обрывков коллагена, неорганических «опилок», остатков пищи и микроорганизмов, кашицеобразно смешанных с водой, называется ...
- а) гибридным,
 - б) кислородом ингибированным,
 - в) смазанным.
55. Для кислотного протравливания твердых тканей зуба используют фосфорную кислоту ...% концентрации.
- а) 70-90,
 - б) 50-60,
 - в) 40-50,
 - г) 30-40,
 - д) 20-30.
56. Величина адгезии к протравленному влажному дентину ..., чем к пересушенному.
- а) больше,
 - б) меньше.
57. Sandwich-техника пломбирования предполагает использование ...
- а) фосфат-цемента и силидонта,
 - б) стеклоиономерного цемента и амальгамы,
 - в) фосфат-цемента и композита,

- г) стеклоиономерного цемента и композита,
 д) все верно.
58. Краевая проницаемость пломб связана с
 а) полимеризационной усадкой композита,
 б) растворимостью композита.
59. Выбор цвета реставрационного материала проводят на ...
 а) тщательно высушенной эмали,
 б) влажной эмали.
60. В чем причина приступообразности боли при пульпите?
 а) ... в наличии артериоловеноулярных анастомозов и шунтировании крови
 б) ... в отеке периодонта
 в) ... в особенности функционирования вегетативной нервной системы.
61. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при остром диффузном пульпите?
 а) в одонтобластическом слое межклеточный отек, внутриклеточная дистрофия, микроабсцессы,
 б) разрастание грануляционной ткани,
 в) увеличение количества фиброзных волокон, уменьшение количества клеточных элементов,
 г) облитерация сосудов и петрификация пульпы,
 д) распад пульпы, бесструктурные массы.
62. Поставьте диагноз. Боль в зубе самопроизвольная, иррадиирующая, ночная, боль при накусывании. Ранее наблюдалась аналогичная боль.
 а) острый очаговый пульпит,
 б) острый диффузный пульпит,
 в) обострение хронического пульпита,
 г) острый периодонтит,
 д) обострение пародонтита.
63. Острый очаговый пульпит. Данные электроодонтометрии: (мкА)
 а) 2 - 6,
 б) свыше 100,
 в) 70,
 г) 10,
 д) 20 - 30.
64. Хронический гипертрофический пульпит. Дифференциальную диагностику проводят с ...

- а) глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, обострением хронического пародонтита,
 б) острым очаговым пульпитом, обострением хронического пульпита, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита, невралгией тройничного нерва, альвеолитом, гайморитом,
 в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
 г) папиллитом, разрастанием периодонта,
 д) хроническим периодонтитом.
65. Клиника периостита отличается от клиники периодонтита ...
 а) затрудненным открыванием рта,
 б) повышением температуры тела,
 в) болью при накусывании на причинный зуб,
 г) патологической подвижностью причинного зуба,
 д) гиперемией и отеком слизистой оболочки десны и переходной складки.
66. Утолщение и болезненность наружной и внутренней поверхности нижней челюсти обнаруживается при остром ...
 а) пульпите,
 б) периодонтите,
 в) периостите,
 г) остеомиелите.
67. Если размер очага деструкции костной ткани в периапикальной области 8 мм, то это ...
 а) гранулематозный периодонтит,
 б) радикулярная киста,
 в) кистогранулема,
 г) пульпит,
 д) пародонтальная киста.
68. При лечении пульпита наиболее эффективна ... анестезия.
 а) внутрипульпарная,
 б) аппликационная,
 в) анестезия под давлением,
 г) инфильтрационная,
 д) проводниковая.
69. Показания к проведению биологического метода лечения пульпита:

- а) острый диффузный пульпит 46, кариозная полость на жевательной поверхности, пациенту 50 лет, сопутствующее заболевание – хронический генерализованный пародонтит средней тяжести,
- б) острый очаговый пульпит 17, кариозная полость на жевательной поверхности, пациенту 25 лет, практически здоров, ткани пародонта в норме, на рентгенограмме 17 патологических изменений нет, ЭОМ – 15 мкА,
- в) хронический фиброзный пульпит 47, кариозная полость в пришеечной области, пациенту 20 лет, практически здоров, ткани пародонта и периапикальные ткани в норме, ЭОМ – 40 мкА,
- г) обострение хронического пульпита 35, кариозная полость на контактной поверхности, пациенту 20 лет, практически здоров, на рентгенограмме – расширение периодонтальной щели в периапикальной области 35, пародонт в норме, ЭОМ – 45 мкА,
- д) средний кариес 12 – травматическое, случайное вскрытие полости зуба, пациенту 39 лет, сопутствующие заболевания – сахарный диабет и обострение хронического генерализованного пародонтита.

70. Раскрытие полости зуба при создании доступа к корневым каналам должно быть ...

- а) щадящим для твердых тканей зуба, сохраняющим механическую прочность коронки зуба,
- б) достаточным для создания прямолинейного доступа к верхушке корня зуба.

71. В каком из перечисленных зубов можно проводить витальную ампутацию?

- а) 11
- б) 25
- в) 35
- г) 17
- д) 43

72. Цель инструментальной обработки канала...

- а) удалить содержимое полости зуба
- б) снять слой наиболее инфицированного дентина со стенок полости зуба
- в) создать условия для пломбирования канала

г) верно а,б,в

д) верно а,в

73. Резистентная (противодействующая) форма корневого канала достигается путем создания...

а) конусообразного расширения канала

б) апикального уступа

в) прямолинейного доступа к верхушке корня

74. К какой функциональной группе эндодонтических инструментов относится корневая игла? К инструментам для ...

а) расширения устья корневого канала,

б) прохождения корневого канала,

в) расширения корневого канала,

г) определения размера корневого канала,

д) пломбирования корневого канала.

75. Цифровое обозначение на инструменте показывает диаметр конца режущей части выраженный в ...

а) десятых долей миллиметра,

б) сотых долей миллиметра,

в) тысячных долей миллиметра.

76. В соответствии со стандартами ISO на торце и боковой поверхности ручки эндодонтических инструментов напечатана цифра. Что она указывает?

а) диаметр конца режущей части инструмента,

б) диаметр середины инструмента,

в) диаметр основания инструмента,

г) конусность инструмента,

д) длину рабочей части инструмента.

77. Корневой канал формируется таким образом, чтобы основной конус гуттаперчи удерживался в

а) устьевой части канала,

б) средней трети канала,

в) устьевой и средней части канала,

г) апикальной трети канала,

д) апикальной и устьевой части канала.

78. Способы определения рабочей длины: ...

а) клинический,

б) табличный,

в) электрометрический,

- г) рентгенологический,
 д) верно б, в, г,
 е) все верно.
79. Какими эндодонтическими инструментами можно осуществлять вращательные или сверлящие движения?
 а) пульпэкстрактором, рашпилем, примером,
 б) рашпилем, Хедстремом,
 в) примером, К-файлом.
80. Если препарирование сильно искривленного канала проводят К-файлом и вращают его в канале против часовой стрелки, то эта методика называется ...
 а) двойного расширения,
 б) Роана,
 в) от коронки вниз,
 г) шаг назад
81. Оставлять комплексоны в канале до следующего посещения
 а) можно,
 б) нельзя.
82. Smear layer (грязный слой), образующийся в результате эндодонтической обработки на стенках канала, ...
 а) препятствует адгезии пломбировочного материала,
 б) создает условия для просачивания корневой пломбы,
 в) способствует возникновению сообщения между периапикальным пространством и дентинными канальцами,
 г) верно а, б, в,
 д) верно б, в.
83. Выведение пломбировочного материала за верхушку корня – это
 а) обязательное требование,
 б) норма,
 в) осложнение.
84. Свойства «бета» гуттаперчи - ...
 а) липкая, размягчается при более низкой температуре, текуча,
 б) инертная, размягчается при более высокой температуре, не текуча,
 в) все верно.

85. Техники пломбирования каналов гуттаперчей. Предварительно размягченную гуттаперчу выдавливают

из шприца в канал небольшими порциями и уплотняют холодным плагером.

- а) инъекционная техника,
 б) вертикальная конденсация,
 в) латеральная конденсация.

86. Подготовка корневого канала под опорный штифт. Внутриканальный пост должен занимать ... длины корневого канала.

- а) $1/4 - 1/2$,
 б) $1/2 - 2/3$,
 в) $2/3 - 3/4$.

87. Длительность профилактической антибиотикотерапии при проведении эндодонтических вмешательств - ...суток.

- а) 3,
 б) 5,
 в) 7,
 г) 10,
 д) 14.

88. Операцию ампутации корня можно проводить на ... зубе.

- а) 13,
 б) 36,
 в) 27,
 г) 14,
 д) 42.

89. При дезинфекции изделий медицинского назначения, используемых при манипуляциях у больных туберкулезом, применять хлорамин ...

- а) 1% р-р, время выдержки 480 мин,
 б) 2% р-р, время выдержки 240 мин,
 в) 3% р-р, время выдержки 60 мин,
 г) 4% р-р, время выдержки 80 мин,
 д) 5% р-р, время выдержки 240 мин.

90. Режим стерилизации воздушным методом:

| | Температура в стерилизационной камере, °C | Время выдержки, минут |
|----|---|-----------------------|
| а) | 160 | 150 |
| б) | 160 | 60 |
| в) | 180 | 30 |
| г) | 130 | 90 |

91. Срок хранения простерилизованного изделия в стерилизационной коробке без фильтра - ...суток.

- а) 1,
 - б) 2,
 - в) 3,
 - г) 4,
 - д) 5.
92. ВИЧ в жидкой среде при температуре 23 – 27 °С сохраняет активность в течение ... суток.
- а) 3,
 - б) 5,
 - в) 10,
 - г) 15,
 - д) 21.
93. Наиболее частые пути передачи гепатита В - ...
- а) вода,
 - б) пища,
 - в) воздух,
 - г) кровь.
94. При попадании крови пациента на кожу оператора необходимо ...
- а) смыть кровь теплой водой с мылом,
 - б) обработать 70⁰ спиртом,
 - в) обработать 70⁰ спиртом, обмыть водой с мылом и вновь обработать спиртом.
95. Какому виду коматозного состояния соответствует следующая клиника?
- Прекома: сильная жажда, полиурия, боли в подложечной области, диспептические явления, головные боли, исчезает аппетит, в выдыхаемом воздухе – запах ацетона. Кома: сильное нервное возбуждение (бессонница, беспокойство, клонические судороги) сменяется угнетением (сонливость, безразличие, потеря сознания). Глубокая кома: больной лежит неподвижно, лицо розовое или бледное, кожа сухая, мышечные и сухожильные рефлексы снижены, тонус глазных яблок снижен, они мягкие на ощупь, зрачки сужены, «большое дыхание» Кулсмауля, АД снижено. Это кома ...
- а) алкогольная,
 - б) гипогликемическая,
 - в) апоплексическая (при кровоизлиянии в мозг),
 - г) диабетическая (гипергликемическая),
 - д) эпилептическая.

96. Клинико-лабораторная диагностика диабетической комы:

- а) уровень сахара в крови низкий, в моче отсутствуют сахар и ацетон,
- б) гипергликемия от 22 до 55 ммоль/л или от 400 до 1000 мг%. Снижение резервной щелочности крови до 15 – 30%. Количество кетоновых тел увеличено, содержание остаточного азота увеличено, количество хлоридов уменьшено. Лейкоцитоз до 50 · 10⁹ в 1 л с нейтрофильным сдвигом влево. В моче появляются кетоновые тела и значительное количество сахара.

97. Неотложная терапия ... комы: на догоспитальном этапе – в/в введение 5% раствора бикарбоната натрия, витаминов С и группы В; неотложная госпитализация больного.

- а) алкогольной комы,
- б) гипогликемической комы,
- в) апоплексической комы, (геморрагический инсульт),
- г) диабетической комы,
- д) эпилептического припадка.

98. Признаки кровотечения – кровь вытекает из раны или естественных отверстий тела наружу. Тип кровотечения - ...

- а) наружный,
- б) внутренний,
- в) артериальный,
- г) венозный,
- д) капиллярный.

99. Способ остановки венозного кровотечения:

- а) пальцевое прижатие кровеносного сосуда, наложение жгута или закрутки (выше раны) и тугой давящей повязки;
- б) тампонада раны, тугая давящая повязка, возвышенное положение конечности;
- в) кровотечение прекращается самостоятельно.

100. Признаки ожога: гиперемия кожи и образование пузырей. Степень тяжести ожога - ...

а) I,

б) II,

в) III а,

г) III б,

д) IV.

Ответы к варианту 4

| | | | |
|-------|------|-------|-------|
| 1-в | 26-б | 51-б | 76-а |
| 2-а | 27-а | 52-а | 77-г |
| 3-в | 28-б | 53-д | 78-д |
| 4-г | 29-а | 54-в | 79-в |
| 5-г | 30-а | 55-г | 80-б |
| 6-в | 31-в | 56-а | 81-б |
| 7-б | 32-г | 57-г | 82-г |
| 8-а | 33-в | 58-а | 83-в |
| 9-б | 34-в | 59-б | 84-б |
| 10-а | 35-д | 60-а | 85-а |
| 11- в | 36-в | 61-а | 86-б |
| 12-а | 37-в | 62-в | 87-б |
| 13-д | 38-б | 63-а | 88-в |
| 14-г | 39-б | 64-г | 89-д |
| 15-а | 40-г | 65-а | 90-а |
| 16-г | 41-д | 66-г | 91-в |
| 17-а | 42-д | 67-в | 92-г |
| 18-д | 43-д | 68-д | 93-г |
| 19-б | 44-г | 69-б | 94-в |
| 20-а | 45-а | 70-б | 95-г |
| 21-г | 46-б | 71-г | 96-в |
| 22-в | 47-г | 72-г | 97-г |
| 23-а | 48-а | 73-б | 98-а |
| 24-а | 49-б | 74-г | 99-б |
| 25-а | 50-д | 75 -б | 100-б |

Вариант 5

1. Признаки функциональной адаптации эмали к жевательной нагрузке:

а) S -образный ход эмалевых призм, арочная форма призм на их поперечном сечении,

б) линейный ход эмалевых призм, шестигранная форма призм на поперечном сечении,

в) арочная форма призм на их поперечном сечении, линейный ход эмалевых призм,

г) круглая форма призм на их поперечном сечении, S -образный ход эмалевых призм,

д) шестигранная форма призм на поперечном сечении, линейный ход эмалевых призм.

2. Какие ткани зуба имеют эпителиальный источник развития в эмбриогенезе?

а) эмаль,

б) дентин,

в) пульпа,

г) цемент,

д) периодонт.

3. Продолжите предложение: Первичный дентин ...

а) образуется в сформированном зубе после прорезывания,

- б) образуется в ответ на действие раздражающих факторов,
 в) образуется в период формирования и прорезывания зуба.
4. Пластическая функция пульпы осуществляется ...
- а) ...благодаря присутствию в пульпе большого количества нервных окончаний,
 б) ...благодаря деятельности одонтобластов,
 в) ...за счет находящихся в пульпе сосудов,
 г) ...путем выработки третичного дентина, развития гуморальных и клеточных реакций, воспаления.
5. Каков состав пульпы в периферическом слое?
- а) фибробласты, макрофаги, артериолы, венулы,
 б) одонтобласты, окончания нервных волокон,
 в) преодонтобласты, лимфоциты, фибробласты, капилляры.
6. Дайте термину «дивергенция» определение.
- а) ближе к середине,
 б) боковая,
 в) схождение,
 г) более близкая (контактная),
 д) расхождение.
7. Какая поверхность называется «проксимальная»?
- а) ближе к середине,
 б) боковая,
 в) более близкая (контактная),
 г) более удаленная,
 д) преддверная.
8. Дайте термину «дентикли» определение.
- а) ...диффузные участки обызвествления, обнаруживающиеся в корневом канале по периферии и в стенке сосудов, характеризуются слиянием мелких участков отложения кристаллов гидроксиапатита,
 б) ...локальные округлые или неправильной формы обызвествленные образования до 2-3 мм, лежащие в коронковой или устьевой пульпе; делятся на высокоорганизованные (пронизаны трубочками) и низкоорганизованные (лишены трубочек),
 в) ...любые обызвествленные структуры.
9. В каком периоде развития зуба эмаль наиболее проницаема?
- а) эмаль временного зуба,
 б) эмаль не прорезавшегося зуба,
 в) эмаль постоянного зуба пожилого человека,
 г) эмаль постоянного зуба молодого человека,
 д) эмаль не проницаема.
10. Какова в среднем толщина крыши полости у премоляров молодых людей?
- а) 2,5 - 3,0 мм,
 б) 3,5 - 5,0 мм,
 в) 2,0 - 2,5 мм.
11. Гипотеза чувствительности дентина «непосредственной нервной стимуляции» имеет следующее объяснение:
- а) различные воздействия на дентинные трубочки обуславливают ударные перемещения дентинной жидкости, которые вызывают раздражение свободных нервных окончаний в пульпе,
 б) восприятие раздражения осуществляется нервными окончаниями в области эмалево-дентинной границы,
 в) сами одонтобласты являются клетками, воспринимающими раздражение своими отростками и передающими его на нервные волокна.
12. Какие клетки участвуют в разрушении коллагеновых волокон периодонта?
- а) фибробласты, остеобласты, цементобласты,
 б) лейкоциты, эритроциты, тромбоциты,
 в) макрофаги, остеокласты.
13. Осмотр пациента начинают с ...
- а) заполнения зубной формулы,
 б) определение прикуса,
 в) внешнего осмотра,
 г) осмотра зубных рядов,
 д) осмотра СОПР.
14. Классификация некариозных поражений зубов В.К. Патрикеева (1968). Поражения, возникающие в

