

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И.Свиридова
«29» августа 2023 г.



**Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой)
аттестации.**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.73**
Стоматология терапевтическая.

Наименование дисциплины: **Стоматология терапевтическая**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-стоматолог-терапевт**

Кафедра: **Кафедра стоматологии Института непрерывного медицинского
и фармацевтического образования.**

Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 годов поступления
(актуализированная редакция)


Форма обучения – очная

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Македонова Ю.А.	Зав. кафедрой	д.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО
2.	Кабытова М.В.	доцент	к.м.н.	Стоматологии Института НМФО
3.	Девятченко Л.А.	доцент	к.м.н.	Стоматологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации к итоговой (государственной аттестации) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 13 от «28» 08 2023 г.

Заведующего кафедрой стоматологии Института НМФО.
д.м.н., доцент



/Ю.А. Македонова/

Рецензент: главный врач ГАУЗ «ВОКСП», к.м.н, доцент Д. В.Верстаков

Актуализация рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией
Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК



/М.М. Королева/

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики
 /М. Л. Науменко /

Актуализация рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института
НМФО
протокол № от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета



/В. Д. Заклякова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (60)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (35)

Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

1. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:
косметический недостаток
боль при перкуссии
боль от горячего раздражителя
подвижность зубов
2. Продолжительность боли до 2 суток характерна для:
острого диффузного пульпита
хронического фиброзного пульпита
хронического гипертрофического пульпита
острого очагового пульпита
3. Основным источником фтора для человека является:
питьевая вода
зубная паста
зубной эликсир
фторированная соль
4. Функция пародонта, которая направлена на удержание зуба в альвеоле, поддержании зубодесневого соединения, перераспределении жевательного давления на стенки альвеолы:
барьерная
трофическая
амортизирующая, опорно-удерживающая
регулирующая, нейросенсорная
5. Наибольшей кариесогенностью обладают стрептококки группы:
S. Mutans
S. Faecalis
S. Aureus
S. Pneumococcus
6. Гипоплазия эмали молочных зубов обусловлена:
заболеваниями матери в период беременности
употреблением кислой пищи
заболеваниями ребенка в период от 1 года до 2-х лет
неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта
7. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка**
болезни матери во время беременности
множественные поражения молочных зубов осложненным кариесом
травматические повреждения молочных зубов
8. Характерной локализацией поражения зубов при флюорозе является:
вестибулярная поверхность резцов, клыков
фиссура
шейка зуба
окклюзионная поверхность моляров
9. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является:
нарушение структуры тканей зуба в результате повышенной функциональной нагрузки
механическое воздействие
дисфункция щитовидной железы
употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков
10. Наиболее характерный симптом при кислотном некрозе:
слипание зубов
чувство оскомины
боль от химических раздражителей
боль от температурных раздражителей
11. Дополнительный метод обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:
рентгенография
расспрос
зондирование
перкуссия
12. При регистрации пародонтального индекса (рi) по Расселу используется дополнительный метод исследования:
рентгенография
полярометрия
эхоостеометрия
реопародонтография
13. Метод термометрии нужно использовать:
для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
для диагностики периодонтита
для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
при перфорации в области бифуркации
14. Электроодонтометрия применяется для определения:
состояния нервных окончаний пульпы
состояния нервных окончаний пародонта
состояния сосудов
возбудимости нервных окончаний пародонта
15. Воспаление десневого сосочка (папиллит) дифференцируют с:
кариесом
острым очаговым пульпитом
хроническим периодонтитом
хроническим пульпитом
16. Системная гипоплазия является следствием:
нарушения обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
несовершенного остеогенеза
низкого содержания фтора в питьевой воде

- инфицирования фолликула при травме
17. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят с:
флюорозом
гиперемией пульпы
эрозией эмали
острым пульпитом
18. Зубы гетчинсона и фурнье относят к:
системной гипоплазии эмали
местной гипоплазии эмали
гиперплазии эмали
наследственному несовершенному амелогенезу
19. Кариозный процесс развивается при:
преобладании деминерализации
равновесии ре - и деминерализации
отсутствии реминерализации
демминерализации
20. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:
бугров
шейки
контактных поверхностей
вестибулярных поверхностей
21. Трехстенный дефект альвеолярной кости формируется при:
гингивите
пародонтите
пародонтозе
фиброматозе десны
22. Пятна при быстром развитии кариеса: :
меловидные, зондирование безболезненно
блестящие, зондирование безболезненно
пигментированные, зондирование болезненно
меловидные, зондирование болезненно
23. Клиническая картина эрозии зуба – это:
овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части
вестибулярной поверхности коронки
дефект твердых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
дефект в форме клина у шеек зубов на щечных губных поверхностях
потеря блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта
24. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:
раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
повышением температуры тела
понижением гидростатического давления в полости зуба
уменьшением количества вазоактивных веществ
25. К острым травмирующим факторам относят:
случайное прикусывание
действие микропротезов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы
26. Основным гистологическим признаком флюороза зубов является:
муаровая эмаль
гиперминерализация эмали

- гипоминерализация эмали
демнерализация эмали
27. При кариесе эмали пациент жалуется на боль:
от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения
от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
при накусывании на зуб
ночную
28. Первый этап техники «СТЕР БАСК» («ШАГ НАЗАД»):
формирование апикального упора
прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала
инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
29. Электровозбудимость пульпы при кариесе эмали:
2–6 мкА
10–12 мкА
25–30 мкА
100 мкА
30. Жалобы на боль от температурных раздражителей, проходящая после их устранения, характерна для:
гиперемии пульпы
хронического пульпита
острого пульпита
острого периодонтита
31. Кариес эмали в стадии пятна диагностируют на основании:
высушивания и окрашивания пятна
ЭОД
рентгенодиагностики
зондирования поверхности пятна
32. Для кариеса дентина характерно:
кариозная полость средних размеров в эмали и дентине
кариозная полость в пределах эмали
пигментированное пятно
глубокая кариозная полость
33. Глубокий кариес соответствует по мкб-10:
гиперемии пульпы
кариесу дентина
кариесу цемента
кариесу эмали
34. Методы диагностики кариеса эмали в стадии пятна основаны на:
изменении оптических свойств эмали
уменьшении проницаемости эмали
увеличении проницаемости эмали
стабильности эмали
35. Размеры очага пигментации эмали, требующие динамического наблюдения:
0,5–1 мм²
1–1,5 мм²
1,5–2 мм²
2–2,5 мм²
36. Дифференциальную диагностику кариеса дентина проводят с:

- гиперемией пульпы**
хроническим пульпитом
флюорозом
острым диффузным пульпитом
37. Гипоплазия постоянных зубов у детей развивается в период:
формирования и минерализации зубов
закладки зубов
прорезывания зубов
дифференцировки зубных зачатков
38. Заболевания ребенка в первые месяцы жизни дают развитие гипоплазии в области:
режущего края центральных резцов и бугров первых моляров
режущего края вторых резцов и клыков
жевательной поверхности первых премоляров
жевательной поверхности вторых премоляров
39. Рецидивы хронических трещин губ возникают:
летом
зимой
весной
независимо от времени года
40. Хроническая трещина губы является предраком:
облигатным
факультативным
не является
cancer in situ
41. Системность поражения зубов всегда характерна для:
гипоплазии
кариеса
пульпита
эрозии зубов
42. Причина системной гипоплазии постоянных зубов:
заболевания ребенка в первый год после рождения
заболевания матери в период беременности
генетические факторы
высокое содержание фтора в питьевой воде
43. Боль при действии раздражителей характерна для:
аплазии
бороздчатой гипоплазии
гипопластического пятна
лестничной гипоплазии
44. Зубы фурнье (отверткообразные коронки центральных резцов без полулунной вырезки) — проявление:
системной гипоплазии
местной гипоплазии
флюороза
стирания
45. Причина флюороза:
высокое содержание фтора в питьевой воде
заболевание ребенка в первый год жизни
заболевания матери в период беременности
низкое содержание фтора в воде
46. Выраженность степени флюороза зависит от:
климата (жаркий, холодный)