- период фолликулярного развития зубов (т.е. до прорезывания):
- а) гипоплазия эмали, эндемический флюороз, гиперплазия эмали, наследственные нарушения развития зубов,
 - б) гиперестезия зубов, эрозия, травма зубов, клиновидный дефект, патологическое стирание твердых тканей, некроз твердых тканей зубов,
 - в) гиперплазия эмали, гиперестезия зубов, травма зубов, клиновидный дефект, наследственные нарушения развития зубов,
 - г) гиперплазия эмали, гипоплазия эмали, эндемический флюороз, эрозия, травма зубов, клиновидный дефект,
 - д) эндемический флюороз, наследственные нарушения развития зубов, некроз твердых тканей зубов.
15. Гипоплазия, развивающаяся вследствие нарушения обмена веществ, носит ...
- а) местный характер,
 - б) системный характер.
16. Флюорозом поражаются зубы детей, проживающих в эндемическом очаге в возрасте (годы)...
- а) 13-15,
 - б) 10-12,
 - в) 8-9,
 - г) 5-7,
 - д) с момента рождения до 10 лет.
17. Пятна на твердых тканях зубов при флюорозе локализуются преимущественно на ... поверхности
- а) окклюзионной,
 - б) контактной,
 - в) вестибулярной,
 - г) оральной.
18. При недостаточной эффективности отбеливания эмали при флюорозе используют
- а) эстетическое пломбирование и изготовление виниров,
 - б) протезирование,
 - в) сошлифовывание эмали,
 - г) все вышеперечисленные методы,
 - д) ни один из перечисленных методов.
19. Для лечения эрозии эмали проводят ...
- а) протезирование,
 - б) отбеливание,
 - в) наблюдение,
 - г) эстетическое пломбирование,
 - д) реминерализующую терапию.
20. Факторами, предрасполагающими к развитию клиновидного дефекта, являются
- а) недостаток фтора в питьевой воде,
 - б) неудовлетворительная гигиена полости рта,
 - в) воздействие абразивных материалов (жесткая зубная щетка, цементная пыль и т.д.) на твердые ткани зуба,
 - г) избыток фтора в питьевой воде,
 - д) частое употребление цитрусовых.
21. Если дефект твердых тканей располагается только на вестибулярной поверхности верхних фронтальных зубов, имеет блюдцеобразную форму, поражает эмаль и дентин, то это - ...
- а) патологическое стирание твердых тканей зуба,
 - б) травма зуба,
 - в) кариес,
 - г) клиновидный дефект,
 - д) эрозия.
22. 3 степень стирания твердых тканей зуба характеризуется ...
- а) глубиной поражения до уровня полости зуба,
 - б) стиранием эмали на буграх и по режущему краю,
 - в) обнажением дентина.
23. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна?
- а) некроз твердых тканей зуба,
 - б) клиновидный дефект,
 - в) гипоплазия эмали (пятнистая форма), флюороз (пятнистая и меловидно-крупчатая формы),
 - г) эрозия твердых тканей зуба,
 - д) гипоплазия, сопровождающаяся дефектом эмали.
24. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику гипоплазии, сопровождающейся дефектом эмали?
- а) флюороз (эрозивная форма),
 - б) флюороз (пятнистая и меловидно-крупчатая формы),

- в) некроз твердых тканей зуба,
г) кариес в стадии пятна,
д) клиновидный дефект.
25. Составьте план лечения пациента с клиновидным дефектом:
- а) препарирование и пломбирование дефекта силикофосфатным цементом,
 - б) протравливание, гибридизация и пломбирование дефекта композитом без предварительного препарирования дефекта,
 - в) один месячный курс местной реминерализующей терапии кальцийфосфат-содержащими препаратами и пломбирование дефекта стеклоиономерным цементом.
26. Прирост интенсивности – это
- а) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У),
 - б) разность индексов КПУ у одного и того же лица/контингента через определенный срок,
 - в) процент лиц, имеющих кариозные, запломбированные и удаленные зубы.
27. В норме ротовая жидкость:
- а) насыщена ионами Са и Р,
 - б) гипернасыщена ионами Са и Р.
28. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику среднего кариеса?
- а) патологическое стирание твердых тканей зуба,
 - б) гипоплазия эмали,
 - в) клиновидный дефект.
29. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на контактной поверхности моляра или премоляра?
- а) I класс
 - б) II класс
 - в) III класс
 - г) IV класс
 - д) V класс
 - е) VI класс (атипичный)
30. Этиотропная терапия кариеса в стадии пятна предусматривает:
- а) оперативно-восстановительное лечение,
 - б) реминерализующую терапию,
 - в) индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта.
31. Консервативные границы суточного потребления фторида. Каков нижний суточный уровень фторида для взрослого мужчины с массой тела 65 кг?
- а) 2,90 мг
 - б) 2,23 мг
 - в) 2,12 мг
 - г) 1,45 мг
 - д) 0,78 мг
32. Через какой промежуток времени от момента фторизации водопроводной воды отмечается снижение заболеваемости кариесом у молодых?
- а) 5 лет
 - б) 2 месяца
 - в) 1 год
 - г) 6 месяцев
 - д) 2 года
33. В каких натуральных продуктах питания содержится фторид?
- а) шпинат, морская рыба, зеленый чай,
 - б) мучные изделия, сахар-рафинад,
 - в) молоко и молочные продукты,
 - г) морковь, свекла, капуста,
 - д) все вышеперечисленное верно
34. Реминерализация эмали возможна, потому что эмаль обладает свойством...
- а) растворимости,
 - б) хрупкости,
 - в) твердости,
 - г) проницаемости.
35. Лечение кариозного дефекта
- а) этиотропное,
 - б) симптоматическое,
 - в) патогенетическое.
36. Стадии и последовательность традиционного препарирования полостей, разработанные G.V. Black, 1936. Выберите вариант с правильной последовательностью этапов:
1. создание резистентной и ретенционной формы,
 2. создание удобной формы,
 3. обработка эмалевого края,
 4. иссечение остатков кариозного дентина,
 5. профилактическое расширение,

- а) 1, 2, 3, 4, 5.
 - б) 5, 4, 3, 2, 1,
 - в) 5, 1, 2, 4, 3,
 - г) 3, 4, 2, 1, 5.
 - д) 2, 3, 5, 1, 4.
37. Укорочение бугров и покрытие их композитом/амальгамой проводят, если кариозный дефект занимает
- а) 1/4 или больше склона бугра,
 - б) 1/3 или больше склона бугра,
 - в) 1/2 или больше склона бугра.
38. Удобство полости означает обеспечение формы, способствующей
- а) осмотру, доступу и простоте манипуляций,
 - б) удержанию пломбы/вкладки,
 - в) сохранению прочности зуба,
 - г) сохранению прочности пломбы/вкладки,
 - д) все перечисленное верно.
39. Основные характеристики традиционного препарирования (метод профилактического расширения по Black)
- а) пломбирование полости без препарирования материалами, обладающими противокариозным действием,
 - б) доступ к небольшой аппроксимально расположенной кариозной полости получают через жевательную поверхность, оставляя нетронутым маргинальный край коронки зуба,
 - в) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция/дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
 - г) основное значение приобретает щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта. Ее характеризует консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
 - д) все верно.
40. Недостатки традиционного препарирования
- а) недолговечность силикофосфатных пломб из-за высокой частоты развития

- кариеса на соседних участках и по краю пломбы,
 - б) большой объем иссекаемых здоровых тканей зуба, ослабление прочности коронки, большие затраты времени и материалов.
41. Метод профилактического пломбирования предполагает
- а) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразную полость, конвергенцию / дивергенцию в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
 - б) консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
 - в) пломбирование зуба до «иммунных» зон с учетом особенностей применяемого пломбировочного материала и индивидуальной кариесрезистентности.
42. Условия успешного проведения метода профилактического пломбирования
- а) скрупулезная постановка диагноза и осмысленный подход к выбору врачебной тактики, высокая квалификации врача, дополнительные затраты времени,
 - б) применение современных композитов, стеклоиономерных цемента и герметиков,
 - в) полная изоляция пломбируемых зубов от слюны,
 - г) диспансеризация,
 - д) все перечисленное верно.
43. Туннельное препарирование предполагает
- а) пломбирование полости без препарирования материалами, обладающими противокариозным действием,
 - б) доступ к небольшой аппроксимально расположенной кариозной полости получают через жевательную поверхность, оставляя нетронутым маргинальный край коронки зуба,
 - в) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция

- / дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
- г) щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта, консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
- д) все верно.
44. Недостатки туннельного препарирования
- а) неполное удаление кариозной ткани
- б) большие затраты времени и материалов
- в) большой объем иссекаемых здоровых тканей зуба
- г) ослабление прочности коронки
- д) все верно
45. ART-методика предусматривает
- а) щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта, консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно,
- б) доступ к небольшой аппроксимально расположенной кариозной полости получают через жевательную поверхность, оставляя нетронутым маргинальный край коронки зуба,
- в) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция/дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
- г) пломбирование полости без препарирования материалами, обладающими противокариозным действием,
- д) все верно.
46. Медикаментозная обработка полости при среднем кариесе проводится
- а) 96⁰ этиловым спиртом, медицинским эфиром,
- б) 0,2 % р-ром хлоргексидина биглюканата, 3 % р-ром перекиси водорода,
- в) 20 % р-ром ЭДТА,
- г) 6 % р-ром хлоргексидина биглюканата,
- д) всем вышеперечисленным.

47. В условиях стоматологической поликлиники (кабинета) ART-методика может быть применена в следующих случаях:

- а) при оказании стоматологической помощи пациентам, испытывающим непреодолимый страх перед бормашиной (детям),
- б) при лечении физически и умственно отсталых людей,
- в) при лечении пациентов старческого возраста, при лечении кариеса у пациентов с тяжелой общесоматической патологией,
- г) все верно,
- д) верно а, б.

48. Восстановление барьерной функции эмали подразумевает восстановление ...

- а) механической и химической стойкости, непроницаемости для инфекционных агентов, полноценной защиты пульпы от температурных и электрохимических воздействий,
- б) функций зуба как элемента жевательной системы,
- в) контактного пункта,
- г) верно а,
- д) все верно.

49. Особенности препарирования кариозных полостей под пломбы из амальгамы заключаются в методике ...

- а) модифицированного препарирования,
- б) традиционного препарирования,
- в) традиционного препарирования со скосом,
- г) туннельного препарирования,
- д) ART-методике.

50. Фосфат-цемент раздражает пульпу зуба и может привести к её гибели вследствие ...

- а) повышенной щелочности,
- б) повышенной кислотности,
- в) выделения тепла при затвердевании

51. СИЦ образуют с коллагеном дентина ... связи.

- а) ионные,
- б) водородные.

52. Расставьте стадии отвердевания СИЦ в их правильной последовательности.

- Загустевание – 1,
Отвердевание – 2,
Растворение – 3.

- а) 1, 2, 3,
 б) 3, 2, 1,
 в) 2, 1, 3,
 г) 2, 3, 1,
 д) 3, 1, 2.
53. Требования к лечебным прокладочным материалам.
 а) индифферентность,
 б) одонтотропное действие,
 в) рентгеноконтрастность,
 г) эстетичность,
 д) механическая прочность.
54. Относительные противопоказания для реставрации - ...
 а) наличие у пациента водителя сердечного ритма (Pass-Maker), аллергическая реакция пациента на элементы адгезивной системы или самого композита,
 б) сочетание патологической стираемости и прямого прикуса, повышенная окклюзионная нагрузка (бруксизм, вредные привычки), поддесневое распространение кариеса,
 в) невозможность изолировать операционное поле от крови, слюны, ситуация, когда все окклюзионные контакты будут располагаться только на композите
 г) верно б, в,
 д) верно а, б, в.
55. Скорость полимеризации светового композита зависит от
 а) цвета и прозрачности композита,
 б) количества инициатора полимеризации,
 в) времени освещения и интенсивности света,
 г) верно а, б, в,
 д) верно б, в.
56. Ингибитором реакции полимеризации композитов является ...
 а) акриловая кислота,
 б) ортофосфорная кислота,
 в) оксид цинка,
 г) гидроокись кальция,
 д) эвгенол.
57. Недостатки композитов химической полимеризации - ...
 а) незначительное время переработки, возможны ошибки при замешивании, содержат больше пор вследствие попадания воздуха при замешивании материала,
 б) полимеризационная усадка,
 в) необходимость послойного внесения ПМ – слой не более 2 мм, значительные затраты рабочего времени,
 г) верно а, б,
 д) верно б, в.
58. В световом композите усадка материала происходит...
 а) в месте наиболее приближенном к источнику света,
 б) в месте наиболее отдаленном от источника света,
 в) равномерно во всех участках пломбы,
 г) в самом теплом месте полости (у пульпарной стенки),
 д) в самом холодном месте полости (у эмалевого края).
59. Свойства макрофилированных композитов:
 а) плохо полируются, меняют цвет, вызывают стирание зуба-антагониста, механически прочные,
 б) легко полируются, цветоустойчивы, эластичны, недостаточно прочные,
 в) высокая полируемость, резистентность к отлому, цветоустойчивость, универсальное использование.
60. Толщина смазанного слоя - ... микрона.
 а) 0,01 – 0,1,
 б) 0,1 – 1,0,
 в) 0,5 – 5,0,
 г) 1 – 10,
 д) 20.
61. При тотальном протравливании кислоту наносят на ...
 а) эмаль,
 б) дентин,
 в) эмаль и дентин.
62. Гибридный слой – это ...
 а) слой, состоящий из адгезива и связанных с ним коллагеновых волокон,
 б) дентинные «опилки» и коллаген, искрошенные в процессе препарирования.
63. Виды Sandwich-техники пломбирования - ...
 а) нагруженная,

- б) открытая,
 - в) закрытая,
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно б, в.
64. Краевая проницаемость пломб является предпосылкой к развитию ...
- а) клиновидного дефекта,
 - б) гингивита,
 - в) периодонтита,
 - г) вторичного кариеса,
 - д) верно а, б.
65. Не рекомендуется формировать скос эмали при пломбировании полостей ... класса.
- а) V,
 - б) III,
 - в) IV,
 - г) I, II.
 - д) всех.
66. Пародонт и пульпа имеют ...
- а) только общую иннервацию,
 - б) только общее кровоснабжение,
 - в) общую иннервацию и кровоснабжение,
 - г) изолированные системы кровоснабжения и иннервации
67. Поставьте диагноз: Боль в зубе самопроизвольная, причинная, ночная, приступообразная, локализованная. Длительность заболевания не более 2-х суток. Болевой приступ длится 10-30 мин, безболевой промежуток - до I часа и более. Полость зуба закрыта, дно кариозной полости плотное, зондирование болезненно в одной точке дна, ЭОМ может быть в норме.
- а) острый очаговый пульпит,
 - б) острый диффузный пульпит,
 - в) обострение хронического пульпита,
 - г) острый периодонтит,
 - д) обострение пародонтита.
68. Поставьте диагноз. Боль резкая, локализованная, постоянного характера, постепенно усиливающаяся и приобретающая иррадирующий характер. Длительность процесса от 2-3 суток до 2-х недель.
- а) острый очаговый пульпит,
 - б) острый диффузный пульпит,
 - в) обострение хронического пульпита,
 - г) острый периодонтит,
 - д) обострение пародонтита.

69. Острый очаговый пульпит. Данные обследования:
- а) коронка зуба интактная,
 - б) глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба,
 - в) глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба,
 - г) зуб запломбирован 6 месяцев назад, его коронка изменена в цвете,
 - д) в пришеечной области клиновидный дефект.
70. Хронический гангренозный пульпит. Дифференциальную диагностику проводят с ...
- а) глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, обострением хронического пародонтита,
 - б) острым диффузным пульпитом, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита.
 - в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
 - г) папиллитом, разрастанием периодонта,
 - д) хроническим периодонтитом.
71. Утолщение и болезненность наружной и внутренней поверхности нижней челюсти обнаруживаются при остром
- а) пульпите
 - б) периодонтите
 - в) периостите
 - г) остеомиелите
72. Если размер очага деструкции костной ткани в периапикальной области 10 мм и более, то это ...
- а) гранулематозный периодонтит,
 - б) радикулярная киста,
 - в) кистогранулема,
 - г) пульпит,
 - д) пародонтальная киста.
73. Для остановки кровотечения из корневого канала используют ...
- а) 3 % р-р гипохлорида натрия,
 - б) 3 % перекись водорода,
 - в) 70 ° спирт,
 - г) расестиптин,
 - д) 20 % р-р ЭДТА
74. Острый очаговый пульпит. Мед обработку кариозной полости проводят ...
- а) 70 ° спиртом,
 - б) 2 % настойкой йода,

- в) 3 % р-ром перекиси водорода,
- г) 2 % р-ром хлоргексидина биглюканата,
- д) физраствором.

75. Резистентная форма корневого канала необходима для ...

- а) удобства пломбирования канала,
- б) предупреждения перфорации канала,
- в) предупреждения поломки эндодонтического инструмента,
- г) предупреждения выхода пломбировочного материала за верхушку.

76. К какой функциональной группе эндодонтических инструментов относятся спредер и плагер? К инструментам для ...

- а) расширения устья корневого канала,
- б) прохождения корневого канала,
- в) расширения корневого канала,
- г) определения размера корневого канала,
- д) пломбирования корневого канала.

77. Кодирование эндодонтического инструмента цветом определяет его ...

- а) длину,
- б) диаметр / размер,
- в) назначение.

78. Размер основного штифта гуттаперчи должен соответствовать размеру инструмента, которым ..

- а) завершили расширение устья корневого канала,
- б) завершили формирование апикального уступа,
- в) начали расширение апикального участка.

79. Рабочей длиной называется расстояние от какого-либо анатомического ориентира (напр., края кариозной полости) до ...

- а) анатомической верхушки корня,
- б) рентгенологической верхушки корня,
- в) физиологической верхушки корня.

80. При работе в канале с некротизированной пульпой целесообразно применять методику ...

- а) шаг назад,
- б) от коронки вниз,
- в) Роана,

81. Для закрытия перфорационного отверстия дна или стенки полости зуба используют ...

- а) фосфат цемент,

- б) композит,
- в) цинкэвгенольную пасту,
- г) стеклоиономерный цемент,
- д) гуттаперчу.

82. Для полноценного удаления смазанного слоя со стенок канала применяют внутриканальную обработку ...

- а) ультразвуком,
- б) раствором гипохлорита натрия,
- в) раствором ЭДТА,
- г) верно б, в,
- д) верно а, б, в.