рациона питания
наследственных заболеваний
состояния здоровья

47. Несовершенный амелогенез:

нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов

порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
сращение, слияние и раздвоение зубов
эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

48. Аплазия эмали на губной поверхности коронки зуба с гиперестезией открытых участков дентина:

гипокальцифицированный неполноценный амелогенез
гипоматурационный (несозревший) неполноценный амелогенез
гипопластический неполноценный амелогенез
комбинационный неполноценный амелогенез

49. Гипсовые зубы — один из симптомов:

несовершенного амелогенеза
гипоплазии эмали
флюороза
несовершенного дентиногенеза

50. При несовершенном дентиногенезе (синдром стейнтона–капдепона) поражены:

все молочные и постоянные зубы
молочные и постоянные премоляры
молочные и постоянные моляры
молочные и постоянные резцы

51. Клинические признаки синдрома стейнтона–капдепона:

стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
кариозные полости
рифленные зубы
гипсовые зубы

52. Повышенная чувствительность твердых тканей зуба к механическим, химическим и температурным раздражителям:

гиперестезия
гипоплазия
флюороз
кариес

53. Зондирование дает возможность:

обнаружить кариозную полость
определить состояние сосочков языка
оценить состояние верхушечного периодонта
выявить патологию прикуса

54. Использование флоссов рекомендуется для удаления налета с поверхностями зубов:

апроксимальных
окклюзионных
язычных
вестибулярных

55. Зондирование дает возможность:

обнаружить сообщение кариозной полости с полостью зуба
определить прикус
оценить состояние верхушечного периодонта
выявить патологию прикуса

56. Болезненность зондирования дна кариозной полости — общий симптом для:
кариеса дентина и гиперемии пульпы
хронического язвенного пульпита и острого гнойного пульпита
кариеса эмали и гипоплазии
хронического гиперпластического пульпита и хронического периодонтита
57. Глубокая кариозная полость и отсутствие сообщения с полостью зуба — общее для:
гиперемии пульпы и острого пульпита
кариеса дентина и клиновидного дефекта
хронического пульпита и хронического периодонтита
кариеса эмали и гипоплазии
58. Удаление минерализованных зубных отложений в стоматологической практике производится с целью профилактики:
воспалительных заболеваний пародонта
местной гипоплазии
зубочелюстных аномалий
кариеса
59. Одна из причин возникновения кариеса корня:
рецессия десны
повышение вязкости ротовой жидкости
снижение вязкости ротовой жидкости
наличие наследственных заболеваний
60. Критерием окончательного препарирования кариозной полости является наличие:
светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
размягченного дентина на дне и стенках кариозной полости
плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости,
окрашивающегося детектором кариеса
61. При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью:
увеличения площади сцепления
химической связи композиционного материала с эмалью
равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
улучшения полирования композита
62. При применении одно - и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо протравливать:
эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек
эмаль и дентин 15 сек.
эмаль 30-60 сек
эмаль и дентин 30-60 сек
63. В качестве противовоспалительного компонента в состав ополаскивателей для полости рта вводят:
ферменты и экстракты лечебных трав
этиловый спирт и вкусовые добавки
хлоргексидин и гипохлорид
антибиотики
64. Устойчивость к кислотам имеют волокна:
аргиروفильные
окситаланновые
эластические
коллагеновые
65. Процессы, характеризующие старение пульпы:
увеличение размера полости зуба

снижение синтетической, энергетической и функциональной активности клеток

увеличение количества коллагеновых волокон

увеличение плотности кровеносных сосудов и нервов

увеличение количества клеточных элементов

66. Галитоз – это заболевание проявляющееся:

изменение цвета зубов

налетом на языке

чувством жжения в полости рта

неприятным запахом изо рта

67. При эксфолиативном хейлите процесс на кожу:

переходит

не переходит

зависит от стадии процесса

зависит от возраста

зависит от клинической формы

68. Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы на:

повышение температуры тела

жжение

сухость

стянутость

верно 2) , 3) и 4)

69. Диагноз хронического периодонтита ставят на основании:

рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация

периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня

данных ЭОД

жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба

рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разряжения кости в области

верхушки корня с нечеткими границами

70. Хроническому гранулематозному и гранулирующему периодонтиту, по

нозологической классификации воз, соответствует:

апикальная гранулема

пульпарный абсцесс

периапикальный абсцесс со свищом

гангрена пульпы

71. Дифференциальный диагноз гиперемии пульпы проводят с:

хроническим пульпитом

кариесом в стадии пятна

хроническим апикальным периодонтитом

деструктивной формой флюороза

72. Классификация мкб-10 включает:

острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и

периапикальный абсцесс со свищом

острый серозный и острый гнойный периодонтит

хронический фиброзный периодонтит

хронический гранулематозный периодонтит

73. Распространенность кариеса зубов выражается:

в абсолютных единицах

в процентах

в относительных единицах

в графиках

74. Чувство выросшего зуба связано с:

скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
гиперемией и отеком десны
избыточной нагрузкой на зуб

75. Ведущая роль в возникновении периодонтита принадлежит микроорганизмам:

стрептококкам
фузобактериям
актиномицетам
энтерококкам

76. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение предупреждению воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

рациональная гигиена полости рта
покрытие зубов фторлаком
реминерализующая терапия
прием витаминов

77. При депульпировании резцов нижней челюсти используют анестезию:

инфильтрационную с вестибулярной стороны
инфильтрационную с язычной стороны
инфраорбитальную
палатинальную

78. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:

до физиологической верхушки
до анатомической верхушки
не доходя 2 мм до апикального отверстия
на 2/3 длины канала

79. Обтурация корневых каналов системой - термофил предполагает введение в канал:

разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
одного центрального штифта
нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
пломбировочного материала пастообразной консистенции

80. При периапикальном абсцессе со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

запломбировать корневой канал
оставить зуб открытым
наложить временную пломбу (повязку)
оставить турунду с протеолитическими ферментами

81. При лечении хронического периодонтита с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод:

депофореза гидроксида меди-кальция
резорцин-формалиновый
диатермокоагуляции
ультрафонофореза йодида калия

82. Для выявления скрытых кариозных полостей применяется:

рентгенография
осмотр
температурная проба
ЭОД

83. При лечении хронического периодонтита наиболее целесообразным является:

механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
резекция верхушки корня зуба

- выведение зуба из окклюзии
применение одного из импрегнационных методов
84. При пломбировании кариозных полостей методом закрытого сэндвича прокладка:
перекрывается композитом
не перекрывается композитом
накладывается на края полости
накладывается на стенки полости
85. К минимальному нагреву пульпы ведет препарирование:
прерывистое с охлаждением
непрерывное без охлаждения
непрерывное с охлаждением
прерывистое без охлаждения
86. Промывание корневого канала из шприца проводится при введении эндодонтической иглы:
В устье канала
на 1/3 канала
на 1/2 канала
до верхушки
87. Сроки регенерации тканей периодонта сокращаются при применении:
пиримидиновых оснований
кортикостероидных гормонов
антибиотиков
ферментов
88. При сохранении постпломбировочной чувствительности более 2 недель необходимо:
перепломбировать зуб, используя прокладку из СИЦ
депульпировать зуб
тщательно отполировать пломбу
обработать реставрацию фторсодержащим препаратом
89. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зуба представляет канал:
медиальный щечный
дистальный небный
дистальный щечный
небный
90. Антисептики, содержащие хлоргексидин:
элюдрил и корсодил
эльгидиум и диоксиколь
пародиум и сангвиритрин
имудон и элюгель
91. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения каналов является:
этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
3% раствор гипохлорита натрия
оксиэтилендифосфовая кислота (ксидифон)
раствор перекиси водорода
92. При проведении пульпотомии применяют материалы:
гидрооксид кальция и слой стеклоиономерного цемента
цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
гидрооксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
гидрооксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента
93. Для остановки кровотечения в корневом канале можно использовать:
Каталюгем