83. По современным требованиям корневые каналы можно пломбировать: ...

- а) пастами с гидроксидом кальция, эпоксидными смолами,
- б) стеклоиономерными цементами, гуттаперчей,
- в) цинк-фосфатным цементом, резорцин-формалиновой пастой, цинк-эвгенольной пастой,
- г) верно а, б,
- д) верно а, б, в.

84. Свойства «альфа» гуттаперчи - ...

- а) липкая, размягчается при более низкой температуре, текуча,
- б) инертная, размягчается при более высокой температуре, не текуча.,
- в) все верно.

85. Способы распломбирования каналов, obturированных гуттаперчей - ...

- а) инструментальный,
- б) термический,
- в) химический,
- г) верно а, б,
- д) верно а, б, в.

86. У канала корня, который готовится под опорный штифт, должна быть запломбирована ...

- а) устьевая 1/3 канала,
- б) апикальная 1/3 канала.

87. Иммунодефицитные состояния развиваются вследствие ...

- а) применения иммуносупрессорных препаратов, вирусных инфекций,
- б) облучения,
- в) травм,
- г) верно а, в,
- д) верно а, б, в.

88. Стоматогенным очагом инфекции может быть воспаление при ...

- а) периодонтите,
- б) среднем кариесе,
- в) остром пульпите,
- г) флюорозе,
- д) красном плоском лишае

89. При дезинфекции изделий медицинского назначения, применяемых при манипуляциях у больных с вирусной инфекцией (гепатит, СПИД) использовать хлорамин ...

- а) 1% р-р, время выдержки 480 мин,
- б) 2% р-р, время выдержки 240 мин,
- в) 3% р-р, время выдержки 60 мин,
- г) 4% р-р, время выдержки 80 мин,
- д) 5% р-р, время выдержки 240 мин.

90. Стерилизация химическим методом при температуре р-ра 18 °С:

| | Концентрация раствора перекиси водорода | Время выдержки, минут |
|-----|---|-----------------------|
| *а) | 6 | 360 |
| б) | 3 | 180 |
| в) | 1 | 60 |

91. Срок хранения стерильного мед инструментария в биксе с фильтром – ...суток.

- а) 3,
- б) 5,
- в) 10,
- г) 15,
- д) 20.

92. Опасная концентрация ВИЧ находится в ...

- а) крови, семенной жидкости, грудном молоке,
- б) слюне, поте,
- в) моче, кале.

93. Возможные факторы передачи гепатита В и Д - ...

- а) алиментарный,
- б) воздушно-капельный,
- в) трансмиссионный,
- г) парентеральный.

94. Состояние, которое приводит к тяжелым нарушениям центральной и периферической гемодинамики нарушениям функции эндокринной и нервной систем, расстройством всех видов обмена – это ...

- а) кома,
- б) шок,
- в) stupor,
- г) sopor,
- д) обморок.

95. Какому виду коматозного состояния соответствует следующая клиника?

Прекоматозное состояние: внезапное ощущение голода, слабость, страх, потоотделение, дрожь во всем теле, психическое и двигательное возбуждение. Кома: бледность и влажность кожных покровов, повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, судороги, зрачки расширены, глазные яблоки не размягчены. Кома наступает вследствие передозировки инсулина или при недостаточном содержании углеводов в пище в случае лечения инсулином больных сахарным диабетом. Это кома ...

- а) алкогольная,
- б) гипогликемическая,
- в) апоплексическая (при кровоизлиянии в мозг),
- г) диабетическая (гипергликемическая),
- д) эпилептическая

96. Клинико-лабораторная диагностика гипогликемической комы:

- а) уровень сахара в крови низкий, в моче отсутствуют сахар и ацетон,
- б) гипергликемия от 22 до 55 ммоль/л или от 400 до 1000 мг%. Снижение резервной щелочности крови до 15 – 30%. Количество кетоновых тел увеличено, содержание остаточного азота увеличено, количество хлоридов уменьшено. Лейкоцитоз до 50 · 10 в 1 л с нейтрофильным сдвигом влево. В моче появляются кетоновые тела и значительное количество сахара

97. Неотложная терапия ... комы: дать сладкое питье и хлеб, в/в введение 20-30 мм 40% раствора глюкозы.

- а) алкогольной комы,
- б) гипогликемической комы,
- в) апоплексической комы, (геморрагический инсульт),
- г) диабетической комы,
- д) эпилептического припадка.

98. Признаки кровотечения – кровь вытекает медленно по каплям, при нормальной свертываемости кровотечение прекращается самостоятельно. Тип кровотечения - ...

- а) наружный,
- б) внутренний,
- в) артериальный,
- г) венозный,
- д) капиллярный.

99. Способ остановки капиллярного кровотечения:

- а) пальцевое прижатие кровеносного сосуда, наложение жгута или

закрутки (выше раны) и тугой давящей повязки;

- б) тампонада раны, тугая давящая повязка, возвышенное положение конечности;

- в) кровотечение прекращается самостоятельно

100. Признаки ожога: эпидермис отсутствует, покровные ткани белесоватой окраски или покрыты тонким слоем светло-коричневым струпом. Степень тяжести ожога - ...

- а) I,
- б) II,
- *в) III а,
- г) III б,
- д) IV.

Ответы к варианту 5

| | | | |
|-------|--------|------|------|
| 1-а | 26-б | 51-б | 76-д |
| 2-а | 27-б | 52-д | 77-б |
| 3-б | 28-в | 53-б | 78-б |
| 4-б | 29-б | 54-г | 79-в |
| 5-б | 30-в | 55-д | 80-б |
| 6-д | 31-г | 56-д | 81-г |
| 7-в | 32 – д | 57-г | 82-д |
| 8-б | 33-а | 58-б | 83-г |
| 9-б | 34-г | 59-а | 84-а |
| 10-в | 35-б | 60-в | 85-д |
| 11-б | 36-в | 61-в | 86-б |
| 12-в | 37-в | 62-в | 87-д |
| 13-в | 38-а | 63-д | 88-а |
| 14-а | 39-в | 64-г | 89-в |
| 15-б | 40-б | 65-г | 90-а |
| 16- д | 41-в | 66-в | 91-д |
| 17-в | 42-д | 67-а | 92-а |
| 18-а | 43-б | 68-г | 93-г |
| 19-д | 44-а | 69-б | 94-б |
| 20-в | 45-г | 70-д | 95-б |
| 21-д | 46-б | 71-г | 96-а |
| 22-а | 47-г | 72-б | 97-б |
| 23-в | 48-а | 73-г | 98-д |
| 24-а | 49-б | 74-д | 99-в |

| | | | |
|------|------|------|-------|
| 25-в | 50-б | 75-г | 100-в |
|------|------|------|-------|

Вариант 6

1. Дайте термину «кальцификаты» определение.
 - а) ...диффузные участки обызвествления, обнаруживающиеся в корневом канале по периферии и в стенке сосудов, характеризуются слиянием мелких участков отложения кристаллов гидроксиапатита,
 - б) ...локальные округлые или неправильной формы обызвествленные образования до 2-3 мм, лежащие в коронковой или устьевой пульпе; делятся на высокоорганизованные (пронизаны трубочками) и низкоорганизованные (лишены трубочек),
 - в) ...любые обызвествленные структуры.
2. В каком периоде развития зуба эмаль наименее проницаема?
 - а) эмаль временного зуба,
 - б) эмаль не прорезавшегося зуба,
 - в) эмаль постоянного зуба пожилого человека,
 - г) эмаль постоянного зуба молодого человека,
 - д) эмаль не проницаема.
3. Какова в среднем толщина крыши полости у моляров молодых людей?
 - а) 2,5 - 3,0 мм,
 - б) 3,5 - 5,0 мм,
 - в) 2,0 - 2,5 мм.
4. Гидродинамическая гипотеза чувствительности имеет следующее объяснение:
 - а) различные воздействия на дентинные трубочки обуславливают ударные перемещения дентинной жидкости, которые вызывают раздражение свободных нервных окончаний в пульпе,
 - б) восприятие раздражения осуществляется нервными окончаниями в области эмалево-дентинной границы,
 - в) сами одонтобласты являются клетками, воспринимающими раздражение своими отростками и передающими его на нервные волокна.
5. Основными методами исследования стоматологического больного в клинике терапевтической стоматологии являются:
 - а) термометрия, витальное окрашивание, опрос, осмотр,
 - б) расспрос, ЭОМ, пальпация, рентгенография, зондирование,
 - в) рентгенография, ЭОМ, витальное окрашивание, трансиллюминация,
 - г) осмотр, рентгенография, перкуссия, трансиллюминация,
 - д) расспрос, осмотр, пальпация, термометрия, перкуссия, зондирование.
6. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть ...
 - а) опущена на грудь,
 - б) отклонена влево,
 - в) отклонена вправо,
 - г) не наклонена,
 - д) отклонена назад.
7. Классификация некариозных поражений зубов В.К. Патрикеева (1968). Поражения, возникающие после их прорезывания:
 - а) гипоплазия эмали, эндемический флюороз, гиперплазия эмали, наследственные нарушения развития зубов,
 - б) гиперестезия зубов, эрозия, травма зубов, клиновидный дефект, патологическое стирание твердых тканей, некроз твердых тканей зубов,
 - в) гиперплазия эмали, гиперестезия зубов, травма зубов, клиновидный дефект, наследственные нарушения развития зубов,
 - г) гиперплазия эмали, гипоплазия эмали, эндемический флюороз, эрозия, травма зубов, клиновидный дефект,
 - д) эндемический флюороз, наследственные нарушения развития зубов, некроз твердых тканей зубов.
8. Форма местной гипоплазии, развивающаяся в результате травмы или абсцесса аналогичной области

- молочного зуба. Клинически проявляется как белые или желто-коричневые пятна на эмали; эмаль частично или полностью отсутствует. Это...
- зубы Турнера,
 - зубы Гетчинсона,
 - зубы Фурнье,
 - зубы Пфлюгера.
9. Флюороз в первую очередь проявляется ...
- на клыках верхней и нижней челюсти,
 - на молярах нижней челюсти,
 - на резцах верхней челюсти и премолярах,
 - на резцах нижней челюсти,
 - на молярах верхней и нижней челюсти.
10. Патологические изменения в твердых тканях зуба при пятнистой форме флюороза локализуются в пределах
- цемента,
 - эмали,
 - дентина,
 - эмали и дентина,
 - эмали, дентина и цемента.
11. Профилактика флюороза включает
- прием фторсодержащих таблеток,
 - замену водопроводной воды и вывоз детей из эндемического очага,
 - витаминотерапию и прием препаратов кальция,
 - гигиеническое воспитание,
 - все вышеперечисленное.
12. Для лечения эрозии эмали и дентина проводят ...
- протезирование,
 - отбеливание,
 - наблюдение,
 - эстетическое пломбирование,
 - реминерализующую терапию.
13. При клиновидном дефекте облитерация полости зуба...
- не происходит,
 - происходит всегда.
14. Если дефект располагается на вестибулярных и оральных поверхностях в области шеек зубов верхней и нижней челюсти, имеет плотные стенки, поражает эмаль, дентин и цемент, то это -
- патологическое стирание твердых тканей зуба,
 - травма зуба,
 - кариес,
 - клиновидный дефект,
 - эрозия.
15. Некроз твердых тканей зуба развивается вследствие контакта с ...
- цементной пылью,
 - углеводами,
 - ацетоном,
 - бензолом,
 - кислотами.
16. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику некроза твердых тканей зуба?
- флюороз (пятнистая и меловидно-крапчатая формы),
 - кариес в стадии пятна,
 - гипоплазия эмали (пятнистая форма),
 - эрозия твердых тканей зуба, клиновидный дефект, поверхностный кариес,
 - гипоплазия, сопровождающаяся дефектом эмали.
17. Составьте план лечения пациента с клиновидным дефектом:
- препарирование и пломбирование дефекта силикофосфатным цементом,
 - препарирование эмали и дентина с расширением границ до 3-4 мм, протравливание, гибридизация и пломбирование дефекта композитом,
 - пломбирование амальгамой без предварительного препарирования дефекта.
18. Удаление мягкого зубного налета уменьшает риск развития...
- клиновидного дефекта и кариеса зубов,
 - гингивита и патологического истирания твердых тканей зубов,
 - кариеса зубов и гингивита,
 - гингивита и гипоплазии эмали,
 - пульпита и флюороза.
19. Оценить интенсивность кариеса зубов у пациента в возрасте 5 лет можно, применяя индекс
- КПУ,
 - кп,
 - КПУ+кп,
 - УИГ,
 - РМА.

20. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику среднего кариеса?
- а) начальный кариес,
 - б) эрозия эмали,
 - в) кислотный некроз.
21. Классификация кариозных полостей по Блеку. Какому классу соответствует локализация дефекта в твердых тканях, если кариозная полость располагается на щечной, губной или язычной/небной поверхностях в пределах нижней десневой трети?
- а) I класс
 - б) II класс
 - в) III класс
 - г) IV класс
 - д) V класс
 - е) VI класс (атипичный)
22. Патогенетическая терапия кариеса в стадии пятна предусматривает:
- а) оперативно-восстановительное лечение,
 - б) реминерализующую терапию,
 - в) индивидуальную и профессиональную гигиену полости рта.
23. Какой концентрации фториды в питьевой воде соответствует суточная доза фторидов 2,9 мг?
- а) 2,0 мг/л
 - б) 1,4 мг/л
 - в) 0,9 мг/л
 - г) 0,6 мг/л
 - д) 0,2 мг/л
24. Герметизация фиссур проводится после прорезывания зуба:
- а) через 4 года,
 - б) через 3 года,
 - в) через 2 года,
 - г) через 1 год,
 - д) сразу.
25. Ротовая жидкость (слюна) выполняет следующие функции:
- а) защитную, сенсорную, пластическую,
 - б) барьерную, чувствительную, буферную,
 - в) защитную, пищеварительную, выделительную, регуляцию водно-солевого обмена, эндокринную,
 - г) буферную, дезинтоксикационную,
 - д) все вышеперечисленное не верно.
26. Реминерализация эмали и дентина возможна в тех участках, где
- а) сохранена структура белковой матрицы
 - б) белковая матрица денатурирована
 - в) во всех участках, т.к. структура белковой матрицы не влияет на процесс реминерализации
27. Цели одонтопрепарирования
- а) иссечь кариозные твердые ткани зубов,
 - б) создать резистентную и ретенционную форму полости,
 - в) создать удобную форму и обеспечить необходимую защиту пульпы
 - г) верно а, б, в,
 - д) верно только а, б.
28. Профилактическое расширение по G.V. Black предусматривает иссечение на окклюзионной поверхности
- а) кариозных ямок и канавок,
 - б) всех интактных ямок и канавок,
 - в) кариозных и пигментированных ямок и канавок.
29. Формируемая полость должна быть ящикообразной формы
- а) с абсолютно прямыми внутренними углами,
 - б) со слегка закругленными внутренними углами.
30. Обработка эмалевого края предполагает
- а) устранение нависающих краев,
 - б) устранение кариозных тканей.
31. Основные характеристики модифицированного препарирования (метод «биологической целесообразности» по Лукомскому)
- а) широкое иссечение кариес восприимчивых участков, ящикообразная полость, конвергенция/дивергенция в сторону окклюзионной поверхности, плоское дно, прямой угол полости к поверхности,
 - б) основное значение приобретает щадящий подход без «расширения без предупреждения», ограниченный лишь областью дефекта. Ее характеризует консервативное удаление пораженных структур, закругленное или ступенчатое дно.
32. Недостатки модифицированного препарирования

а) недолговечность силикофосфатных пломб из-за высокой частоты развития кариеса на соседних участках и по краю пломбы,

б) большой объем иссекаемых здоровых тканей зуба, ослабление прочности коронки, большие затраты времени и материалов.

33. Условия успешного проведения метода профилактического пломбирования

а) скрупулезная постановка диагноза и осмысленный подход к выбору врачебной тактики, высокая квалификация врача, дополнительные затраты времени,

б) применение современных композитов, стеклоиномерных цемента и герметиков

в) полная изоляция пломбируемых зубов от слюны

г) диспансеризация

д) все перечисленное верно

34. Медикаментозная обработка полости при среднем кариесе проводится

а) 96° этиловым спиртом, медицинским эфиром.

б) 0,2%-ром хлоргексидина биглюконата, 3% р-ром перекиси водорода

в) 20% р-ром ЭДТА

г) 6 % р-ром хлоргексидина биглюконата

д) всем вышеперечисленным.

35. Твердый раствор одного или нескольких металлов в ртути – это

а) композит,

б) стеклоиномерный цемент,

в) амальгама,

г) компомер,

д) силико-фосфатный цемент.

36. Амальгамовые пломбы оказывают отрицательное влияние на организм пациента?

а) да,

б) нет,

37. Поликарбоксилатный цемент имеет химическую адгезию к эмали, дентину зуба и металлам ортопедических конструкций.

а) утверждение верно,

б) утверждение не верно

38. СИЦ обладают химической адгезией к ...

а) композитам,

б) амальгаме, платине, золоту, нержавеющей стали,

в) эвгенолу,

г) верно а, б, в,

д) верно а, б.

39. Созревание (отвердевание) СИЦ длится ...

а) 7 минут,

б) 24 часа,

в) до 2 дней,

г) до 7 дней,

д) до 30 дней.

40. Гидроксид кальция обладает ... свойствами.

а) бактерицидными, щелочными,

б) гидрофильными, быстрого отверждения,

в) слабыми механическими,

г) верно а, б, в,

д) верно а, б.

41. Композиционные пломбировочные материалы состоят из

а) органического мономера Bis-GMA, UDMA и TEGMA,

б) органического мономера и неорганического наполнителя,

в) основного компонента – стекла, и кислотного компонента - акриловой, итаконовой и малеиновой кислот,

г) ртути и металлических опилок,

д) тонко измельченного порошка фритты и ортофосфорной кислоты.

42. Степень и глубина полимеризации зависят от ...

а) цвета и прозрачности композита,

б) количества инициатора полимеризации,

в) времени освещения и интенсивности света,

г) верно а, б, в,

д) верно б, в.

43. Глубина и степень отверждения светополимеров не зависят от ...

а) близости источника света к поверхности композита,

б) мощности лампы и длины луча света,

в) времени облучения,

г) глубины кариозной полости,

д) локализации кариозной полости.

44. Скорость полимеризации светового композита зависит от

- а) цвета и прозрачности композита
 - б) количества инициатора полимеризации
 - в) времени освещения и интенсивности света
 - г) верно а,б,в
 - д) верно б,в.
45. Недостатки композитов химической полимеризации-...
- а) незначительное время переработки, возможны ошибки при замешивании, содержат больше пор вследствие попадания воздуха при замешивании материала
 - б) полимеризационная усадка
 - в) необходимость послойного внесения ПМ – слой не более 2 мм, значительные затраты рабочего времени,
 - г) верно а,б,
 - д) верно б,в.
46. Изменение цвета реставрации из химического композита обусловлена ...
- а) проникновением красителей из полости рта в композит,
 - б) химическими превращениями аминов.
47. В химических композитах реакция полимеризации усиливается при ...
- а) охлаждении,
 - б) повышении температуры.
48. В макрофилированных композитах размеры частиц наполнителя ...микрон.
- а) 8-12 мк и больше,
 - б) 1-5 мк,
 - в) 0,04-0,1 мк,
 - г) 8-12 мк и 0,04-0,1 мк,
 - д) 1-5 мк и 0,04-0,1 мк.
49. Свойства микрофилированных композитов:
- а) плохо полируются, меняют цвет, вызывают стирание зуба-антагониста, механически прочные,
 - б) легко полируются, цветоустойчивы, эластичны, недостаточно прочные,
 - в) высокая полируемость, резистентность к отлому, цветоустойчивость, универсальное использование.
50. Смазанный слой располагается ...
- а) только на стенках полости,
 - б) только в дентинных канальцах,
 - в) на стенках полости и в дентинных канальцах.
51. Длительность травления твердых тканей зуба кислотой ... секунд.
- а) 5-10,
 - б) 10-15,
 - в) 15-20,
 - г) 20-40,
 - д) 60.
52. Гибридным слоем называется слой, ...
- а) контактирующий с воздухом,
 - б) находящийся на поверхности пломбы,
 - в) находящийся в средней зоне пломбы,
 - г) заполняющий дентинные трубочки,
 - д) верно а, б.
53. Гибридный слой служит защитным барьером против проникновения микроорганизмов и химических агентов в дентинные канальца, препятствует вытеканию дентинной жидкости.
- а) утверждение не верно,
 - б) утверждение верно.
54. Пульпиты, возникающие после реставрации, связаны с...
- а) повреждающим действием кислоты
 - б) микроподтеканием и разгерметизацией пломбы
55. После тотального протравливания твердых тканей их контакт со слюной не допускается
- а) верно
 - б) не верно
56. Принцип «одного миллиметра окружения» состоит в следующем - ...
- а) если реставрируемый участок окружен одним миллиметром периферической эмали, то механическая ретенция (напр., штифт) не применяется,
 - б) если реставрируемый участок окружен одним миллиметром периферической эмали, то применяется механическая ретенция (напр., штифт).
57. При проведении Sandwich-техники во II классе контактный пункт восстанавливают ...
- а) стеклоиономерным цементом,
 - б) композитом,
 - в) и стеклоиономерным цементом и композитом.
58. Окрашивание краев прилегания реставрации происходит вследствие...
- а) растворения композита в ротовой жидкости
 - б) стирания композита
 - в) усадки композита
 - г) пористости композита

- д) нестабильности композита
59. Показания для сохранения корня зуба для реставрации - ...
- отсутствие очага деструкции костной ткани в периапикальной области,
 - полноценное пломбирование корневого канала,
 - сохранность зубодесневого прикрепления,
- г) верно а, б,
д) верно а, б, в.
60. При попадании лучей светополимеризатора (лампы) в глаза может развиваться ...
- конъюнктивит,
 - ожог сетчатки,
 - атрофия сетчатки,
- г) верно а, б,
д) верно а, б, в.
61. Засвечивание порции материала, внесенного в полость, начинают ...
- перпендикулярно поверхности материала,
 - со стороны стенок полости, через ткани зуба.
62. Из пародонтального кармана микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности проникают в корневой канал.
- утверждение не верно,
 - утверждение верно.
63. Техника ламинирования «макрофил-микрофил» заключается в следующем
- основа реставрации – микрофильный композит. Который покрывается макрофильным композитом
 - основа реставрации – макрофильный композит, который покрывается микрофильным композитом
64. Эндодонт – это...
- пульпа и периодонт
 - полость зуба и дентин, прилежащий к ней
 - апикальный периодонт с цементом, кортикальная пластинка и губчатое вещество, окружающие верхушку корня
- г) верно а,б,в
д) верно б,в
65. Поставьте диагноз. Боль в зубе самопроизвольная, причинная, ночная, приступообразная, иррадиирующая.

Длительность заболевания 2-14 суток
Болевой приступ длительный (часы), интермиссии 30-40 мин. Полость зуба не вскрыта, зондирование болезненно по всему дну, перкуссия может быть болезненной, холод может успокаивать боль, ЭОМ снижена до 30-40-60 мкА.

- острый очаговый пульпит,
- острый диффузный пульпит,
- обострение хронического пульпита,
- острый периодонтит,
- обострение пародонтита.

66. Пародонт и пульпа имеют...

- только общую иннервацию
- только общее кровоснабжение
- общую иннервацию и кровоснабжение
- изолированные системы кровоснабжения и иннервации

67. Поставьте диагноз. Острая постоянная боль, усиливающаяся при накусывании на зуб и от горячего, чувство выросшего зуба, подвижность зуба, иррадиация боли. Слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, инфильтрат или абсцесс, пальпация болезненна. Может повышаться температура тела, появляться асимметрия лица.

- острый периодонтит в стадии интоксикации,
- острый периодонтит в стадии экссудации.

68. При какой форме периодонтита имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба?

- при остром периодонтите,
- при обострении хронического периодонтита.

69. Обострение хронического пульпита. Дифференциальную диагностику проводят с ...

- глубоким кариесом, острым диффузным пульпитом, хроническим фиброзным пульпитом, маргинальным периодонтитом,
- острым очаговым пульпитом, обострением хронического пульпита, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита, невралгией тройничного нерва, альвеолитом, гайморитом,

- в) глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом,
- г) острым диффузным пульпитом, острым периодонтитом, обострением хронического периодонтита.
- д) хроническим периодонтитом.
70. Патологоанатомическая картина хронического гранулематозного периодонтита:
- а) диффузное утолщение верхушечного участка периодонта, разрастание фиброзной ткани,
- б) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, деструкция компактной пластинки альвеолы, цемента и дентина корня; грануляции прорастают в костномозговые пространства и образуют свищи,
- в) разрастание грануляционной ткани на верхушке корня, грануляционная ткань заключена в фиброзную капсулу.
71. При лечении пульпита наиболее эффективна ... анестезия
- а) внутривульпарная
- б) аппликационная
- в) анестезия под давлением
- г) инфильтрационная
- д) проводниковая
72. В каком из перечисленных зубов можно проводить витальную ампутацию?
- а) 11
- б) 25
- в) 35
- г) 17
- д) 43
73. Экстирпация пульпы должна проводиться ...
- а) субтотально,
- б) тотально.
74. Формирование апикального уступа достигается...
- а) созданием перед физиологическим апикальным отверстием 1-2 мм параллельных стенок и расширением его минимум до 25 размера
- б) созданием перед физиологическим апикальным отверстием 4-5 мм параллельных стенок и расширением его минимум до 15 размера

75. К какой функциональной группе эндодонтических инструментов относятся гейтс и ларго? К инструментам для ...
- а) расширения устья корневого канала,
- б) прохождения корневого канала,
- в) расширения корневого канала,
- г) определения размера корневого канала,
- д) пломбирования корневого канала.
76. Кодирование эндодонтического инструмента цифрой определяет его ...
- а) длину,
- б) диаметр / размер,
- в) назначение
77. Расставьте этапы эндодонтической обработки в их правильной последовательности
1. Полное удаление крыши пульпарной камеры.
 2. Формирование кариозной полости.
 3. Выявление устьев корневых каналов.
 4. Вскрытие рога пульпы.
 5. Ампутация коронковой пульпы.
- а) 1, 2, 3, 4, 5,
- б) 5, 4, 3, 2, 1,
- в) 4, 2, 5, 1, 3,
- г) 2, 4, 1, 5, 3,
- д) 2, 1, 3, 5, 4.
78. Способы определения рабочей длины:
- а) клинический
- б) табличный
- в) электрометрический
- г) рентгенологический
- д) верно б, в, г
- е) все верно
79. При работе в сильно искривленном и суженом канале целесообразно применить методику ...
- а) шаг назад,
- б) от коронки вниз,
- в) Роана.
80. Системная антибактериальная терапия при лечении периодонтита малоэффективна из-за ...
- а) барьерных свойств периапикальных очагов,
- б) высокой вирулентности периапикальной микрофлоры,
- в) полимикробной ассоциации периапикальных очагов,
- г) верно а, б, в,
- д) верно б, в.

81. 3% раствор гипохлорита натрия обладает ...
- бактерицидным действием на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы и вирусы,
 - протеолитическим действием,
 - дезодорирующим эффектом,
 - верно а, б, в,
 - верно а, в.
82. При пломбировании каналов скорость вращения каналонаполнителя не должна превышать ... оборотов в минуту.
- 800 – 1000,
 - 400 – 500,
 - 100 – 200.
83. В системе «термофил» и в инъекционной технике используется ... гуттаперча.
- альфа,
 - бета.
84. Прогноз после проведенного эндодонтического лечения зависит в основном от ...
- качества медикаментозной обработки канала,
 - степени расширения канала,
 - степени очистки стенок корневого канала от некротизированных остатков тканей,
 - создания герметизма корневого канала,
 - количества пломбировочного материала, выведенного за верхушку.
85. Установка внутриканального штифта производится после пломбирования канала
- сразу же,
 - на следующий день,
 - через 2-3 дня,
 - через неделю,
 - через месяц.
86. Только эндодонтическое лечение верхушечного периодонтита на фоне иммунодефицитных состояний ...
- достаточно,
 - не достаточно.
87. Расставьте этапы обработки медицинских изделий в правильной последовательности.
Стерилизация – 1,
Дезинфекция – 2,
Предстерилизационная обработка – 3

- 1, 2, 3,
- 2, 3, 1,
- 3, 2, 1,
- 2, 1, 3,
- 3, 1, 2.

88. После влажной уборки помещений зубоучастных (терапевтических) кабинетов включают бактерицидные лампы на ... минут.

- 5,
- 30,
- 45,
- 20,
- 10.

89. Паровой метод стерилизации:

| | Температура, °С | Время выдержки, минут |
|-----|-----------------|-----------------------|
| а) | 130 | 10 |
| *б) | 132 | 20 |
| в) | 120 | 30 |
| г) | 60 | 60 |
| д) | 100 | 3 |

90. Допустимое время использования мед инструментария на стерильном столике - ...

- до окончания использования инструментария,
- 1 рабочую смену,
- 2 рабочие смены,
- 1 час,
- 3 часа.

91. Эпидемиологически значимыми при ВИЧ-инфекции являются следующие биологические жидкости - ...

- сперма, слюна,
- кровь, сперма,
- слезная жидкость, пот.

92. Гепатитами В и Д можно заразиться ...

- в парикмахерской, в бане,
- при проведении инъекций,
- во время операции или при переливании крови,
- при проведении стоматологических вмешательств,
- верно а, б, в, г,
- верно б, в, г.

93. **Бессознательное состояние с отсутствием реакции на внешние раздражители, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно важных функций – это...**

- а) кома,
- б) шок,
- в) stupor,
- г) sopor,
- д) обморок

94. Какому виду коматозного состояния соответствует следующая клиника?

Лицо одутловатое, акроцианоз, дыхание поверхностное, профузный пот, пульс малый, учащенный, артериальное давление низкое, запах алкоголя изо рта, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Это кома ...

- а) алкогольная,
- б) гипогликемическая,
- в) апopleксическая (при кровоизлиянии в мозг),
- г) диабетическая (гипергликемическая),
- д) эпилептическая.

95. Перечислите факторы, способствующие развитию диабетической комы:

- а) использование местноанестезирующих средств,
- б) стрессовая ситуация (увеличение секреции катехоламинов), использование адреналина в составе местноанестезирующих средств,
- в) прием пищи до или после стоматологического вмешательства,
- г) использование седативной премедикации,
- д) все верно.

96. Неотложная терапия ... комы: госпитализация в токсикологическое отделение; при транспортировке принять меры для предупреждения аспирации

рвотных масс: положить больного на правый бок и лицо повернуть вниз.

- а) алкогольной комы,
- б) гипогликемической комы,
- в) апopleксической комы, (геморрагический инсульт),
- г) диабетической комы,
- д) эпилептического припадка.

97. Признаки кровотечения – кровь вытекает медленно по каплям, при нормальной свертываемости кровотечение прекращается самостоятельно. Тип кровотечения - ...

- а) наружный,
- б) внутренний,
- в) артериальный,
- г) венозный,
- д) капиллярный.

98. Место пальцевого прижатия лицевой артерии:

- а) поперечный отросток VI шейного позвонка,
- б) скуловая дуга,
- в) нижний край нижней челюсти перед m. masseter,
- г) ветвь нижней челюсти.

99. Признак ожога: гиперемия кожных покровов. Степень тяжести ожога - ...

- а) I,
- б) II,
- в) III а,
- г) III б,
- д) IV.

100. Признак ожога: обугливание. Степень тяжести ожога - ...

- а) I,
- б) II,
- в) III а,
- г) III б,
- д) IV.

Ответы к варианту 6

| | | | |
|-----|------|------|------|
| 1-в | 26-а | 51-в | 76-б |
|-----|------|------|------|

| | | | |
|------|------|--------|-------|
| 2-в | 27-г | 52-г | 77-г |
| 3-б | 28-б | 53-б | 78-д |
| 4-а | 29-б | 54-б | 79-в |
| 5-д | 30-а | 55-а | 80-г |
| 6-а | 31-б | 56-а | 81-г |
| 7-б | 32-а | 57-б | 82-в |
| 8-а | 33-д | 58-в | 83-а |
| 9-в | 34-б | 59-д | 84-г |
| 10-б | 35-в | 60-д | 85-в |
| 11-б | 36-б | 61-б | 86-б |
| 12-г | 37-а | 62-б | 87-б |
| 13-б | 38-г | 63-в | 88-б |
| 14-г | 39-г | 64-д | 89-б |
| 15-д | 40-г | 65-б | 90-б |
| 16-г | 41-б | 66-в | 91-б |
| 17-б | 42-г | 67-б | 92-д |
| 18-в | 43-д | 68-б | 93-а |
| 19-б | 44-г | 69-г | 94-а |
| 20-в | 45-г | 70-в | 95-б |
| 21-д | 46-б | 71 – д | 96-а |
| 22-б | 47-б | 72-д | 97-д |
| 23-а | 48-а | 73-а | 98-в |
| 24-д | 49-а | 74-а | 99-а |
| 25-в | 50-в | 75-а | 100-д |

Вариант 7

Дополните

1. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологические заболевания, к общему числу обследованного населения называется

_____ стоматологических заболеваний.

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

2. Стоматологический статус населения региона оценивается при проведении

- 1) диспансеризации населения
- 2) плановой санации полости рта
- 3) эпидемиологического обследования населения

3. Оценить интенсивность кариеса молочных зубов можно, используя индекс

- 1) КПУ(3)
- 2) КПУ (3) + кп (3)
- 3) кп (3)
- 4) КПУ (П)

4. Зубные нити флоссы - это средство гигиены

1) основное

2) дополнительное

5. Слюна является источником минералов зубного камня

- 1) наддесневого
- 2) поддесневого

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

6. Удаление мягкого зубного налета

- 1) способствует уменьшению кровоточивости десен
- 2) уменьшает риск заболевания кариесом
- 3) уменьшает риск заболевания флюорозом
- 4) уменьшает риск возникновения гипоплазии эмали

7. К дополнительным средствам гигиены относятся

- 1) зубные пасты
- 2) зубочистки
- 3) зубные щетки
- 4) зубные ершики
- 5) флоссы

6) зубные порошки

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

8. При неудовлетворительной гигиене полости рта РН ротовой жидкости

- 1) увеличивается
- 2) снижается
- 3) остается без изменений

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 9. Группа | Средства гигиены |
| 1) основные | а) зубные щетки |
| 2) дополнительные | б) зубные порошки |
| | в) зубные эликсиры |
| | г) флоссы |
| | д) зубочистки |
| | е) зубные пасты |

Ответы: 1 _____, 2 _____.