ЭДТА
Крезофен
химотрипсин

94. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:
время, требуемое для чистки всех зубов
метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
ничего из перечисленного
все из перечисленного
95. Материалы для лечебных прокладок должны обеспечивать:
противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
прочную связь подлежащего дентина и пломбировочного материала
кондиционирование дентина
эстетику реставрации
96. Для медленной девитализации пульпы используют пасту:
параформальдегидную
резорцинформалиновую
цинкоксидэвгеноловую
мышьяковистую
97. При лечении пульпита 1.6 зуба методом витальной экстирпации необходимо провести анестезию:
по переходной складке с вестибулярной стороны
с небной стороны
в области резцового отверстия
в области подглазничного отверстия
98. Проведение биологического метода возможно при:
случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет
остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
99. Начальные повреждения эмали возникают при pH:
3,5-4,5
4,5-5,5
5,5-6,5
6,5-7,5
100. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром очаговом пульпите:
сохранение жизнеспособности всей пульпы
девитализацию пульпы
витальную ампутацию
витальную экстирпацию
101. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром общем пульпите:
витальную экстирпацию
девитализацию пульпы
сохранение жизнеспособности всей пульпы
витальную ампутацию
102. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы метод лечения:
витальная экстирпация
девитализация
витальная ампутация

- йод - электрофорез
103. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить метод:
витальная экстирпация
сохранение жизнеспособности всей пульпы зуба
витальная ампутация
девитализация
104. Наименьший коэффициент периапикального рассасывания дает метод пломбирования корневых каналов:
с использованием системы Термафил
центральным штифтом
пастой
с использованием серебряных штифтов
105. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:
профессиональной гигиены полости рта
лечения заболеваний пародонта
выявления кариеса
эндодонтического лечения
106. Критерием отбора зуба для лечения в одно посещение является:
острый пульпит в однокорневом зубе
язвенный пульпит в однокорневом зубе
хронический пульпит в многокорневом зубе
некроз пульпы в многокорневом зубе
107. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:
заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
выбрать инструмент соответственно толщине канала
отказаться от расширения канала
воспользоваться только химическими средствами расширения канала
108. Биологический метод лечения возможен при:
случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
109. Биологический метод возможен при:
гиперимии пульпы у пациента 18 лет
остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
хроническом пульпите у пациента 23 лет
110. Удаление пульпы (витальное, девитальное) показано при:
всех формах пульпита
хроническом язвенном пульпите
остром гнойном пульпите
хроническом пульпите
111. Полное сохранение пульпы используют при:
гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
остром гнойном пульпите
хроническом пульпите
при остром периодонтите
112. Метод витальной ампутации применяют в:
молярах
резцах

- клыках
премолярах
113. Метод витальной ампутации противопоказан при:
остром гнойном пульпите
случайном вскрытии пульпы зуба
остром очаговом пульпите
неэффективности биологического метода
114. Тактика врача при диффузии мышьяковистой кислоты в окружающие ткани:
удаление некротизированного участка, обработка антимикробом
обработка некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
удаление некротизированного участка
обработка некротизированного участка обезболивающими средствами
115. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром пульпите:
витальную экстирпацию
девитализацию пульпы
удаление зуба
сохранение жизнеспособности всей пульпы
116. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром гнойном пульпите:
витальную экстирпацию
сохранение жизнеспособности всей пульпы
витальную ампутацию
девитализацию пульпы
117. При хроническом пульпите лучше всего применить:
витальную экстирпацию
витальную ампутацию
сохранение жизнеспособности всей пульпы
девитализацию
118. При хроническом гиперпластическом пульпите наиболее рационален следующий метод лечения:
витальная экстирпация
витальная ампутация
сохранение жизнеспособности всей пульпы
девитализация
119. При гангрене коронковой пульпы наиболее рационален метод лечения:
витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
витальная ампутация
девитализация
витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
120. Если произошла поломка инструмента при обработке, канала в первую очередь необходимо сделать:
рентгенографию зуба
информировать об этом пациента
измерить оставшуюся в руках часть инструмента
немедленно попытаться извлечь инструмент
121. Абсолютным противопоказанием к эндодонтическому лечению является:
недавно перенесенный инфаркт миокарда
недостаточность функции надпочечников
лучевая терапия
сахарный диабет

122. Тактика лечения в первое посещение постоянного однокорневого зуба, ставшего причиной острого гнойного периостита:

раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата

пломбирование канала и разрез по переходной складке

удаление зуба

назначение курса противовоспалительной терапии

123. Для прохождения корневого канала по длине применяют:

К-ридер

К-файл

Н-файл

пульпоэкстрактор

124. При девитальной экстирпации пульпы в первое посещение пациента выполняют:

наложение мышьяковистой пасты

ампутацию пульпы

раскрытие полости зуба

инструментальную обработку каналов

125. Инфицированный прединтентивный карман со стенок канала зуба рекомендуют удалять:

К-файлом

пульпоэкстрактором

корневой иглой

К-ридером

126. Для удаления корневой пульпы (экстирпация) в хорошо проходимых корневых каналах используют:

пульпоэкстрактор

иглу Миллера

К-файл

К-ридер

127. Методика пломбирования корневого канала пастами:

последовательное заполнение канала пломбировочным материалом

пастообразной консистенции

введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым

уплотнением

введение в канал одного центрального штифта

128. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим

боковым уплотнением

введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

введение в канал одного центрального штифта

последовательное заполнение канала пломбировочным материалом

пастообразной консистенции

129. Эндодонтическим инструментом для расширения корневого канала является:

К-ридер

пульпоэкстрактор

Н-файл (бурав Хедстрема)

каналонаполнитель

130. Эндодонтические инструменты для расширения корневого канала:

К-файл и Н-файл

К-ридер

пульпоэкстрактор

каналонаполнитель

131. Каналонаполнитель предназначен для:
пломбирования каналов
определения глубины корневого канала
удаления пульпы
распломбирования каналов
132. Полость зуба вскрывают:
шаровидным бором № 1
карборундовой головкой
финиром
фиссурным бором
133. Рабочую длину зуба определяют:
рентгенографией
субъективными ощущениями
термодиагностикой
ЭОД
134. Метод витальной ампутации применяют в:
молярах
резцах
клыках верхней челюсти
премолярах
135. Полное сохранение пульпы используют при:
гиперемии пульпы
остром гнойном пульпите
хроническом пульпите
при остром периодонтите
136. Биологический метод возможен:
при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
при случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа
137. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяют:
спредеры
Н-файлы
пульпоэкстракторы
плагеры
138. Для прохождения корневого канала по длине применяют:
К-ример
К-файл
Н-файл
пульпоэкстрактор
139. Коронковую часть пульпы (ампутация) удаляют:
экскаватором
штопфером
зондом
колесовидным бором
140. Корневую часть пульпы (экстирпация) в хорошо проходимых каналах удаляют:
пульпоэкстрактором
иглой Миллера
К-файлом