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

10. К экзогенным методам фторпрофилактики относится

- 1) фторирование молока
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) покрытие зубов фторсодержащим лаком
- 4) использование фторидсодержащих таблеток
- 5) полоскание фторидсодержащими растворами

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

11. Реминерализующую терапию следует проводить при

- 1) среднем кариесе
- 2) кариесе в стадии пятна
- 3) тетрациклированных зубах

12. Оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде для местности с умеренным климатом является

- 1) 1 мг/л
- 2) 0,5 мг/л
- 3) 1,2 мг/л

13. Показанием к назначению таблеток фторида натрия является содержание

фторидов в окружающей среде от оптимального

- 1) более 50%
- 2) менее 50%

14. Количество фторидсодержащего раствора на 1 профилактическую процедуру не должно превышать

- 1) 5 мл
- 2) 10 мл
- 3) 20 мл

15. Противокариозный эффект таблеток фтористого натрия выше, если их принимают регулярно с

- 1) 2 лет
- 2) 6 месяцев
- 3) 4 лет
- 4) 6 лет

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

16. Для реминерализующей терапии применяют препарат «Ремодент» в концентрации

- 1) 5%
- 2) 3%
- 3) 1%
- 4) 2%

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

17. Профилактическая процедура покрытия зубов фторлаком проводится

- 1) поверхность зубов высушивается воздухом
- 2) покрытие зубов фторлаком
- 3) зубы очищаются от зубного налета
- 4) изолируются от слюны
- 5) высушивание зубов после покрытия фторлаком в течение 4 минут

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

18. SPINT-это индекс.

- 1) пародонтальный
 - 2) гигиены
 - 3) зубного налета
 - 4) интенсивности кариеса зубов
19. Основная причина возникновения воспалительных заболеваний десны
- 1) наследственность
 - 2) наличие микробного налета
 - 3) вредные привычки

- 4) подвижность зубов
20. Индекс РМА помогает выявлять
1) воспаление в десне
2) зубной налет
3) кровоточивость
4) поддесневой зубной камень

ДОПОЛНИТЕ

21. Удаление твердых зубных отложений относится к методам профессиональной гигиены и осуществляется

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

22. Лучшими источниками витамина С являются
1) овощи и фрукты
2) хлеб и крупы
3) молоко
4) мясо

ДОПОЛНИТЕ

23. Методы санитарно-просветительной работы: активные и

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

24. К активным формам санитарно-просветительной работы относятся следующие методы
1) издание научно-популярной литературы ,
2) проведение «урока здоровья» в школе
3) проведение выставок
4) занятия по обучению гигиене в группе детского сада
5) телевизионная реклама
6) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

25. Перевязочный материал стерилизуют
1) автоклавированием
2) в сухожаровом шкафу
3) кипячением
26. Безболезненность достигается препарированием в режиме
1) прерывистом, с охлаждением
2) непрерывном, с охлаждением

- 3) непрерывном, без охлаждения
27. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности резцов и клыков
1) I класс
2) II класс
3) III класс
4) IV класс
5) V класс
28. Для протравливания эмали используют кислоту
1) серную
2) трихлоруксусную
3) ортофосфорную

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

29. Эмаль «строят» клетки
1) остеобласты
2) фибробласты
3) цементобласты
4) энамелобласты
5) одонтобласты
30. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка
1) до рождения
2) после рождения
31. Корни молочных моляров формируются к
1) 2 годам
2) 3 годам
3) 4 годам
4) 5 годам

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

32. Ростковая зона корня зуба на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости
1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
33. Зубы, которые наиболее часто поражаются системной гипоплазией
1) молочные моляры
2) постоянные зубы мудрости

- 3) постоянные резцы, клыки и первые моляры
- 4) молочные резцы
- 5) постоянные премоляры
34. Причина эндемического флюороза
 - 1) недостаток кальция в организме ребенка
 - 2) инфекционное заболевание ребенка
 - 3) повышенное содержание фтора в питьевой воде
 - 4) недостаток фтора в организме матери
 - 5) недостаток фтора в организме ребенка

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

35. Лекарственные вещества, которые вызывают окраску зубов

- 1) анальгин
- 2) димедрол
- 3) тетрациклин
- 4) хлорид кальция
- 5) пенициллин

36. При несовершенном амелогенезе поражены только

- 1) молочные резцы
- 2) молочные моляры
- 3) постоянные резцы
- 4) постоянные моляры
- 5) все молочные и постоянные зубы

37. Заболевания являющиеся наследственными

- 1) системная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) несовершенный дентиногенез
- 5) дисплазия Капдепона

38. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона

- 1) наличие ночных болей
- 2) стираемость дентина
- 3) кариозные полости
- 4) изменение окраски зубов
- 5) зубы интактные

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

39. Кариозные пятна чаще выявляются на поверхности зубов

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) режущем крае

- 5) буграх
40. Дентин при медленном течении кариеса удаляется экскаватором
 - 1) легко
 - 2) трудно
41. Зондирование при поверхностном кариесе выявляет, что эмаль
 - 1) шероховатая
 - 2) гладкая
42. При глубоком кариесе боли от холодного проходят
 - 1) быстро
 - 2) медленно

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

43. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) лактодонт
- 4) инфантид
- 5) эвикрол

44. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки

- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- 2) цинкэвгеноловую пасту
- 3) пасту формалин-резорциновую
- 4) препараты на основе гидроокиси кальция

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

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

- 1) острый общий пульпит
- 2) хронический фиброзный пульпит
- 3) хронический гангренозный пульпит
- 4) хронический гипертрофический пульпит

46. Хронический пульпит у детей развивается

- 1) из острых форм пульпита
- 2) как первично-хронический процесс
- 3) возможно и то, и другое

47. При хроническом фиброзном пульпите зондирование болезненно в области

- 1) коронковой пульпы

- 2) в глубине полости зуба
- 3) в устьях каналов

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

48. Для хронического фиброзного пульпита характерно

- 1) резкая болезненность при перкуссии
- 2) зондирование вскрытого рога пульпы болезненно
- 3) зондирование вскрытого рога пульпы резко болезненно

49. При хронических формах пульпита молочных зубов выявляются на рентгенограммах изменения в виде

- 1) расширение периодонтальной щели
- 2) остеопороза костной ткани
- 3) расширение периодонтальной щели, остеопороза
- 4) все ответы верны

50. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит

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

51. Девитальная экстирпация - это

- 1) удаление пульпы из всех каналов под местным или общим обезболиванием
- 2) удаление пульпы из всех каналов после ее некротизации

ДОПОЛНИТЕ

52. Удаление коронковой и корневой пульпы после ее некротизации – это _____

53. Удаление коронковой и корневой пульпы под обезболиванием – это _____

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

54. Проведение метода девитальной экстирпации во второе посещение - это {1} раскрытие полости зуба

- {2} механическая обработка корневых каналов
 - {3} удаление повязки
 - {4} экстирпация
 - {5} медикаментозная обработка корневых каналов
 - {6} восстановление анатомической формы зуба
 - {7} окончательная обработка кариозной полости
 - {8} ампутация
 - {9} пломбирование каналов
 - {10} наложение изолирующей прокладки
55. Проведение метода девитальной ампутации во второе посещение - это {1} наложение на устья каналов тампона с резорцин-формалиновой смесью поповязку
- {2} окончательная обработка кариозной полости
 - {3} ампутация
 - {4} удаление повязки
 - {5} раскрытие полости зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

56. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах

- 1) 1-6 мкА
- 2) 20-60 мкА
- 3) 100-200 мкА

57. Хронический гранулематозный периодонтит молочных зубов встречается

- 1) часто
- 2) редко

УКАЖИТЕ НОМЕР ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

58. Причины острого травматического периодонтита

- 1) ушиб зуба
- 2) избыточное выведение пломбировочного материала за верхушку
- 3) передозировка мышьяковистой пастой

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

59. При хроническом периодонтите молочного зуба может возникнуть

- 1) системная гипоплазия эмали постоянных зубов
- 2) местная гипоплазия постоянных зубов

3) несовершенный дентиногенез
60. Пломбирую каналы центральных постоянных зубов при хроническом периодонтите

- 1) пастой из окиси цинка и на масляной основе
 - 2) резорцин-формалиновой пастой
61. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем
- 1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение
 - 2) удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
 - 3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

62. При обострении хронического периодонтита назначают
- 1) леворин
 - 2) бонафтон
 - 3) антибиотики, сульфаниламид
 - 4) полоскание раствором соды
 - 5) теплые ротовые ванночки
63. Тактика врача при вколоченном вывихе молочного зуба
- 1) удаление зуба
 - 2) хирургическая репозиция и шинирование сроком на 2-4 недели
 - 3) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, наблюдение
 - 4) ортодонтическое лечение - вытяжение зуба с помощью аппарата
64. Рентгенологические признаки бокового вывиха
- 1) расширение периодонтальной щели у верхушки зуба
 - 2) расширение периодонтальной щели на одной боковой поверхности и «исчезновение» на другой при смещении в сторону соседнего зуба
 - 3) равномерное расширение периодонтальной щели
 - 4) изменение в периодонте нет

5) периодонтальная щель увеличена у верхушки зуба

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

65. При переломе постоянного сформированного зуба в области шейки показана
- 1) высокая ампутация пульпы
 - 2) экстирпация пульпы
 - 3) удаление корня зуба
66. При переломе коронок и корней молочных зубов показано
- 1) сохранение зуба
 - 2) удаление зуба
67. Распространенность вируса простого герпеса среди населения
- 1) большая
 - 2) небольшая
68. Способы передачи возбудителей при остром герпетическом стоматите (ОГС)
- 1) контактный
 - 2) воздушно-капельный
 - 3) алиментарный
69. Инкубационный период при ОГС составляет
- 1) несколько дней
 - 2) 1-2 недели
 - 3) около 1 месяца
70. Высыпания при ОГС могут продолжаться несколько дней
- 1) да
 - 2) нет
71. Полиморфизм при ОГС
- 1) истинный
 - 2) ложный
72. Противовирусные препараты местного действия назначаются
- 1) в продромальном периоде
 - 2) в первые 4-5 дней высыпаний
 - 3) период эпителизации
73. Возбудителем герпангины является
- 1) вирус простого герпеса
 - 2) вирус Коксаки, ЕСНО
 - 3) гемолитический стрептококк
74. Элементы поражения при герпангине
- 1) трещина
 - 2) эрозия
 - 3) корочка

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

75. Налет при легкой форме кандидомикоза (молочница)

- 1) снимается
- 2) не снимается

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

76. Для торможения размножения грибов можно создать в полости рта

- 1) кислую среду
- 2) щелочную среду
- 3) нейтральную среду

77. При кандидомикозах в соскобах обнаруживают

- 1) большое количество мицелия, почкующиеся клетки
- 2) гигантские клетки эпителия

78. Лечение слизистой оболочки полости рта при сифилисе проводят

- 1) в стоматологической поликлинике
- 2) в кожно-венерическом диспансере

79. Для лечения пиодермии внутрь назначают

- 1) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
- 2) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
- 3) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

80. Травматическую эрозию слизистой нижней поверхности кончика языка у детей 1 -2 месяца 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

81. Афты Беднара встречаются у

- 1) детей первых месяцев жизни
- 2) детей 2-3 лет
- 3) старших дошкольников
- 4) детей школьного возраста
- 5) подростков

82. Успех лечения травматических эрозий и декубинальных язв определяет

- 1) выбор обезболивающих средств
- 2) устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- 3) применение определенных дезинфицирующих средств
- 4) применение определенных кератопластических средств

83. Для обезболивания элементов ХРАС применяют

- 1) теброфеновую мазь
- 2) нистатиновую мазь
- 3) взвесь анестезина в масле
- 4) неомициновую мазь

84. Для ускорения заживления элементов ХРАС применяют

- 1) флореналевую мазь
- 2) масло шиповника
- 3) мазь клотримазол

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

85. Многоформной экссудативной эритемой (МЭЭ) чаще болеют дети

- 1) первых месяцев жизни
- 2) 2-3 лет
- 3) старшие дошкольники
- 4) младшего школьного возраста
- 5) старшего школьного возраста

86. Географический язык - это

- 1) воспаление слизистой оболочки языка
- 2) вариант нормального строения языка

87. Если ангулярный хейлит осложнен стрептостафилодермией, образуются

- 1) темно-желтые корки
- 2) влажный белый налет
- 3) эрозии с гнойным отделяемым

88. Стрепто-стафилококковые заеды и трещины рекомендуются обрабатывать мазями

- 1) теброфеновой
- 2) левориновой
- 3) неомициновой
- 4) синтомициновой

89. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать

- 1) антибактериальную терапию
- 2) диету с исключением аллергенов
- 3) антигрибковую терапию

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

90. Признаками здоровой десны являются

- 1) бледность десны, плотность тканей, рецессия (ретракция) десны
- 2) розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости
- 3) розовый цвет края десны, отсутствие кровоточивости, деформация десневого края

91. Для объективной оценки тяжести гингивита используют индексы

- 1) ПМА
- 2) Федорова-Володкиной
- 3) КПУ

92. Симптомами хронического катарального гингивита являются

- 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) атрофия десны
- 3) деформация зубодесневых сосочков

93. Короткая уздечка языка вызывает в пародонте изменения

- 1) генерализованные
- 2) местные

94. Пародонтолиз - заболевание пародонта

- 1) системное
- 2) местное

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

95. Прогноз при пародонтозе

- 1) выздоровление
- 2) стабилизация процесса
- 3) увеличение лизиса тканей

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

96. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная

97. Потеря сознания характерна для

- 1) обморока
- 2) анафилактического шока

98. Гиперемия кожи лица, шеи является клиническим симптомом

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) анафилактического шока
- 3) обморока

99. Этапы операций удаления временного зуба и постоянного

- 1) одинаково
- 2) различно

100. Острый одонтогенный остеомиелит абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба

- 1) является
- 2) не является

Ответы к варианту 7

| | | | |
|--------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| 1. распространенностью | 26. 1 | 51. 2 | 76. 2 |
| 2. 3 | 27. 3 | 52. девитальная экстирпация | 77. 1 |
| 3. 3 | 28. 3 | 53. витальная экстирпация | 78. 2 |
| 4. 2 | 29. 4 | 54. 3, 7, 1, 8, 4, 2, 5, 9, 10, 6 | 79. 2 |
| 5. 1 | 30. 2 | 55. 4, 2, 5, 3, 1 | 80. 3 |
| 6. 1, 2 | 31. 3 | 56. 3 | 81. 1 |
| 7. 2, 4, 5 | 32. 2 | 57. 2 | 82. 2 |
| 8. 2 | 33. 3 | 58. 1, 2 | 83. 3 |
| 9. 1-а, б, е. 2-в, г, д. | 34. 3 | 59. 2 | 84. 2 |
| 10. 3, 5 | 35. 3 | 60. 1 | 85. 5 |

| | | | |
|-------------------|----------|----------|----------|
| 11. 2 | 36. 5 | 61. 3 | 86. 2 |
| 12. 1 | 37. 4, 5 | 62. 4, 5 | 87. 1, 3 |
| 13. 2 | 38. 2, 4 | 63. 1 | 88. 3, 4 |
| 14. 2 | 39. 1 | 64. 2 | 89. 2 |
| 15. 2 | 40. 2 | 65. 2 | 90. 2 |
| 16. 2 | 41. 1 | 66. 2 | 91. .1 |
| 17. 3, 4, 1, 2, 5 | 42. 1 | 67. 1 | 92. 1 |
| 18. 1 | 43. 3, 4 | 68. 1, 2 | 93. 2 |
| 19. 2 | 44. 2, 4 | 69. 1 | 94. 1 |
| 20. 1 | 45. 4 | 70. 1 | 95. 2 |
| 21. стоматологом | 46. 3 | 71. 2 | 96. 3 |
| 22. 1 | 47. 1 | 72. 1, 2 | 97. 1 |
| 23. пассивные | 48. 3 | 73. 2 | 98. 2 |
| 24. 2, 4, 6 | 49. 4 | 74. 2 | 99. 2 |
| 25. 1 | 50. 1, 2 | 75. 1 | 100. 1 |

Вариант 8

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

1. Для планирования программы профилактики стоматологических заболеваний наиболее важной является информация

- 1) о динамике демографических процессов в регионе
- 2) о состоянии окружающей среды
- 3) об имеющемся персонале и материальных ресурсах
- 4) о стоматологическом статусе населения

2. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных

- 1) на предупреждения возникновения заболевания
- 2) на лечение и предупреждение осложнений заболевания
- 3) на восстановление утраченных функций

3. Оценить интенсивность кариеса молочных зубов можно, используя индекс

- 1) КПУ(3)
- 2) КПУ(3)+кп(3)
- 3) кп(3)
- 4) КПУ(П)

4. При проведении эпидемиологического обследования детского населения обследуют детей в возрасте

- 1) 6, 9, 12 лет

2) 6, 12, 15, лет

3) 9, 12, 15 лет

5. Оценить интенсивность кариеса зубов в смешанном прикусе можно, используя индекс

- 1) КПУ(3)
- 2) КПУ(3)+кп(3)
- 3) кп (3)
- 4) КПУ(П)

6. Структура наддесневого зубного камня относится к типу

- 1) слюнному
- 2) сывороточному

7. Слюна является источником минералов зубного камня

- 1) наддесневого
- 2) поддесневого

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

8. Для оценки состояния гигиены полости рта используются индексы

- 1) КПУ
- 2) ИГР У
- 3) КПИ
- 4)РМА
- 5) Федорова-Володкиной

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

9. Детям в возрасте 4-х лет следует рекомендовать пользоваться зубными щетками из искусственного волокна

- 1) средней жесткости
- 2) мягкого
- 3) жетского
- 4) очень мягкого

10. В образовании зубного налета важную роль играют

- 1) микроорганизмы и эпителиальные клетки
- 2) эпителиальные клетки и углеводы
- 3) углеводы, микроорганизмы и эпителиальные клетки

11. Определение гигиенического индекса относится к методам обследования

- 1) основным
- 2) дополнительным

ДОПОЛНИТЕ

12. Основными средствами индивидуальной гигиены полости рта являются - зубная щетка

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

13. К эндогенным методам фторпрофилактики относятся

- 1) покрытие зубов фторсодержащим лаком
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) полоскания фторсодержащими растворами
- 4) фторирование молока
- 5) фторирование соли

14. Оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде для местности с умеренным климатом является

- 1) 1 мг/л
- 2) 0,5 мг/л
- 3) 1,2 мг/л

15. В полости рта пациента, который с рождения пил воду, содержащую излишнее количество фторида, можно увидеть

- 1) пятнистую эмаль
- 2) адентию
- 3) макродентию

4) остеопороз

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

16. Полоскания полости рта растворами фторидов рекомендуются детям с возраста

- 1) 3-х лет
- 2) 6-ти лет
- 3) 12-ти лет

17. Таблетки фторида натрия назначают ежедневно

- 1) 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

18. Герметизация фиссур проводится после прорезывания зуба

- 1) сразу
- 2) через 2 года
- 3) через 1 год

19. Гингивит является заболеванием

- 1) воспалительным
- 2) воспалительно-дистрофическим
- 3) дистрофическим

20. Индекс РМА помогает выявлять

- 1) воспаление в десне
- 2) зубной налет
- 3) кровоточивость
- 4) поддесневой зубной камень