- гуттакондесором
141. При пломбировании корневого канала используют:
спредер
Н-файл
развертку
пульпоэкстрактор
142. Мышьяковистую пасту классической прописи в зуб 37 накладывают на:
48 ч
3 сут
24 ч
5–6 сут
143. Каналонаполнитель предназначен для:
пломбирования каналов
определения глубины корневого канала
удаления пульпы
распломбирования каналов
144. Для определения качества раскрытия полости зуба используют:
зеркало, зонд
гладилку, пинцет
пинцет, зеркало
штопфер, зонд
145. Полость зуба в премолярах верхней челюсти раскрывают бором в направлении:
щечно-небном
по оси зуба
переднезаднем
щечно-заднем
146. Сходство клиники кариеса дентина и клиники хронического периодонтита состоит:
жалобах на боль при накусывании
жалобах на боль при воздействии температурных раздражителей
отсутствии жалоб
жалобах на боль при воздействии химических раздражителей
147. Некачественное пломбирование канала на 1/2–1/3 длины канала показание к:
повторному эндодонтическому лечению
не показано дополнительное вмешательство
удалению зуба
реплантации зуба
148. Причина избыточного выхода пломбировочного материала за верхушечное отверстие:
избыточное расширение апикального отверстия
перфорация стенки корневого канала
отлом стержневого инструмента в канале
недостаточная медикаментозная обработка канала
149. Благоприятный исход острого периодонтита:
восстановление периодонта до нормального физиологического состояния
клиническое выздоровление
развитие периостита
переход в хронический периодонтит
150. Консервативное лечение хронического периодонтита успешно, если:
канал запломбирован полностью
периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
канал запломбирован не полностью
зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

151. Цель лечения хронических форм периодонтита:
устранение очага одонтогенной инфекции
сохранение зуба
прохождение корневого канала
воздействие на микрофлору корневого канала
152. Короткие уздечки губ и мелкое преддверие полости рта рецессию десны:
увеличивают
уменьшают
не изменяют
затрудняют
153. Благоприятный исход лечения хронического апикального периодонтита:
клиническое выздоровление
удаление зуба
хронический пульпит
переход в кистогранулему
154. При отсутствии лечения периапикального абсцесса со свищем возможен переход:
в корневую кисту или гранулему
в фиброзную форму
к клиническому излечению
к физиологическому восстановлению
155. Благоприятный исход острого периодонтита:
восстановление периодонта до нормального физиологического состояния
клиническое выздоровление
периостит
переход в хронический процесс
156. При лечении острого периодонтита в стадии выраженной экссудации в первое посещение:
создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
производят разрез по переходной складке
157. Появление свища при обострении хронического периодонтита (периапикального абсцесса) способствует:
переходу в другую форму хронического периодонтита
стиханию воспаления
усилению боли при накусывании
переходу в кисту
158. В норме не ороговедают эпителии:
десневой борозды
папиллярной десны
альвеолярной десны
маргинальной десны
все ответы верны
159. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром гнойном пульпите:
витальную экстирпацию
сохранение жизнеспособности всей пульпы
витальную ампутацию
девитализацию пульпы
160. Интенсивность кариеса зубов выражается:
суммой кариозных, запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума

суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума
суммой запломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума
отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента

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

распространенностью стоматологического заболевания

интенсивностью стоматологического заболевания

стоматологической заболеваемостью населения

уровнем стоматологической помощи населению

162. Для оценки состояния полости рта у взрослых наиболее информативной является возрастная группа:

35-44 года

12-14 лет

18-20 лет

25-35 лет

163. При зондировании клинической десневой борозды зонд погружается на глубину менее:

1.5 мм

2.0 мм

2.5 мм

3.0 мм

164. Характерным симптомом пародонтита является наличие:

пародонтального кармана

зубного камня

афты слизистой оболочки

кариозной полости

165. Наличие прогрессирующей убыли тканей десны с воспалительными явлениями характерно для:

пародонтита

пародонтоза

гингивита

пародонтомы

166. Уровень напряжения кислорода в ткани определяется методом:

полярографии

биомикроскопии

фотоплетизмографии

реопародонтографии

167. Полярография тканей пародонта позволяет определить:

парциальное давление кислорода в тканях

содержимое пародонтальных карманов

уровень резорбции альвеолярной кости

регионарную гемодинамику в пародонте

168. По международной классификации мкб-10 диагнозу хронический пародонтит соответствует код:

K05.3

K02.1

K03.1

K04.5

169. По международной классификации мкб-10 диагнозу хронический гингивит соответствует код:

K05.1

K02.1

К03.1

К04.5

170. По международной классификации мкб-10 диагнозу рецессия десны соответствует код:

К06.0

К05.3

К06.2

К07.1

171. Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется:

гингивитом

пародонтитом

пародонтозом

пародонтомой

172. Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:

симптом кровоточивости десны

клинический карман глубиной 3 мм

патологическая подвижность зуба

изменение цвета и формы десневого сосочка

173. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

нависающий край пломбы

заболевание крови

гиповитаминоз С

низкое содержание фторида в питьевой воде

174. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:

пародонтоза тяжелой степени

пародонтита средней степени

пародонтита тяжелой степени

пародонтоза средней степени

175. На рентгенограмме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеолярной перегородки:

отсутствует

присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба

присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба

присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба

176. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:

локализованном пародонтите

генерализованном гингивите

локализованном гингивите

атрофическом гингивите

177. Лейкоцитоз, увеличение соэ, повышение температуры тела отмечают при:

хронического апикального периодонтита (стадия обострения)

хронического пульпита (стадия обострения)

кариесе

хроническом периодонтите (ремиссия)

178. Появление свища с выделением гнойного экссудата характерно для:

периапикального абсцесса со свищем

острого периодонтита

хронического пульпита

периапикального абсцесса без свища

179. Зондирование глубоких кариозных полостей:
болезненно по дну
болезненно по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
болезненно в пришеечной области
болезненно по эмали
180. Отсутствие клинической картины характерно для:
хронического апикального периодонтита
острого периодонтита
периапикального абсцесса без свища
острого пульпита
181. Изменение конфигурации лица наблюдают при:
периостите, подслизистом абсцессе
остром периодонтите пульпарного происхождения
хроническом пульпите
обострении хронического гангренозного пульпита
182. При остром пульпите зондирование кариозной полости наиболее болезненно:
в проекции одного из рогов пульпы
по всему дну
по эмалево-дентинному соединению
в пришеечной области
183. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области
бугров
пришеечной
режущего края
экватора зуба
правильного ответа нет
184. Слабо болезненное зондирование широко раскрытой полости зуба, кровоточивость при зондировании — симптом пульпита:
хронического гиперпластического
хронического
острого гнойного
хронического язвенного
185. Болезненное зондирование дна кариозной полости, точечное вскрытие полости зуба характерны для пульпита:
хронического
острого гнойного
острого
хронического гипертрофического
186. Рецидив кариеса
возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе
средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином
обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина
187. Рентгенография позволяет определить:
скрытые кариозные полости
состояние пульпы зуба
состояние слизистой оболочки рта
состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