21. Тип образования структуры поддесневого зубного камня

- 1) слюнной
- 2) сывороточный

ДОПОЛНИТЕ

22. Основным методом профилактики катарального гингивита является соблюдение

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

23. Заболевания Симптомы

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| 1) пародонтит | а) кровоточивость десен |
| 2) пародонтоз | б) жжение языка |
| | в) патологическая стираемость зубов |

- г) изменение прикуса
- д) пародонтальные карманы
- е) равномерная атрофия альвеол

Ответ: 1. _____ 2. _____

ДОПОЛНИТЕ

24. Опухолевые и опухолеподобные процессы в пародонте называются

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

25. Наибольшее количество кальция содержит

- 1) рыба, мясо, птица
- 2) желток, яйца, печень, хлеб
- 3) молоко, сыр, зеленые овощи

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

26. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов - это

- 1) железо
- 2) фосфор
- 3) кальций
- 4) натрий

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

27. Система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждения болезней - это

- 1) диспансеризация
- 2) санация полости рта
- 3) профилактика

ДОПОЛНИТЕ

28. Методы санитарно-просветительной работы, предполагающие заинтересованное участие населения называются

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

29. Число классов классификаций кариозных полостей по Блэку

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 9

30. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности моляров и премоляров

- 1) I класс
- 2) II класс
- 3) III класс
- 4) IV класс
- 5) V класс

31. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на жевательной поверхности моляров и премоляров

- 1) I класс
- 2) II класс
- 3) III класс
- 4) IV класс
- 5) V класс

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

32. Дентин «строят» клетки

- 1) остеообласты
- 2) фибробласты
- 3) цементобласты
- 4) знаменобласты
- 5) одонтобласты

33. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка

- 1) до рождения
- 2) после рождения

34. Корни молочных моляров формируются к

- 1) 2-м годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

35. Корни премоляров заканчивают свое формирование к

- 1) 10 годам
- 2) 12 годам
- 3) 13 годам
- 4) 15 годам

36. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к

- 1) 10 годам
- 2) 12 годам
- 3) 13 годам
- 4) 15 годам

37. Причина эндемического флюороза

- 1) недостаток кальция в организме ребенка
- 2) инфекционное заболевание ребенка
- 3) повышенное содержание фтора в питьевой воде
- 4) недостаток фтора в организме матери
- 5) недостаток фтора в организме ребенка

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

38. Причины системной гипоплазии постоянных зубов, клыков и первых моляров

- 1) наследственность
- 2) заболевание матери в период беременности
- 3) травма плода
- 4) заболевание ребенка на 1-м году жизни
- 5) прием ребенком больших доз антибиотиков в 5-летнем возрасте

39. Причины, приводящие к местной гипоплазии твердых тканей зубов

- 1) наследственность-
- 2) средний кариес
- 3) вколоченный вывих
- 4) острый частичный пульпит
- 5) периодонтит молочного зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

40. Заболевания являющиеся наследственными

- 1) системная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) несовершенный дентиногенез
- 5) дисплазия Капдепона

41. Изменения, выявляемые на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе

- 1) на рентгенограмме изменений нет
- 2) полости зубов обптерированы

42. Оптимальная нормальная доза фтора в питьевой воде

- 1) 0,1-0,2 мг/л
- 2) до 0,5 мг/л
- 3) 6-7 мг/л
- 4) 1-1,5 мг/л
- 5) больше 10 мг/л

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

43. Кариозные пятна чаще выявляются на поверхности зубов

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) режущем крае
- 5) буграх

44. Поверхность кариозных пятен при зондировании

- 1) шероховатая
- 2) гладкая

45. Дентин при медленном течении кариеса удаляется экскаватором

- 1) легко
- 2) трудно

46. При глубоком кариесе зондирование болезненно

- 1) резко в одной точке дна
- 2) по всему дну

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

47. Методика лечения кариеса временных клыков и резцов при поверхностном кариесе

- 1) препарирование измененной ткани и наложение пломбы
- 2) аппликация раствора глюконата кальция и фторида натрия
- 3) сошлифовывание измененной ткани (карборундовой головкой) и проведение реминерализирующей терапии

48. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки

- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- 2) цинкэвгеноловую пасту
- 3) пасту резорцин-формалиновую
- 4) препараты на основе гидроокиси кальция

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

49. Формы пульпита, при которых возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке

- 1) фиброзный
- 2) гангренозный
- 3) гипертрофический
- 4) хронический в стадии обострения .

50. При гангренозном пульпите при зондировании болезненность пульпы

- 1) только в устьях каналов или глубине каналов
- 2) слабая в коронковой части
- 3) резкая болезненность в области скрытого рога пульпы

51. Для хронического фиброзного пульпита характерно

- 1) резкая болезненность при перкуссии
- 2) зондирование вскрытого рога болезненно
- 3) зондирование вскрытого рога резко болезненно

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

52. Для оценки состояния пульпы постоянных зубов при не вскрытой полости зуба наиболее информативным является

- 1) ЭОД
- 2) зондирование
- 3) перкуссия

53. ЭОД при хронических пульпитах постоянных зубов

- 1) 2-6 мкА
- 2) 20-60 мкА
- 3) свыше 150 мкА

54. Девитальная экстирпация - это

- 1) удаление пульпы из всех каналов под местным или общим обезболиванием
- 2) удаление пульпы из всех каналов после ее некротизации

55. Лечение методом девитальной ампутации проходит

- 1) в 2 посещения
- 2) в 3 посещения

ДОПОЛНИТЕ

56. Удаление коронковой и корневой пульпы после ее некротизации – это _____

57. Удаление коронковой и корневой пульпы под обезболиванием – это _____

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

58. Проведение метода девитальной экстирпации в первое посещение - это

- {1} наложение девитализирующей пасты
- {2} покрытие девитализирующей пасты тампоном с обезболивающей жидкостью
- {3} частичная обработка кариозной полости
- {4} выявление вскрытой полости зуба или вскрытие полости зуба
- {5} наложение повязки

59. Проведение метода девитальной ампутации во второе посещение - это

- {1} наложение на устье каналов тампона с резорцин-формалиновой смесью под повязку
- {2} окончательная обработка полости
- {3} ампутация
- {4} удаление повязки
- {5} раскрытие полости зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

60. Острый инфекционный периодонтит является исходом

- 1) острого диффузного пульпита
- 2) травмы зуба
- 3) хронического фиброзного пульпита

61. Хронический гранулематозный периодонтит молочных зубов встречается

- 1) часто
- 2) редко

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

62. При хроническом периодонтите молочных зубов резорбция корней

- 1) физиологическая
- 2) патологическая

63. При хроническом периодонтите молочного зуба может возникнуть

- 1) системная гипоплазия эмали постоянных зубов
 - 2) местная гипоплазия постоянных зубов
 - 3) несовершенный дентиногенез
64. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует
- 1) запломбировать канал
 - 2) зуб оставить открытым
 - 3) наложить временную пломбу (повязку)

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

65. Пломбируют каналы центральных постоянных зубов при хроническом периодонтите
- 1) пастой из окиси цинка и на масляной основе
 - 2) резорцин-формалиновой пастой

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

66. Лечение хронического периодонтита однокорневого зуба со сформированным корнем
- 1) вскрыть полость зуба, удалить распад из канала, промыть антисептиками, канал запломбировать
 - 2) вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, канал запломбировать
 - 3) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым

УСТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

67. Этапы лечения хронического периодонтита сформированных фронтальных зубов
- {1} шлифование и полирование пломбы
 - {2} раскрытие полости зуба
 - {3} медикоментозная обработка канала
 - {4} удаление распада пульпы
 - {5} пломбирование каналов

- {6} наложение прокладки и пломбы
- {7} рентгенография для определения качества пломбирования каналов
- {8} расширение каналов
- {9} раскрытие верхушки
- {10} препарирование кариозной полости или трепанация зуба

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

68. Тактика врача при неполном вывихе молочного зуба
- 1) шинирование после репозиции
 - 2) эндодонтическое лечение
 - 3) удаление зуба
69. При переломе коронки с обнажением пульпы в первые 6-12 часов
- 1) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба с ортодонтической коронкой
 - 2) закрытие линии перелома фторцементом
 - 3) витальная ампутация пульпы
 - 4) высокая ампутация
70. Способы передачи возбудителей при остром герпетическом стоматите (ОГС)
- 1) контактный
 - 2) воздушно-капельный
 - 3) алиментарный
71. Полиморфизм при ОГС
- 1) истинный
 - 2) ложный
72. Присоединение стрептостафилококковой инфекции при ОГС
- 1) возможно
 - 2) невозможно

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

73. Назначьте мази для местного лечения ОГС
- 1) гепариновую
 - 2) бутадиеновую
 - 3) теброфеновую
 - 4) бонафтоновую
74. Рецидивы заболевания ОГС объясняются
- 1) возрастом
 - 2) снижением иммунитета
 - 3) полом ребенка
75. Элементы поражения при герпангине
- 1) трещина

- 2) эрозия
- 3) корочка
76. Выберите лекарственные средства при герпангине
- 1) ферменты
- 2) антисептики
- 3) антибиотики
- 4) противовирусные препараты

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

77. Налет при легкой форме кандидомикоза (молочница)
- 1) снимается
- 2) не снимается
78. Для торможения размножения грибов важно создать в полости рта
- 1) кислую среду
- 2) щелочную среду
- 3) нейтральную
79. Нистатин для лечения молочницы назначают из расчета в суточной дозе на 1 кг массы тела
- 1) 50000 ЕД
- 2) 100000 ЕД
- 3) 150000 ЕД
80. При пиодермии на красной кайме и коже губ
- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
81. Мази, применяемые для лечения пиодермии
- 1) 2% тиброфеновая
- 2) 2% неомициновая
- 3) 0,25% оксалиновая

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

82. Гиперемия окружающей травматическую эрозию слизистой оболочки
- 1) выражена
- 2) не выражена

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

83. Для обезболивания элементов ХРАС применяют

- 1) теброфеновую мазь
- 2) нистатиновую мазь
- 3) взвесь анестезина в масле
- 4) неомициновую мазь
84. Кератопластические средства
- 1) неомициновая мазь
- 2) теброфеновая мазь
- 3) актовегин, солкосерил
- 4) малсо шиповника, облепихи
- 5) мазь канестен (клотримазол)
85. Географический язык и черный волосатый язык протекает
- 1) остро
- 2) хронически
86. Стрепто-стафилококковые заеды и трещины рекомендуется обрабатывать мазями
- 1) теброфеновой
- 2) левориновой
- 3) неомициновый
- 4) синтомициновый
87. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются
- 1) эрозии с гнойным отделяемым.
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
88. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать
- 1) антибактериальную терапию
- 2) диету с исключением аллергенов
- 3) антигрибковую терапию

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

89. Для объективной оценки тяжести гингивита используют индексы
- 1) ПМА -
- 2) Федорова-Володкиной
- 3) КПУ
90. Короткая уздечка языка вызывает в пародонте изменения
- 1) генерализованные
- 2) местные
91. Пародонтолиз - заболевание пародонта
- 1) системное
- 2) местное
92. Формалиновая проба положительная при
- 1) хроническом катаральном гингивите
- 2) пародонтите

3) хроническом гипертрофическом гингивите

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

93. Мелкое преддверие рта вызывает в тканях пародонта изменения

- 1) местные
- 2) генерализованные

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

94. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от

- 1) пародонтоза
- 2) фиброматоза десен

95. Прогноз при эффективном лечении пародонтита

- 1) выздоровление
- 2) стабилизация процесса
- 3) прогрессирование процесса

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

96. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная

97. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3) инфильтрационной

98. При обмороке зрачок

- 1) сужен
- 2) расширен

99. Кюретаж лунки при удалении временного зуба

- 1) не проводится
- 2) проводится

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

100. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся

- 1) перелом корня
- 2) альвеолит
- 3) поздние кровотечения
- 4) вывих соседнего зуба
- 5) травма зуба противоположной челюсти

Ответы к варианту 8

| | | | |
|------------------|---------------|---------------------------|----------|
| 1. 4 | 26. 2, 3 | 51. 3 | 76. 2, 4 |
| 2. 1 | 27. 3 | 52. 1 | 77. 1 |
| 3. 3 | 28. активными | 53. 2 | 78. 2 |
| 4. 2 | 29. 3 | 54. 2 | 79. 1 |
| 5. 2 | 30. 2 | 55. 2 | 80. 1 |
| 6. 1 | 31. 1 | 56. девитальная ампутация | 81. 2 |
| 7. 1 | 32. 5 | 57. витальная экстирпация | 82. 2 |
| 8. 2, 5 | 33. 2 | 58. 3, 4, 1, 2, 5 | 83. 3 |
| 9. 2 | 34. 3 | 59. 4, 2, 5, 3, 1 | 84. 3, 4 |
| 10. 3 | 35. 2 | 60. 1 | 85. 2 |
| 11. 2 | 36. 1 | 61. 3 | 86. 3, 4 |
| 12. зубная паста | 37. 3 | 62. 2 | 87. 3 |

| | | | |
|-------------------------|----------|-----------------------------------|--------------|
| 13. 2, 4, 5 | 38. 4 | 63. 2 | 88. 2 |
| 14. 1 | 39. 3, 5 | 64. 1 | 89. 1 |
| 15. 1 | 40. 4,5 | 65. 1 | 90. 2 |
| 16. 2 | 41. 2 | 66. 2 | 91. 1 |
| 17. 1 | 42. 1 | 67. 10, 2, 4, 3, 8, 9, 5, 7, 6, 1 | 92. 2 |
| 18. 1 | 43. 1 | 68. 3 | 93. 1 |
| 19. 1 | 44. 2 | 69. 1 | 94. 2 |
| 20. 1 | 45. 2 | 70. 1, 2 | 95. 2 |
| 21. 2 | 46. 2 | 71. 2 | 96. 2 |
| 22. гигиена полости рта | 47. 3 | 72. 1 | 97. 3 |
| 23. 1-а, д. 2-е | 48. 2, 4 | 73. 3, 4 | 98. 2 |
| 24. парадонтома | 49. 4 | 74. 2 | 99. 1 |
| 25. 3 | 50. 1 | 75. 2 | 100. 1, 4, 5 |

Вариант 9

ДОПОЛНИТЕ

1. Достигнуть значительного снижения стоматологических заболеваний невозможно без внедрения _____ профилактики.

2. Основные, методом, используемым при ситуационном анализе, является исследование распространенности и _____

стоматологических заболеваний.

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

3. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается

- 1) индивидуальной суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов
- 2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента
- 3) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов

4. Использовать детям 2-летнего возраста фторид содержащие зубные пасты

- 1) можно
- 2) нельзя

5. При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы

- 1) три рядом стоящих
- 2) рядом стоящий
- 3) одного сегмента

6. Зрелый зубной налет преимущественно содержит микроорганизмы

1) аэробные

2) анаэробные

3) аэробные и анаэробные

ДОПОЛНИТЕ

7. Зубные нити применяют для удаления налета с _____ поверхностей зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

8. При неудовлетворительной гигиене полости рта РН ротовой жидкости

- 1) увеличивается
- 2) снижается
- 3) остается без изменений

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 9. Группа | Средства гигиены |
| 1) основные | а) зубные щетки |
| 2) дополнительные | б) зубные порошки |
| | в) зубные эликсиры |
| | г) флоссы |
| | д) зубочистки |
| | е) зубные пасты |

Ответы: 1 _____, 2 _____.

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

10. К экзогенным методам фторпрофилактики относится

- 1) фторирование молока
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) покрытие зубов фтор содержащим лаком

4) использование фторидсодержащих таблеток

5) полоскание фторидсодержащими растворами

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

11. Реминерализирующую терапию следует проводить при

1) среднем кариесе

2) кариесе в стадии пятна

3) тетрациклированных зубах

12. Оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде для местности с умеренным климатом является

1) 1 мг/л

2) 0,5 мг/л

3) 1,2 мг/л

13. Показанием к назначению таблеток фторида натрия является содержание фторидов в окружающей среде от оптимального

1) более 50%

2) менее 50%

14. Количество фторидсодержащего раствора на 1 профилактическую процедуру не должно превышать

1) 5 мл

2) 10 мл

3) 20 мл

15. Противокариозный эффект таблеток фтористого натрия выше, если их принимают регулярно с

1) 2 лет

2) 5 месяцев

3) 4 лет

4) 6 лет

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

15. Для реминерализирующей терапии применяют препарат «Ремодент» в концентрации

1) 5%

2) 3%

3) 1 %

4) 2%

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

17. Профилактическая процедура покрытия зубов фторлаком проводится

1) поверхность зубов высушивается воздухом

2) покрытие зубов фторлаком

3) зубы очищаются от зубного налета

4) изолируются от слюны

5) высушивание зубов после покрытия фторлаком в течение 4 минут

Ответ: _____

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

18. SPINT-это индекс

1) пародонтальный

2) гигиены

3) зубного налета

4) интенсивности кариеса зубов

19. Основная причина возникновения воспалительных заболеваний десны

1) наследственность

2) наличие микробного налета

3) вредные привычки

4) подвижность зубов

20. Индекс РМА помогает выявлять

1) воспаление в десне

2) зубной налет

3) кровоточивость

4) поддесневой зубной камень

ДОПОЛНИТЕ

21. Удаление твердых зубных отложений относится к методам профессиональной гигиены и осуществляется

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

22. Лучшими источниками витамина С являются

1) овощи и фрукты

2) хлеб и крупы

3) молоко

4) мясо

ДОПОЛНИТЕ

23. Методы санитарно-просветительной работы:

активные и _____

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

24. К активным формам санитарно-просветительной работы относятся следующие методы

1) издание научно-популярной литературы

2) проведение «урока здоровья» в школе

3) проведение выставок

4) занятия по обучению гигиене в группе детского сада

- 5) телевизионная реклама
6) беседа с пациентом на стоматологическом приеме
УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

25. Перевязочный материал стерилизуют

- 1) автоклавированием
- 2) в биксах
- 3) кипячением

26. Безболезненность достигается препарированием в режиме

- 1) прерывистом, с охлаждением
- 2) непрерывном, с охлаждением
- 3) непрерывном, без охлаждения

27. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности резцов и клыков

- 1) I класс
- 2) II класс
- 3) III класс
- 4) IV класс
- 5) V класс

28. Для протравливания эмали используют кислоту

- 1) серную
- 2) трихлоруксусную
- 3) ортофосфорную

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

29. Эмаль «строят» клетки

- 1) остеобласты
- 2) фибробласты
- 3) цементобласты
- 4) энамелобласты
- 5) одонтобласты

30. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка

- 1) до рождения
- 2) после рождения

31. Корни молочных моляров формируются к

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

32. Ростковая зона корня зуба не рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости

- 1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом

2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом

33. Зубы, которые наиболее часто поражаются системной гипоплазией

- 1) молочные моляры
- 2) постоянные зубы мудрости
- 3) постоянные резцы, клыки и первые моляры
- 4) молочные резцы
- 5) постоянные премоляры

34. Причина эндемического флюороза

- 1) недостаток кальция в организме ребенка
- 2) инфекционное заболевание ребенка
- 3) повышенное содержание фтора в питьевой воде
- 4) недостаток фтора в организме матери
- 5) недостаток фтора в организме ребенка

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

35. Лекарственные вещества, которые вызывают окраску зубов

- 1) анальгин
- 2) димедрол
- 3) тетрациклин
- 4) хлорид калия
- 5) пенициллин

36. При несовершенном амелогенезе поражены только

- 1) молочные резцы
- 2) молочные моляры
- 3) постоянные резцы
- 4) постоянные моляры
- 5) все молочные и постоянные зубы

37. Заболевания являющиеся наследственными

- 1) системная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) несовершенный дентиногенез
- 5) дисплазия Капдепона

38. Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона

- 1) наличие ночных болей
- 2) стираемость дентина
- 3) кариозные полости
- 4) изменение окраски зубов
- 5) зубы интактные

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

39. Кариозные пятна чаще выявляются на поверхности зубов

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) режущем крае
- 5) буграх

40. Дентин при медленном течении кариеса удаляется экскаваторе

- 1) легко
- 2) трудно

41. Зондирование при поверхностном кариесе выявляет, что эмаль

- 1) шероховатая
- 2) гладкая

42. При глубоком кариесе боли от холодного проходят

- 1) быстро
- 2) медленно

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

43. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) лактодонт
- 4) инфантид

44. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки

- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- 2) цинкэвгеноловую пасту
- 3) пасту формалин-резорциновую
- 4) препараты на основе гидроокиси кальция

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

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

- 1) острый общий пульпит
- 2) хронический фиброзный пульпит
- 3) хронический гангренозный пульпит
- 4) хронический гипертрофический пульпит

46. Хронический пульпит у детей развивается

- 1) из острых форм пульпита

2) как первично-хронический процесс

3) возможно и то, и другое

47. При хроническом фиброзном пульпите зондирование болезненно в области

- 1) коронковой пульпы
- 2) в глубине полости зуба
- 3) в устьях каналов

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

48. Для хронического фиброзного пульпита характерно

- 1) резкая болезненность при перкуссии
- 2) зондирование вскрытого рога пульпы болезненно
- 3) зондирование вскрытого рога пульпы резко болезненно

49. При хронических формах пульпита молочных зубов выявляются на рентгенограммах изменения в виде

- 1) расширение периодонтальной щели
- 2) остеопороза костной ткани
- 3) расширение периодонтальной щели, остеопороза
- 4) все ответы верны

50. Выбор метода печения пульпита у детей зависит

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

51. Девитальная экстирпация - это

- 1) удаление пульпы из всех каналов под местным или общим обезболиванием
- 2) удаление пульпы из всех каналов после ее некротизации

ДОПОЛНИТЕ

52. Удаление коронковой и корневой пульпы после ее некротизации – это

53. Удаление коронковой и корневой пульпы под обезболиванием – это

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

54. Проведение метода девитальной экстирпации во второе посещение - это
 {1} раскрытие полости зуба
 {2} механическая обработка корневых каналов
 {3} удаление повязки
 {4} экстирпация
 {5} медикаментозная обработка корневых каналов
 {6} восстановление анатомической формы зуба
 {7} окончательная обработка кариозной полости

{8} ампутация
 {9} пломбирование каналов
 {10} наложение изолирующей прокладки
 55. Проведение метода девитальной ампутации во второе посещение - это {1} наложение на устья каналов тампона с резорцин-формалиновой смесью под повязку
 {2} окончательная обработка кариозной полости

{3} ампутация
 {4} удаление повязки
 {5} раскрытие полости зуба
 УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

56. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах
 1) 1-6 мкА
 2) 20-60 мкА
 3) 100-200 мкА

57. Хронический гранулематозный периодонтит молочных зубов встречается
 1) часто
 2) редко

УКАЖИТЕ НОМЕР ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

58. Причины острого травматического периодонтита
 1) ушиб зуба
 2) избыточное выведение пломбировочного материала за верхушку
 3) передозировка мышьяковистой пастой

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

59. При хроническом периодонтите молочного зуба может возникнуть
 1) системная гипоплазия эмали постоянных зубов

2) местная гипоплазия постоянных зубов
 3) несвоеошенный дентиногенез

60. Пломбируют каналы центральных постоянных зубов при хроническом периодонтите

1) пастой из окиси цинка и на масляной основе

2) резорцин-формалиновой пастой

61. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем

1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение

2) удалить распад пульпы, зуб оставить открытым

3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

62. При обострении хронического периодонтита назначают

1) леворин

2) бонафтон

3) антибиотики, сульфаниламид

4) полоскание раствором соды

5) теплые ротовые ванночки

63. Тактика врача при вывихе молочного зуба

1) удаление зуба

2) хирургическая репозиция и шинирование сроком на 2-4 недели

3) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, наблюдение

4) ортодонтическое лечение - вытяжение зуба с помощью аппарата

64. Рентгенологические признаки бокового вывиха

1) расширение периодонтальной щели у верхушки зуба

2) расширение периодонтальной щели на одной боковой поверхности и «исчезновение» на другой при смещении в сторону соседнего зуба

3) равномерное расширение периодонтальной щели

4) изменение в периодонте нет
5) периодонтальная щель увеличена у вершины зуба
УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

65. При переломе постоянного сформированного зуба в области шейки показана

- 1) высокая ампутация пульпы
- 2) экстирпация пульпы
- 3) удаление корня зуба

66. При переломе коронок и корней молочных зубов показано

- 1) сохранение зуба
- 2) удаление зуба

67. Распространенность вируса простого герпеса среди населения

- 1) большая
- 2) небольшая

68. Способы- передачи возбудителей при остром герпетическом стоматите (ОГС)

- 1) контактный
- 2) воздушно-капельный
- 3) алиментарный

69. Инкубационный период при ОГС составляет

- 1) несколько дней
- 2) 1-2 недели
- 3) около 1 месяца

70. Высыпания при ОГС могут продолжаться несколько дней

- 1) да
- 2) нет

71. Полиморфизм при ОГС

- 1) истинный
- 2) ложный

72. Противовирусные препараты местного действия назначаются

- 1) в продромальном периоде
- 2) в первые 4-5 дней высыпаний
- 3) период эпителизации

73. Возбудителем герпангины является

- 1) вирус простого герпеса
- 2) вирус Коксаки, ЕСНО
- 3) гемолитический стрептококк

74. Элементы поражения при герпангине

- 1) трещина
- 2) эрозия
- 3) корочка

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

75. Налет при легкой форме кандидомикоза (молочница)

- 1) снимается
- 2) не снимается

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

76. Для торможения размножения грибов можно создать в полости рта

- 1) кислую среду
- 2) щелочную среду
- 3) нейтральную среду

77. При кандидомикозах в соскобах обнаруживают

- 1) большое количество мицелия, почкующиеся клетки
- 2) гигантские клетки эпителия

78. Лечение слизистой оболочки полости рта при сифилисе проводят

- 1) в стоматологической поликлинике
- 2) в кожно-венерическом диспансере

79. Для лечения пиодермии внутрь назначают

- 1) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
- 2) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
- 3) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

80. Травматическую эрозию слизистой нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 месяца 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

81. Афты Беднара встречаются у

- 1) детей первых месяцев жизни
- 2) детей 2-3 лет
- 3) старших дошкольников
- 4) детей школьного возраста
- 5) подростков

82. Успех лечения травматических эрозий и декубинальных язв определяет

- 1) выбор обезболивающих средств

- 2) устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- 3) применение определенных дезинфицирующих средств
- 4) применение определенных кератопластических средств
83. Для обезболивания элементов ХРАС применяют
 - 1) теброфеновую мазь
 - 2) нистатиновую мазь
 - 3) взвесь анестезина в масле
 - 4) неомициновую мазь
84. Для ускорения заживления элементов ХРАС применяют
 - 1) флореналевую мазь
 - 2) масло шиповника
 - 3) мазь клотримазол
- УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ
85. Многоформной экзосудативной эритемой (МЭЭ) чаще болеют дети
 - 1) первых месяцев жизни
 - 2) 2-3 лет
 - 3) старшие дошкольники
 - 4) младшего школьного возраста
 - 5) старшего школьного возраста
86. Географический язык - это
 - 1) воспаление слизистой оболочки языка
 - 2) вариант нормального строения языка
87. Если ангулярный хейлит осложнен стрептостафилодермией, образуются
 - 1) темно-желтые корки
 - 2) влажный белый налет
 - 3) эрозии с гнойным отделяемым
88. Стрепто-стафилококковые заеды и трещины рекомендуются обрабатывать мазями
 - 1) теброфеновой
 - 2) левориновой
 - 3) неомициновой
 - 4) синтомициновой
89. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать
 - 1) антибактериальную терапию
 - 2) диету с исключением аллергенов
 - 3) антигрибковую терапию
- УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА
90. Признаками здоровой десны являются
 - 1) бледность десны, плотность тканей, рецессия (ретракция) десны
 - 2) розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости
 - 3) розовый цвет края десны, отсутствие кровоточивости, деформация десневого края
91. Для объективной оценки тяжести гингивита используют индексы
 - 1) ПМА
 - 2) Федорова-Володкиной
 - 3) КПУ
92. Симптомами хронического катарального гингивита являются
 - 1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
 - 2) атрофия десны
 - 3) деформация зубодесневых сосочков
93. Короткая уздечка языка вызывает в пародонте изменения
 - 1) генерализованные
 - 2) местные
94. Пародонтолиз - заболевание пародонта
 - 1) системное
 - 2) местное
- УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА
95. Появление сыпи, отека губ, век является клиническим симптомом
 - 1) сердечно-сосудистого коллапса
 - 2) обморока
 - 3) анафилактического шока
96. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает
 - 1) вывих
 - 2) перелом
97. Неотложная помощь ребенку с острым остеомиелитом заключается в
 - 1) антибактериальной терапии
 - 2) хирургической помощи в полном объеме
 - 3) десенсибилизирующей терапии
98. Воспалительные корневые кисты челюстей у детей обнаруживаются чаще на челюсти
 - 1) верхней
 - 2) нижней
99. Установите правильную последовательность этапов удаления постоянного зуба
 - {1} кюретаж лунки
 - {2} отсепаровка круговой связки зуба
 - {3} продвижение щечек щипцов
 - {4} фиксация щечек

- {5} наложение щечек щипцов
- {6} вывихивание (вращение) зуба
- {7} сближение краев лунки
- {8} извлечение зуба из лунки

100. В плане лечения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в период обострения обязательными являются

- 1) антибактериальная терапия
- 2) противовоспалительная терапия
- 3) хирургическое лечение
- 4) введение 30% раствора йодолипола в проток железы
- 5) физиотерапевтическое лечение
- 6) десенсибилизирующая терапия

Ответы к варианту 9

| | | | |
|--------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| 1. первичной | 26. 1 | 51. 2 | 76. 2 |
| 2. интенсивности | 27. 3 | 52. девитальная экстирпация | 77. 1 |
| 3. 1 | 28. 3 | 53. витальная экстирпация | 78. 2 |
| 4. 2, 1 | 29. 4 | 54. 3, 7, 1, 8, 4, 2, 5, 9,10, 6 | 79. 2 |
| 5. 2 | 30. 2 | 55. 4, 2, 5, 3, 1 | 80. 3 |
| 6. 2 | 31. 3 | 56. 3 | 81. 1 |
| 7. контактных | 32. 2 | 57. 2 | 82. 2 |
| 8. 2 | 33. 3 | 58. 1, 2 | 83. 3 |
| 9. 1-а, б, е. 2-в, г, д. | 34. 3 | 59. 2 | 84. 2 |
| 10. 3, 5 | 35. 3 | 60. 1 | 85. 5 |
| 11. 2 | 36. 5 | 61. 3 | 86. 2 |
| 12. 1 | 37. 4, 5 | 62. 4, 5 | 87. 1, 3 |
| 13. 2 | 38. 2, 4 | 63. 1 | 88. 3, 4 |
| 14. 2 | 39. 1 | 64. 2 | 89. 2 |
| 15. 2 | 40. 2 | 65. 2 | 90. 2 |
| 16. 2 | 41. 1 | 66. 2 | 91. 1 |
| 17. 3, 4, 1, 2, 5 | 42. 1 | 67. 1 | 92. 1 |
| 18. 1 | 43. 3, 4 | 68. 1, 2 | 93. 2 |
| 19. 2 | 44. 2, 4 | 69. 1 | 94. 1 |
| 20. 1 | 45. 4 | 70. 1 | 95. 3 |

| | | | |
|------------------|----------|----------|------------------------|
| 21. стоматологом | 46. 3 | 71. 2 | 96. 2 |
| 22. 1 | 47. 1 | 72. 1, 2 | 97. 2 |
| 23. пассивные | 48. 3 | 73. 2 | 98. 2 |
| 24. 2, 4, 6 | 49. 4 | 74. 2 | 99. 2,5,3,4,6, 8, 1, 7 |
| 25. 1 | 50. 1, 2 | 75. 1 | 100. 1, 2, 5, 6 |

Вариант 10

ДОПОЛНИТЕ

1. Исследования стоматологической заболеваемости, условий и факторов, вызывающих заболевания, называется _____ анализом

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

2. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое обследование один раз

- 1) в год
- 2) в два года
- 3) в три года
- 4) в пять лет

3. Детям в возрасте 4-х лет следует рекомендовать пользоваться зубными щетками из искусственного волокна

- 1) средней жесткости
- 2) мягкого
- 3) жесткого
- 4) очень мягкого

4. Первоначально образованный зубной налет преимущественно содержит микро-организмы

- 1) анаэробные
- 2) аэробные
- 3) аэробные и анаэробные

ДОПОЛНИТЕ

5. Приобретенная тонкая органическая пленка, пришедшая на смену наситовой оболочке, называется _____

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

6. Эффективность профилактики кариеса от применения растворов фторида натрия равна в среднем

1) 30%

2) 40%

3) 50%

4) 60%

7. Стрептококкам присущ тип гликолиза

- 1) аэробный
- 2) анаэробный

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

8. Для оценки состояния гигиены полости рта используются индексы

- 1) КПУ
- 2) ИГР У
- 3) КПИ
- 4) РМА
- 5) Федорова-Володкиной

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

9. Детям в возрасте 4-х лет следует рекомендовать пользоваться зубными щетками

из искусственного волокна

- 1) средней жесткости
- 2) мягкого
- 3) жесткого
- 4) очень мягкого

10. В образовании зубного налета важную роль играют

- 1) микроорганизмы и эпителиальные клетки
- 2) эпителиальные клетки и углеводы
- 3) углеводы, микроорганизмы и эпителиальные клетки

11. Определение гигиенического индекса относится к методам обследования

- 1) основным
- 2) дополнительным

ДОПОЛНИТЕ

12. Основными средствами индивидуальной гигиены полости рта являются - зубная щетка

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

13. К эндогенным методам фторпрофилактики относятся

- 1) покрытие зубов фторсодержащим лаком
- 2) фторирование питьевой воды
- 3) полоскания фторсодержащими растворами
- 4) фторирование молока
- 5) фторирование соли

14. Оптимальной концентрацией фторида в питьевой воде для местности с умеренным климатом является

- 1) 1 мг/л
- 2) 0,5 мг/л
- 3) 1,2 мг/л

15. В полости рта пациента, который с рождения пил воду, содержащую излишнее количество фторида, можно увидеть

- 1) пятнистую эмаль
- 2) адентию
- 3) макродентию
- 4) остиопороз

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

16. Полоскания полости рта растворами фторидов рекомендуются детям с возраста

- 1) 3-х лет
- 2) 6-ти лет
- 3) 12-ти лет

17. Таблетки фторида натрия назначают ежедневно

- 1) 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

18. Герметизация фиссур проводится после прорезывания зуба

- 1) сразу

2) через 2 года

3) через 1 год

19. Гингивит является заболеванием

- 1) воспалительным
- 2) воспалительно-дистрофическим
- 3) дистрофическим

20. Индекс РМА помогает выявлять

- 1) воспаление в десне
- 2) зубной налет
- 3) кровоточивость
- 4) поддесневой зубной камень

21. Тип образования структуры поддесневого зубного камня

- 1) слюнной
- 2) сывороточный

ДОПОЛНИТЕ

22. Основным методом профилактики катарального гингивита является соблюдение

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

| Заболевания | Симптомы |
|---------------|-------------------------------------|
| 1) пародонтит | а) кровоточивость десен |
| 2) пародонтоз | б) жжение языка |
| | в) патологическая стираемость зубов |
| | г) изменение прикуса |
| | д) пародонтальные карманы |
| | е) равномерная атрофия альвеол |

Ответ: 1. _____

2. _____

ДОПОЛНИТЕ

24. Опухолевые и опухолеподобные процессы в пародонте называются _____

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

25. Наибольшее количество кальция содержит

- 1) рыба, мясо, птица
- 2) желток, яйца, печень, хлеб

3) молоко, сыр, зеленые овощи

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

26. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов - это

- 1) железо
- 2) фосфор
- 3) кальций
- 4) натрий

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

27. Система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждения болезней - это