188. Рентгенография позволяет определить:
состояние периодонта зуба
состав пломбировочного материала
состояние слизистой оболочки рта
состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях
189. Данные электроодонтодиагностики при кариесе дентина (средняя кариозная полость):
2–6 мка
10–12 мка
25–30 мка
100 мка
190. Для точной диагностики кариеса дентина при бессимптомном течении необходимы:
электроодонтодиагностика
зондирование
перкуссия
рентгенография
191. Эод при глубокой кариозной полости:
10–12 мка
2–6 мка
25–30 мка
100 мка
192. Изменения в пульпе при глубоком кариесе носят характер
некроза
острого воспаления
хронического воспаления
продуктивного изменения
старения пульпы
193. При зондировании кариозной полости на поверхности цемента выявляют:
гладкую поверхность
мягкоэластическую консистенцию очага
фиксацию зонда в фиссуре
дефект средних размеров в эмали и дентине
194. Электровозбудимость пульпы при остром гнойном пульпите (мка):
25-35
10–12
15–25
2–6
195. Рентгенологические изменения встречаются у 30% больных при пульпите:
хроническом
остром гнойном
остром
хроническом язвенном
196. Рентгенологические изменения встречаются у 50% больных при пульпите:
хроническом язвенном
остром гнойном
хроническом
остром
197. К корневому кариесу по классификации воз относят термины
кариес цемента, кариес дентина, приостановившийся кариес
кариес цемента, кариес дентина, кариес корня
начальный, средний, глубокий
кариес цемента, кариес корня, одонтоклазия.
198. Для кариеса корня характерно

может протекать без образования полости
не может протекать без образования полости
всегда осложняется пульпитом
всегда переходит на коронку зуба
правильного ответа нет

199. Для определения формы хронического периодонтита необходима:

рентгенография
реопародонтография
ЭОД
реоплетизмография

200. Лейкоцитоз, увеличение соэ, повышение температуры тела отмечают при:

периапикальном абсцессе без свища
хроническом пульпите
кариесе
остром пульпите

201. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

хронического язвенного пульпита (50%)
острого пульпита
хронической апикальной гранулемы
кариеса

202. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

хронического фиброзного пульпита (30%)
острого пульпита
хронической апикальной гранулемы
кариеса

203. Расширение периодонтальной щели - рентгенологический симптом:

гипертрофии периодонта в результате перегрузки
острого пульпита
хронической апикальной гранулемы
кариеса

204. При наличии свищевого хода в области фронтальных зубов электрофорез причинного зуба проводится с:

5% раствором йод-йодидо-калия
3-5% раствором нитрата серебра
насыщенным раствором йодида калия
гидроксидом меди-кальция

205. Количество процедур, составляющих курс увч – терапии при лечении острых воспалительных процессов:

3-5
6-10
11-12
16-20

206. При лечении непроходимых корневых каналов наилучший эффект имеет метод:

депофорез
электрофорез
диатермокоагуляция
резорцин-формалиновый

207. Электрофорез йода показан при:

медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
остром периодонтите
хроническом фиброзном пульпите

- любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами
208. Рентгенологическое исследование при кариесе корня проводят с целью **выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня и (или) под десной, оценки состояния тканей пародонта, исключения периапикальных осложнений;**
- выявления скрытых полостей на контактной поверхности корня,
 - обнаружения дентиклей в пульпе;
 - исключения периапикальных осложнений, обнаружения внутрикостных карманов;
 - оценки состояния тканей пародонта, оценки минерализации тканей зуба.
209. С возрастом в цементе происходят следующие структурные изменения
- снижение толщины
 - усиление кровоснабжения
 - увеличение количества эластических волокон
 - утолщение**
 - рост числа коллагеновых волокон
210. Первым этапом лечения обострения хронического катарального гингивита является:
- профессиональная гигиена**
 - гингивэктомия
 - общая антибиотикотерапия
 - кюретаж
211. Для уменьшения чувствительности зубов рекомендовано:
- проведение реминерализующей терапии**
 - уменьшение частоты индивидуальной гигиены
 - окклюзионное регулирование
 - системное использование препаратов фтора
212. Первым этапом лечения пародонтита является:
- профессиональная гигиена полости рта**
 - медикаментозное противовоспалительное лечение
 - хирургическое лечение
 - ортопедическое лечение
213. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:
- поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия**
 - наддесневого и поддесневого зубного камня
 - наддесневого зубного камня и грануляций
 - наддесневого зубного камня и десневого эпителия
214. Лечение пародонтита тяжелой степени в стадии обострения начинается с:
- кюретажа**
 - общей антибактериальной терапии
 - лоскутной операции
 - направленной регенерации тканей
215. После профессиональной гигиены полости рта на очищенной зубной эмали пелликула вновь образуется через:
- 2 часа**
 - 30 минут
 - 60 минут
 - 12 часов
216. Основным методом профилактики катарального гингивита является:
- рациональная гигиена полости рта**
 - сбалансированное питание
 - полоскание полости рта растворами фторидов

- санация полости рта
217. Основным минерализующим защитным фактором ротовой жидкости является:
слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
пелликула
бикарбонатный буфер в слюне
повышенная вязкость ротовой жидкости
218. Пелликула зуба образуется из:
гликопротеидов слюны
эмалевого органа
муцина
энамелабластов
219. Источником минерализации поддесневого зубного камня является:
десневая жидкость
слюна
ротовая жидкость
пища
220. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:
зеркало, зонд
зеркало, гладилка
зеркало, пинцет
пинцет, штопфер
221. К основным методам обследования относится:
осмотр
рентгенография
ЭОД
перкуссия
222. Опрос пациента начинается с выяснения:
жалоб
истории жизни
анамнеза заболевания
перенесенных заболеваний
223. Осмотр пациента начинают с:
внешнего осмотра
заполнения зубной формулы
определения прикуса
осмотра зубных рядов
224. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:
пальпации
перкуссии
зондирования
рентгенографии
225. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть наклонена:
вперед
назад
влево
вправо
226. СПОСОБНОСТЬ ГЛАЗА ВОСПРИНИМАТЬ ЦВЕТ НАЧИНАЕТ УХУДШАТЬСЯ К
10 годам
15 годам
25 годам
40 годам

60 годам

227. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:
симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи
тургор кожи, пигментные пятна
форму лица, форму носа
наличие изменений
228. Гюнтеровский глоссит - это:
складчатый язык
черный волосатый язык
десквамативный глоссит
ярко-красный, болезненный, «полированный» язык
ромбовидный глоссит
229. Износо- и цветостойкость обеспечивается
сохранением поверхностного слоя, ингибированного кислородом
кондиционированием эмали
шлифованием и полированием
использованием адгезивной системы
пломбированием с использованием колпачков
230. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:
язвенно-некротические процессы
лаковый язык
эрозии эмали
полиморфная сыпь
231. Лейкоплакия, как правило, четко связанная с вич-инфекцией:
волосатая
плоская
веррукозная
эрозивная
232. Скарлатина проявляется в полости рта на языке в виде:
блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
резко болезненных эрозий и язв
белого творожистого, легко снимающегося налета на спинке языка
грязно-серого налета на спинке языка
233. Зубы с хроническими очагами воспаления у верхушек корней перед лучевой терапией :
удаляют
проводят резекцию верхушки корня
лечат консервативно
покрывают пластмассовыми капями
оставляют без изменения
234. Для подтверждения диагноза кандидоз используют дополнительный метод исследования:
бактериоскопический
аллергологический
рентгенологический
цитологический
235. По международной классификации мкб-10 диагнозу рецидивирующие афты полости рта соответствует код:
K12.0
K02.3
K04.2
K10.0

236. К тяжелой форме многоформной экссудативной эритемы относят синдром:
Стивенса-Джонсона
Бехчета
Шегрена
Розенталя
237. Термический ожог слизистой оболочки полости рта относится к травме:
физической
химической
механической
хронической
238. Классификация мкб-10 включает:
острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
острый серозный и острый гнойный периодонтит
хронический фиброзный периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
239. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:
многоформной экссудативной эритемой
хроническим герпесом
вторичным сифилисом
язвенно-некротическим стоматитом
240. Острый герпетический стоматит является заболеванием:
вирусным
бактериальным
грибковым
аутоиммунным
241. Симптом никольского при истинной пузырчатке:
положительный всегда
отрицательный
положительный в зависимости от формы
положительный в зависимости от локализации
242. Этиологическим фактором герпетического стоматита является вирус:
Herpes simplex I типа
Herpes simplex II типа
Herpes zoster
Вирус иммунодефицита
243. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является:
термометрия
характер болей
зондирование
электроодонтометрия
244. Географический язык характеризуется клиническими признаками:
неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличены в размере
глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
плотный темно-коричневый налет на спинке языка
245. Регионарные лимфатические узлы при травматической язве в полости рта:
увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные
увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные
увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные
не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