- 1) диспансеризация
- 2) санация полости рта
- 3) профилактика

ДОПОЛНИТЕ

28. Методы санитарно-просветительной работы, предполагающие заинтересованное участие населения называются _____

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

29. Число классов классификаций кариозных полостей по Блэку

- 1) 3
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 9

30. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на контактной поверхности моляров и премоляров

- 1) I класс
- 2) II класс
- 3) III класс
- 4) IV класс
- 5) V класс

31. Согласно классификации Блэка, кариозные полости локализуются на жевательной поверхности моляров и премоляров

- 1) I класс

2) II класс

3) III класс

4) IV класс

5) V класс

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

32. Дентин «строят» клетки

- 1) остеообласты
- 2) фибробласты
- 3) цементобласты
- 4) знаменобласты
- 5) одонтобласты

33. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка

- 1) до рождения
- 2) после рождения

34. Корни молочных моляров формируются к

- 1) 2-м годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

35. Корни премоляров заканчивают свое формирование к

- 1) 10 годам
- 2) 12 годам
- 3) 13 годам
- 4) 15 годам

36. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к

- 1) 10 годам
- 2) 12 годам
- 3) 13 годам
- 4) 15 годам

37. Причина эндемического флюороза

- 1) недостаток кальция в организме ребенка
- 2) инфекционное заболевание ребенка
- 3) повышенное содержание фтора в питьевой воде
- 4) недостаток фтора в организме матери
- 5) недостаток фтора в организме ребенка

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

38. Причины системной гипоплазии постоянных зубов, клыков и первых моляров

- 1) наследственность
 - 2) заболевание матери в период беременности
 - 3) травма плода
 - 4) заболевание ребенка на 1 -м году жизни
 - 5) прием ребенком больших доз антибиотиков в 5-летнем возрасте
39. Причины, приводящие к местной гипоплазии твердых тканей зубов
- 1) наследственность
 - 2) средний кариес
 - 3) вколоченный вывих
 - 4) острый частичный пульпит
 - 5) периодонтит молочного зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

40. Заболевания являющиеся наследственными
- 1) системная гипоплазия
 - 2) флюороз
 - 3) местная гипоплазия
 - 4) несовершенный дентиногенез
 - 5) дисплазия Капдепона
41. Изменения, выявляемые на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе
- 1) на рентгенограмме изменений нет
 - 2) полости зубов обптерированы
42. Оптимальная нормальная доза фтора в питьевой воде
- 1) 0,1-0,2 мг/л
 - 2) до 0,5 мг/л
 - 3) 6-7 мг/л
 - 4) 1-1,5 мг/л
 - 5) больше 10 мг/л

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

43. Кариозные пятна чаще выявляются на поверхности зубов
- 1) вестибулярной
 - 2) контактной
 - 3) жевательной
 - 4) режущем крае
 - 5) буграх
44. Поверхность кариозных пятен при зондировании
- 1) шероховатая
 - 2) гладкая

45. Дентин при медленном течении кариеса удаляется экскаватором
- 1) легко
 - 2) трудно
46. При глубоком кариесе зондирование болезненно
- 1) резко в одной точке дна
 - 2) по всему дну

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

47. Методика лечения кариеса временных клыков и резцов при поверхностном кариесе
- 1) препарирование измененной ткани и наложение пломбы
 - 2) аппликация раствора глюконата кальция и фторида натрия
 - 3) сошлифовывание измененной ткани (карборундовой головкой) и проведение реминерализующей терапии
48. Для лечения глубокого кариеса применяют лечебные прокладки
- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
 - 2) цинкэвгеноловую пасту
 - 3) пасту резорцин-формалиновую
 - 4) препараты на основе гидроокиси кальция

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

49. Формы пульпита, при которых возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке
- 1) фиброзный
 - 2) гангренозный
 - 3) гипертрофический
 - 4) хронический в стадии обострения
50. При гангренозном пульпите при зондировании болезненность пульпы
- 1) только в устьях каналов или глубине каналов
 - 2) слабая в коронковой части
 - 3) резкая болезненность в области скрытого рога пульпы
51. Для хронического фиброзного пульпита характерно
- 1) резкая болезненность при перкуссии

- 2) зондирование вскрытого рога болезненно
- 3) зондирование вскрытого рога резко болезненно

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

52. Для оценки состояния пульпы постоянных зубов при не вскрытой полости зуба наиболее информативным является

- 1) ЭОД
- 2) зондирование
- 3) перкуссия

53. ЭОД при хронических пульпитах постоянных зубов

- 1) 2-6 мкА
- 2) 20-60 мкА
- 3) свыше 150 мкА

54. Девитальная экстирпация - это

- 1) удаление пульпы из всех каналов под местным или общим обезболиванием
- 2) удаление пульпы из всех каналов после ее некротизации

55. Лечение методом девитальной ампутации проходит

- 1) в 2 посещения
- 2) в 3 посещения

ДОПОЛНИТЕ

56. Удаление коронковой и корневой пульпы после ее некротизации – это

57. Удаление коронковой и корневой пульпы под обезболиванием – это

УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

58. Проведение метода девитальной экстирпации в первое посещение – это

- {1} наложение девитализирующей пасты
- {2} покрытие девитализирующей пасты тампоном с обезболивающей жидкостью
- {3} частичная обработка кариозной полости
- {4} выявление вскрытой полости зуба или вскрытие полости зуба
- {5} наложение повязки

59. Проведение метода девитальной ампутации во второе посещение - это

- {1} наложение на устье каналов тампона с резорцин-формалиновой смесью под повязку
- {2} окончательная обработка полости
- {3} ампутация
- {4} удаление повязки
- {5} раскрытие полости зуба

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

60. Острый инфекционный периодонтит является исходом

- 1) острого диффузного пульпита
- 2) травмы зуба
- 3) хронического фиброзного пульпита

61. Хронический гранулематозный периодонтит молочных зубов встречается

- 1) часто
- 2) редко

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

62. При хроническом периодонтите молочных зубов резорбция корней

- 1) физиологическая
- 2) патологическая

63. При хроническом периодонтите молочного зуба может возникнуть

- 1) системная гипоплазия эмали постоянных зубов
- 2) местная гипоплазия постоянных зубов
- 3) несовершенный дентиногенез

64. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует

- 1) запломбировать канал
- 2) зуб оставить открытым
- 3) наложить временную пломбу (повязку)

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

65. Пломбируют каналы центральных постоянных зубов при хроническом периодонтите

- 1) пастой из окиси цинка и на масляной основе
- 2) резорцин-формалиновой пастой

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

66. Лечение хронического периодонтита однокорневого зуба со сформированным корнем

- 1) вскрыть полость зуба, удалить распад из канала, промыть антисептиками, канал запломбировать
- 2) вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, канал запломбировать
- 3) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым

УСТАНОВИТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

67. Этапы лечения хронического периодонтита сформированных фронтальных зубов

- {1} шлифование и полирование пломбы
- {2} раскрытие полости зуба
- {3} медикоментозная обработка канала
- {4} удаление распада пульпы
- {5} пломбирование каналов
- {6} наложение прокладки и пломбы
- {7} рентгенография для определения качества пломбирования каналов
- {8} расширение каналов
- {9} раскрытие верхушки
- {10} препарирование кариозной полости или трепанация зуба

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

68. Тактика врача при неполном вывихе молочного зуба

- 1) шинирование после репозиции
- 2) эндодонтическое лечение
- 3) удаление зуба

69. При переломе коронки с обнажением пульпы в первые 6-12 часов

- 1) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба с ортодонтической коронкой
- 2) закрытие линии перелома фторцементом

3) витальная ампутация пульпы

4) высокая ампутация

70. Способы передачи возбудителей при остром герпетическом стоматите (ОГС)

- 1) контактный
- 2) воздушно-капельный
- 3) алиментарный

71. Полиморфизм при ОГС

- 1) истинный
- 2) ложный

72. Присоединение стрепто-стафилококковой инфекции при ОГС

- 1) возможно
- 2) невозможно

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

73. Назначьте мази для местного лечения ОГС

- 1) гепариновую
- 2) бутадиеновую
- 3) теброфеновую
- 4) бонафтоновую

74. Рецидивы заболевания ОГС объясняются

- 1) возрастом
- 2) снижением иммунитета
- 3) полом ребенка

75. Элементы поражения при герпангине

- 1) трещина
- 2) эрозия
- 3) корочка

76. Выберите лекарственные средства при герпангине

- 1) ферменты
- 2) антисептики
- 3) антибиотики
- 4) противовирусные препараты

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

77. Налет при легкой форме кандидомикоза (молочница)

- 1) снимается
- 2) не снимается

78. Для торможения размножения грибов важно создать в полости рта

- 1) кислую среду
- 2) щелочную среду
- 3) нейтральную

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

- 1) 50000 ЕД
- 2) 100000 ЕД
- 3) 150000 ЕД

80. При пиодермии на красной кайме и коже губ

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

81. Мази, применяемые для лечения пиодермии

- 1) 2% тиброфеновая
- 2) 2% неомициновая
- 3) 0,25% оксалиновая

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

82. Гиперемия окружающей травматическую эрозию слизистой оболочки

- 1) выражена
- 2) не выражена

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

83. Для обезболивания элементов ХРАС применяют

- 1) теброфеновую мазь
- 2) нистатиновую мазь
- 3) взвесь анестезина в масле
- 4) неомициновую мазь

84. Кератопластические средства

- 1) неомициновая мазь
- 2) теброфеновая мазь
- 3) актовегин, солкосерил
- 4) масло шиповника, облепихи
- 5) мазь канестен (клотримазол)

85. Географический язык и черный волосатый язык протекает

- 1) остро
- 2) хронически

86. Стрепто-стафилококковые заеды и трещины рекомендуется обрабатывать мазями

- 1) теброфеновой
- 2) левориновой
- 3) неомициновой
- 4) синтомициновой

87. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
 - 2) «медовые» корки
 - 3) эрозии с влажным белым налетом
88. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать
- 1) антибактериальную терапию
 - 2) диету с исключением аллергенов
 - 3) антигрибковую терапию

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

89. Для объективной оценки тяжести гингивита используют индексы

- 1) ПМА
- 2) Федорова-Володкиной
- 3) КПУ

90. Короткая уздечка языка вызывает в пародонте изменения

- 1) генерализованные
- 2) местные

91. Пародонтолиз - заболевание пародонта

- 1) системное
- 2) местное

92. Формалиновая проба положительная при

- 1) хроническом катаральном гингивите
- 2) пародонтите
- 3) хроническом гипертрофическом гингивите

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

93. Мелкое преддверие рта вызывает в тканях пародонта изменения

- 1) местные
- 2) генерализованные

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

94. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от

- 1) пародонтоза
- 2) фиброматоза десен

95. Прогноз при эффективном лечении пародонтита

- 1) выздоровление
- 2) стабилизация процесса

3) прогрессирование процесса

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

96. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области челюсти

1) нижней

2) верхней

97. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является врожденный порок сердца

1) декомпенсированный

2) компенсированный

98. Для сердечно-сосудистого коллапса характерен пульс

1) частый, малый

2) редкий, слабого наполнения

99. Взаимосвязь существует между травмой зачатка и гипоплазией эмали

1) в системной

2) в местной

100. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6-8 лет является инфекция

1) одонтогенная

2) неодонтогенная

Ответы к варианту 10

| | | | |
|-------------------------|---------------|--------------------------------------|----------|
| 1. ситуационным | 26. 2, 3 | 51. 3 | 76. 2, 4 |
| 2. 4 | 27. 3 | 52. 1 | 77. 1 |
| 3. 1 | 28. активными | 53. 2 | 78. 2 |
| 4. 2 | 29. 3 | 54. 2 | 79. 1 |
| 5. пелликула | 30. 2 | 55. 2 | 80. 1 |
| 6. 2 | 31.1 | 56. девитальная
ампутация | 81. 2 |
| 7. 2 | 32. 5 | 57. витальная экстирпация | 82. 2 |
| 8. 2, 5 | 33. 2 | 58. 3, 4, 1, 2, 5 | 83. 3 |
| 9. 1 | 34. 3 | 59. 4, 2, 5, 3, 1 | 84. 3, 4 |
| 10. 3 | 35. 2 | 60. 1 | 85. 2 |
| 11. 2 | 36. 1 | 61. 2 | 86. 3, 4 |
| 12. зубная паста | 37. 3 | 62. 2 | 87. 3 |
| 13. 2, 4, 5 | 38. 4 | 63. 2 | 88. 2 |
| 14. 1 | 39. 3, 5 | 64. 1 | 89. 1 |
| 15. 1 | 40. 4,5 | 65. 1 | 90. 2 |
| 16. 2 | 41. 2 | 66. 2 | 91. 1 |
| 17. 1 | 42. 4 | 67. 10, 2, 4, 3, 8, 9, 5, 7, 6,
1 | 92. 2 |
| 18. 1 | 43. 1 | 68. 3 | 93. 1 |
| 19. 1 | 44. 2 | 69. 1 | 94. 2 |
| 20. 1 | 45. 2 | 70. 1, 2 | 95. 2 |
| 21. 2 | 46. 2 | 71. 2 | 96. 2 |
| 22. гигиена полости рта | 47. 3 | 72. 1 | 97. 2 |
| 23. 1-а, д. 2-е | 48. 2, 4 | 73. 3, 4 | 98. 1 |
| 24. парадонтома | 49. 4 | 74. 2 | 99. 2 |
| 25. 3 | 50. 1 | 75. 2 | 100. 1 |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ПП «Стоматология детская»

по специальности «__Стоматология детская__»

код 040401.02 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению врачей по специальности _Стоматология детская код_040401.02_

Характеристика: рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП) «Стоматология детская» предусматривает обучение слушателей: зав. детскими стоматологическими отделениями, стоматологи детские, стоматологи любой стоматологической специальности (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по различным разделам стоматологии детской.

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часов)- из них лекции 138 часов, практические занятия – 255 часов, семинарские занятия – 177 часов, экзамен – 6 часа. Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте. Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты, ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена самостоятельная работа с тестами, выполнение дипломного проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ПП врачей стоматологов детских; требования к уровню освоения дисциплин цикла ПП врачей стоматологов детских; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть врач стоматолог детский и раздел манипуляций. В представленных разделах государственной итоговой аттестации отражена подготовка по основным проблемам стоматологии детской: организация стоматологической помощи детям, методы обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: профилактика стоматологических заболеваний в детском возрасте и основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта). Также включены разделы детской хирургической стоматологии, ортодонтии, и в том числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии, медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к изучению.

| Требования, определяющие качество учебно-методических материалов | Оценка выполнения требований в баллах (1-10) | Замечания |
|---|--|-----------|
| Общие требования
1 . Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета. | 10 | Нет |
| Требования к содержанию
2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту | 10 | Нет |
| Требования к качеству информации | | Нет |

| | | |
|--|-----|-----|
| 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. | 9 | |
| 4. Авторами использованы методы стандартизации. | 9 | Нет |
| 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. | 10 | Нет |
| 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. | 9 | Нет |
| 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала. | 10 | Нет |
| Требования к стилю изложения | | |
| 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. | 9 | Нет |
| 9. Определения четки, доступны для понимания. | 10 | Нет |
| 10. Однозначность употребления терминов. | 10 | Нет |
| 11. Соблюдены нормы современного русского языка. | 10 | Нет |
| Требования к оформлению | | |
| 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле. | 10 | Нет |
| Итого баллов | 116 | |

Заключение:

Рабочая программа ПП «Стоматология детская» по специальности «Стоматология детская» 040401.02 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» сентября 2010г.

Зав.кафедрой скорой помощи,
медицины катастроф с курсами
термической травмы и трансфузиологии
ИПО д.м.н. профессор

Хунафин С.Н.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ПП «Стоматология детская»

по специальности «Стоматология детская»
код 040401.02 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно –
лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский
государственный медицинский университет». Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению
врачей по специальности _Стоматология детская код_040401.02_

Характеристика: рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП)
«Стоматология детская» предусматривает обучение слушателей: зав. детскими
стоматологическими отделениями, стоматологи детские, стоматологи любой
стоматологической специальности (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на
цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по
различным разделам стоматологии детской.

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часов)- из них лекции 138 часов,
практические занятия – 255 часов, семинарские занятия – 177 часов, экзамен – 6 часа.
Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте.
Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты,
ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена
самостоятельная работа с тестами, выполнение дипломного проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ПП врачей стоматологов
детских; требования к уровню освоения дисциплин цикла ПП врачей стоматологов
детских; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть
врач стоматолог детский и раздел манипуляций. В представленных разделах
государственной итоговой аттестации отражена подготовка по основным проблемам
стоматологии детской: организация стоматологической помощи детям, методы
обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: профилактика
стоматологических заболеваний в детском возрасте и основных стоматологических
заболеваний (кариес и его осложнения, болезни пародонта и слизистой оболочки полости
рта). Также включены разделы детской хирургической стоматологии, ортодонтии, и в том
числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и
фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии,
медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой
медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к
изучению.

| Требования, определяющие качество учебно-методических материалов | Оценка выполнения требований в баллах (1-10) | Замечания |
|--|--|-----------|
| Общие требования
1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета. | 10 | Нет |
| Требования к содержанию
2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту | 10 | Нет |
| Требования к качеству информации | | Нет |

| | | |
|--|-----|-----|
| 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. | 9 | |
| 4. Авторами использованы методы стандартизации. | 9 | Нет |
| 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. | 10 | Нет |
| 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. | 9 | Нет |
| 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала. | 10 | Нет |
| Требования к стилю изложения | | |
| 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. | 9 | Нет |
| 9. Определения четки, доступны для понимания. | 10 | Нет |
| 10. Однозначность употребления терминов. | 10 | Нет |
| 11. Соблюдены нормы современного русского языка. | 10 | Нет |
| Требования к оформлению | | |
| 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле. | 10 | Нет |
| Итого баллов | 116 | |

Заключение:

Рабочая программа ПП «Стоматология детская» по специальности «Стоматология детская» 040401.02 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» сентября 2010г.

Зав. кафедрой
поликлинической медицины ИПО
д.м.н. профессор

Волевач Л.В.