246. При кандидозе в соскобах обнаруживаются:
почкующиеся клетки грибов Candida
гигантские эпителиальные клетки
многоядерные клетки
микобактерии
247. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:
грибы рода Candida
эпидермофиты
актиномицеты
трихофиты
248. Диагностическими клетками при истинной пузырчатке являются клетки:
Тцанка
Лангханса
атипичные
гигантские многоядерные
249. Неполное ороговение клеток шиповатого слоя это:
паракератоз
акантоз
понгиоз
гиперкератоз
250. При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2-4 дня заболевания обнаруживаются:
гигантские многоядерные клетки
туберкулезные микобактерии
почкующиеся клетки
фузобактерии
251. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют:
картину неспецифического воспаления
акантолиз
фузоспирохитоз
картину специфического воспаления
252. Обнаружить кариозную полость возможно при:
зондировании
внешнем осмотре
перкуссии
лабораторном анализе
253. Для определения гигиенического состояния полости рта проводят:
окрашивание налета
пальпацию
перкуссию
зондирование
254. Противопоказанием к использованию фторидсодержащих зубных паст является:
неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
наличие у пациента большого количества пломб
высокое содержание фторида в питьевой воде
кровоточивость десен
заболевания пародонта
255. Первичный элемент поражения при плоском лишае:
пузырек
пузырь
узелок
узел

256. Пальпация -:

ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

постукивание по зубу для определения состояния пародонта

оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и

зеркала

определение отклонения зуба от оси

257. Перкуссия зуба -:

постукивание по зубу для определения состояния пародонта

ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности

органов или тканей

оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и

зеркала

определение отклонения зуба от оси

258. Подвижность зуба -:

определение отклонения зуба от оси

ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности

органов или тканей

оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и

зеркала

постукивание по зубу для определения состояния пародонта

259. Атипичная форма плоского лишая локализуется на:

щеке

губе

десне

языке

небе

260. Для пломбирования кариозной полости в области корня зуба показаны:

амальгамы, СИЦ, микрогибридные композиты

СИЦ, амальгамы, компомеры

СИЦ, компомеры, композиты

жидкотекучие композиты, вкладки, микрогибридные композиты

нет правильного ответа

261. Температурная проба -:

определение реакции зуба на тепловые раздражители

ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов

или тканей

оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и

зеркала

определение отклонения зуба по оси

262. Температурная диагностика основана на:

способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

на способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

263. При проведении температурной пробы раздражитель помещают:

непосредственно в кариозную полость

на сохранившуюся эмаль в пришеечной области коронки зуба

- на область бугров
на экватор
264. Эод основана на:
способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
265. Рентгенологическое исследование:
степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
266. Красную волчанку губ дифференцируют:
с хейлитом Манганотти
эксфолиативный хейлит
актиническим хейлитом
верно 1) и 3)
267. Местное лечение красной волчанки:
прижигающие средства
противогрибковые средства
санация полости рта
кортикостероидные средства
верно 3) и 4)
268. Люминесцентная диагностика основана на:
способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
269. Первичный элемент поражения при пузырчатке:
пузырек
пузырь
волдырь
узелок
бугорок
270. Рахит, туберкулез — возможные причины:
задержки прорезывания зубов
патологического стирания
эрозии
сверхкомплектных зубов
271. Гемолитический синдром и гемолитическая желтуха — возможные причины:

изменения цвета зубов

эрозии
флюороза
кариеса

272. Линия Клейна разделяет:

красную кайму и периоральную кожу
красную кайму и слизистую оболочку
периоральную кожу и слизистую оболочку
слизистую оболочку и прикрепленную десну
красную кайму и прикрепленную десну

273. Эритроцитарная порфирия вызывает флюоресцирующее свечение:

красное
зеленое
белое
голубое

274. К ремиссии истинной пузырчатки приводит лечение:

антибиотиками
транквилизаторами
противогрибковыми препаратами
кортикостероидами

275. Больных истинной пузырчаткой лечит специалист:

онколог
стоматолог
дерматолог
венеролог
эндокринолог

276. Возникновению трещин губ способствуют:

вирусы
вредные привычки
сухость губ
врожденные особенности архитектоники губ
верно 2) , 3) и 4)

277. Внешние факторы, влияющие на изменение цвета зубов:

пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости

рта

гибель пульпы
длительный прием антибиотиков тетрациклинового ряда
кровоизлияния в пульпу

278. Местные противопоказания к отбеливанию зубов:

убыль эмали, обнажение корней зубов
загрязнение поверхности зубов
беременность и кормление грудью
аллергия на перекись водорода

279. Общие противопоказания к отбеливанию зубов:

аллергия на перекись водорода, беременность, кормление грудью
обширная реставрация
большая пульпарная полость
выраженное воспаление пародонта

280. Сходство жалоб больного при кариесе дентина (средняя кариозная полость) и хроническом периодонтите:

отсутствие жалоб
боли от температурных раздражителей

- боли при накусывании
боли от химических раздражителей
281. Безболезненность при кариесе дентина обусловлена:
разрушением наиболее чувствительной зоны (эмлево-дентинного соединения)
отсутствием чувствительной иннервации в дентине
некрозом пульпы
образованием заместительного дентина
282. При глубокой кариозной полости пациент жалуется на боль:
от температурных раздражителей
от химических раздражителей
самопроизвольную боль
при накусывании на зуб
283. При глубокой кариозной полости пациент жалуется на боль:
от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей
от температурных раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей
на самопроизвольную боль
284. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:
устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
выбор местнообезболивающих средств
применение кератопластических средств
применение антибактериальных препаратов
285. Лечение язвенно-некротического гингивита предусматривает:
обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств
гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию
гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
286. С целью профилактики обострений при частых рецидивах герпетического стоматита применяется:
культуральная инактивированная герпетическая вакцина
интерферон лейкоцитарный
кислота аскорбиновая
гистаглобулин
287. К острым травмирующим факторам относят:
длительное раздражение острыми краями зубов
балансирующий съемный протез
нависающие края пломбы
случайное прикусывание
действие микротоков
288. Средство местного лечения язвенно-некротического стоматита венсана:
р-р 0,05% хлоргексидина
20% р-р натрия бората в глицерине
5% бутатионовая мазь
индометациновая мазь

289. Онкологическую настороженность проявляют при:
афтозном стоматите
пострентгеновском хейлите
вульгарной пузырчатке
десквамативном глоссите
глоссалгии
290. Средством местного лечения кандидоза является мазь:
Канестен
Солкосерил
оксолиновая
флореналовая
291. К ремиссии истинной пузырчатки приводит лечение препаратами:
кортикостероидами
антибиотиками
транквилизаторами
противогрибковыми
292. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:
удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом
обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
провести антисептическую обработку, затем смазать неомициновой, синтомициновой мазями.
обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир
293. Препарат для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:
ацикловир
тетрациклин
сульфадиметоксин
нистатин
294. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия:
1 – 2%
4-5 %
7-9%
10-15%
295. Этиотропным средством лечения острого герпетического стоматита в период высыпания является:
противовирусное
жаропонижающее
антисептическое
кератопластическое
296. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:
удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем канестеном или клотримазолом
обезболить, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями
обезболить, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем смазать кератопластическими средствами
297. Основным методом лечения пузырчатки являются препараты:

кортикостероиды
анальгизирующие
антибиотики широкого спектра действия
кератопластики

298. При опоясывающем лишае лечебные мероприятия направлены на:

блокаду вируса
выявление и устранение очагов хронической инфекции
укрепление сосудистой сети
эпителизацию

299. Целью лечения кандидоза является:

восстановление нормальной микрофлоры
устранение очага инфекции
десенсбилизация организма
устранение воспаления

300. К методам лечения кожного рога и кератоакантомы относят:

полное иссечение очага поражения
взятие биопсийного материала
лазеротерапия
иглотерапия
радиотерапия

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

1. Индексная оценка интенсивности кариеса зубов. Методика проведения.
2. Методика витального окрашивания зубов.
3. Особенности препарирования кариозных полостей с учетом локализации и пломбировочного материала.
4. Методы оценки состояния твердых тканей зуба.
5. Медикаментозная обработка кариозной полости. Материалы, методика проведения.
6. Изолирующие прокладки. Показания к применению, материалы, методика.
7. Лечебные прокладки. Показания к применению, материалы, методика.
8. Сэндвич-технология. Показания, материалы, методика проведения.
9. Пломбирование кариозных полостей композитными материалами химического отверждения. Материалы, методика.
10. Пломбирование кариозных полостей фотокомпозитами: материалы, методика.
11. Пломбирование кариозных полостей методом СВ-flow. Методика проведения.
12. Пломбирование кариозных полостей стеклоиономерными цементами: методика.
13. Применение разновариантных матричных систем, показания к применению.
14. Шлифовка и полировка пломб. Материалы, методика проведения.
15. Применение текучих композитов. Методики.
16. Реставрация зубов. Виды и этапы реставрации зубов.

17. Виниры. Виды, показания, методики изготовления.
18. Лечение некариозных поражений, возникающих после прорезывания зубов. Клиновидный дефект и эрозия твердых тканей зуба. Тактика лечения, материалы, методика.
19. Методики применения десенситайзеров для лечения гиперестезии твердых тканей зуба.
20. ART - технология. Показания, материалы, методика проведения.
21. Методы повышения кариесрезистентности эмали зубов
22. Реминерализующая терапия. Показания, препараты, методики проведения.
23. Флюоризация. Показания, препараты, методики проведения.
24. Герметизация фиссур. Показания, материалы, методика проведения.
25. Методы комплексной профилактики стоматологических заболеваний.
26. Лечение гиперемии пульпы. Методики проведения.
27. Лечение пульпита методом сохранения жизнеспособной пульпы. Показания, методика проведения.
28. Лечение пульпита методом витальной ампутации. Показания, методика проведения.
29. Лечение пульпита методом витальной экстирпации. Показания, методика проведения.
30. Лечение пульпита методом девитальной экстирпации. Показания, методика проведения.
31. Методики определения рабочей длины каналов зубов.
32. Инструментальная обработка корневых каналов ручными эндодонтическими инструментами. Виды, этапы проведения.
33. Инструментальная обработка корневых каналов машинными эндодонтическими инструментами с применением эндомотора.
34. Ирригация корневых каналов. Средства, методика.
35. Временная obturation корневых каналов. Показания, методика проведения.
36. Пломбирование корневых каналов зубов пастами. Методики проведения.
37. Пломбирование корневых каналов зубов гуттаперчей. Методики проведения.
38. Постэндодонтическое восстановление зубов. Анкерные штифты. Показания к применению, методы.
39. Стекловолоконные штифты. Показания к применению, материалы, методика использования.
40. Методы лечения острого верхушечного периодонтита. Показания и противопоказания, методики проведения.
41. Диагностика хронических деструктивных форм периодонтита. Интерпретация данных рентгенологического исследования.

42. Методы лечения хронического верхушечного периодонтита. Показания и противопоказания, методика проведения.
43. Односеансный метод лечения хронического верхушечного периодонтита. Показания и противопоказания, методика проведения.
44. Отбеливание зубов. Показания, противопоказания, методики.
45. Индексная оценка уровня гигиены полости рта. Методика проведения.
46. Методы диагностики заболеваний пародонта.
47. Индексная оценка воспаления тканей пародонта. Методика проведения.
48. Методы снятия зубных отложений. Методики проведения.
49. Медикаментозная обработка пародонтальных карманов. Средства, методика проведения.
50. Кюретаж. Показания, методика проведения.
51. Временное шинирование зубов. Показания, методика проведения
52. Немедикаментозны методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания, методика проведения.
53. Рентгенологические методы обследования в терапевтической стоматологии.
54. Методики орошения и аппликации лекарственных средств на слизистую оболочку полости рта.
55. Инъекции лекарственных препаратов, блокады при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Методика проведения.
56. Система локальной доставки лекарственных препаратов, показания, способы и методы.
57. Техника инфильтрационной анестезии.
58. Техника проводниковой анестезии на верхней челюсти.
59. Методика традиционной терапии заболеваний слизистой оболочки рта.
60. Методы оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок, приступ бронхиальной астмы, ангиоотек).

Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

Раздел «Кариеология и заболевания твердых тканей зубов»:

1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.
2. Гипоплазия, гиперплазия эмали. Этиология, патогенез, классификация, лечение.
3. Флюороз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.

5. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: патологическая стираемость, гиперестезия. Этиология, клиника, комплексное лечение, профилактика.
6. Некроз твердых тканей зубов. Кислотный некроз эмали. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
8. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Параппульпарные и внутрипульпарные штифты.
9. Дисколориты твердых тканей зуба. Отбеливание зубов. Показания. Методика проведения. Ошибки и осложнения.
10. Эпидемиология кариеса зубов. Современное представление о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Классификация кариеса зубов.
11. Современные методы лечения глубокого кариеса.
12. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
15. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
16. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.

Раздел «Эндодонтия»:

17. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
18. Этиология, патогенез воспаления пульпы зуба. Классификации заболеваний пульпы
19. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
20. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
22. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

25. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
26. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
27. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
28. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
29. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
30. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
31. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
33. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
34. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.
35. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
36. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
37. Медикаментозная обработка корневого канала.
38. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
39. Методы лечения зубов с проблемными корневыми каналами.
40. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии
41. Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении.
42. Неотложная помощь в эндодонтии.
43. Реставрация зубов после эндодонтического лечения.
44. Отбеливание девитальных зубов (с измененным цветом).

Раздел «Периодонтология»:

45. Понятие о пародонтальном комплексе, особенности функционирования и биомеханики пародонта.

46. Обследование пациента с патологией пародонта. Протокол осмотра пародонтологического больного.

47. Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Десневая жидкость, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений.

48. Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.

49. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.

50. Гипертрофический гингивит. Язвенный гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

51. Катаральный гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

52. Пародонтит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

53. Пародонтоз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.

54. Комплексные методы лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Депульпирование зубов при заболеваниях пародонта.

55. Идиопатические заболевания пародонта. Тактика ведения пациентов.

56. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.

57. Немедикаментозные методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.

58. Инъекции тромбоцитарной аутоплазмы. Показания, противопоказания. Методика применения.

59. Неотложные состояния в пародонтологии.

Раздел «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»:

60. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Функции.

61. Слюна, ротовая жидкость: состав, свойства, физиологическое значение (роль слюны в процессах де- и реминерализации твердых тканей зубов; современные аспекты взаимодействия, взаимосвязи слюны и микробного зубного налета), связь антимикробных и других факторов слюны с этиопатогенезом развития кариеса и других заболеваний полости рта, возможности использования параметров ротовой жидкости для прогноза возникновения кариеса.

62. Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микроорганизмов под влиянием различных факторов, участие микроорганизмов в патологических процессах полости рта. Иммунные системы полости рта.
63. Травматические поражения слизистой оболочки рта. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.
65. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта (простой герпес, опоясывающий лишай, ящур, герпангина). Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
66. ВИЧ-инфекция. Этиология. Общая симптоматика. Проявления в полости рта. Профилактика ВИЧ-инфекции в стоматологии. Методы стерилизации стоматологического инструментария.
67. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
68. Гингивостоматит Венсана. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
69. Сифилис. Клиника, диагностика. Проявления сифилиса в полости рта. Тактика стоматолога.
70. Туберкулез слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, тактика стоматолога.
71. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
72. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Красная волчанка. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
74. COVID-ассоциированные заболевания слизистой оболочки рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика лечения.
75. Изменения слизистой оболочки полости рта при пузырьных дерматозах (пузырчатка, дерматит Дюринга). Этиология, дифференциальная диагностика, проявления в полости рта, лечение.
76. Эксфолиативный хейлит. Этиология, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
77. Хронические трещины губ. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
78. Метеорологический хейлит. Актинический хейлит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

79. Гландулярный хейлит. Атопический хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
80. Контактный аллергический хейлит. Экзематозный хейлит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
81. Синдром Мелькерсона-Розенталя. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
82. Аномалии развития и заболевания языка. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
83. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
84. Факультативные предраки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
85. Облигатные предраки красной каймы губ. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
86. Хейлит Манганотти. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
87. Железодефицитная анемия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
88. Изменения слизистой оболочки полости рта при системных заболеваниях (лейкоз, анемия, сахарный диабет, гипо- и авитаминозы, коллагенозы, заболевания сердечно-сосудистой системы). Клиника, дифференциальная диагностика. Роль врача-стоматолога в диагностике и комплексном лечении подобных больных.
89. Аллергические реакции. Анафилактический шок, отек Квинке, контактные аллергические стоматиты, токсикоаллергические стоматиты.
90. Проявление заболеваний челюстно-лицевой области в условиях низкой комплаентности пациентов.

Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1



Пациент Д., 22 лет обратился к стоматологу с жалобами на боли при приеме сладкого, быстро проходящие после устранения раздражителя, в области зубов верхней челюсти слева. Боли от сладкого появились месяц назад, сначала пробовал полоскать рот сразу после приема сладостей, но без особого эффекта. Считает свои зубы «здоровыми», несмотря на то, что употребляет много сладкого, у стоматолога не был 4 года.

Объективно: 2.4, 2.5, 2.6 – эмаль в цвете не изменена, целостность не нарушена, под ней визуализируются очаги кариозного поражения дентина темного цвета – «скрытые» кариозные полости. Зондирование и перкуссия безболезненные.

Задание:

1. Тактика врача-стоматолога при диагностике скрытой кариозной полости.
2. Какие варианты клинических ситуаций могут быть при данной патологии?
3. Какие возможные причины могли привести к данной патологии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2



Пациентка М., 28 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на кратковременную боль при приеме холодной пищи в 1.2, 1.1 зубах. Со слов пациентки боли появились 2 недели назад, сначала внимания не обращала, но, увидев «просвечивание черноты на передних зубах», решила обратиться к стоматологу и по поводу нарушения эстетики. Зубы 1.2, 1.1 ранее не лечены.

Объективно: 1.2, 1.1 – глубокие кариозные полости на медиальных поверхностях, не сообщающиеся с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну. Перкуссия безболезненная. Термодиагностика болезненная, боль быстро проходит после устранения раздражителя.

Задание:

1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
2. Выберите пломбировочный материал для данной клинической ситуации.
3. Перечислите этапы адгезивного протокола при реставрации передней группы зубов фотокомпозитами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3



Пациентка С., 52 лет обратилась к стоматологу с жалобами на наличие дефектов в области шейки 4.4, 4.3, 4.2, 4.1 зубов. Со слов пациентки, дефекты появились несколько лет назад. Периодически беспокоит повышенная чувствительность зубов при приеме холодной и кислой пищи. Страдает гипертиреозом, в рационе питания преобладают кислые продукты, фрукты и напитки.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 4.4, 4.3, 4.2, 4.1 зубов обнаружены «блюдцеобразные» дефекты эмали с гладкими, плотными поверхностями, не сообщающиеся с полостью зуба. Дентин плотный, желтоватого цвета. Зондирование и термометрия умеренно болезненные, перкуссия безболезненная. Гигиена полости рта удовлетворительная. Отсутствие зубов 3.5, 3.6, 2.7.

Задание:

1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
2. Назовите причины возникновения данного заболевания у пациентки.
3. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4



Пациент Р., 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на изменение цвета зубов, наличие коричневых углублений на зубах верхней и нижней челюстей. Из анамнеза: больной родился и до 12 лет проживал в небольшом поселке Казахстана, «такие зубы» помнит с детства.

Объективно: на меловидно измененной эмали зубов верхней и нижней челюстей хаотично расположены множественные мелкие дефекты эмали зубов темно – коричневого цвета. При зондировании поверхность крапинок гладкая, плотная. Гигиена полости рта удовлетворительная.

Задание:

1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
2. Что явилось причиной развития заболевания?
3. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5



Больной М., возраст 43 года, обратился с жалобами на черную пигментацию в области нижних центральных резцов. Также пациент неудовлетворен цветом зубов. Пациент принимал антибиотики тетрациклинового ряда для лечения акне в подростковом возрасте в течение 3 лет. Пациент придерживается средиземноморской диеты.

Объективно: наличие твердых наддесневых зубных отложений в области 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов с язычной поверхности. На вестибулярной поверхности данных зубов в пришеечной области имеется пигментация черного цвета. На вестибулярной поверхности всех зубов верхней и нижней челюсти есть пятна желто-коричневую краски, не имеющие четких границ, также имеются единичные белые полосы на коронках всех зубов.

Задание:

4. Поставьте и обоснуйте диагноз.
5. Какие возможные причины могли привести к данной патологии?
6. Какие методы лечения Вы предложите пациенту и почему? Какую поддерживающую терапию можно порекомендовать пациенту в домашних условиях.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6



Пациентка А. 24 лет обратилась с жалобами на боль при чистке зубов, боли от сладкого. 2 недели назад пациентке завершили ортодонтическое лечение. Пациентка недовольна наличием белых пятен на зубах.

Объективно: 23 зуб – кариозная полость средних размеров, зондирование болезненно по дну. Термопроба резко положительная, быстро проходящая.

На вестибулярной поверхности всех зубов определяются белые пятна. После высушивания поверхность пятна становится матовой. При зондировании – пятно плотное.

Задание:

4. Поставьте диагноз.
5. Какие причины могли способствовать возникновению белых пятен на поверхности зубов?
6. Составьте и обоснуйте план лечения для данной пациентке. Какие рекомендации Вы можете дать для домашнего ухода?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7



Пациентка Н., возраст 58 лет, обратилась к врачу стоматологу-ортопеду с целью рационального протезирования в боковых отделах. Была направлена на консультацию к стоматологу-терапевту. В анамнезе со слов пациентки имеет заболевание щитовидной железы, на учете у врача-эндокринолога не состоит.

Объективно: 12 зуб – наличие кариозной полости в пришеечной области; 11, 21 зубы – старые композитные реставрации с нарушенным краевым прилеганием, по центру зубов располагается пигментированная трещина пределах эмали; 22, 23 зубы – старые композитные реставрации, измененные в цвете, краевое прилегание пломб нарушено.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую группу композиционных материалов Вы выберете для реставрации фронтальной группы зубов и почему.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8



Пациент А., возраст 37 лет обратился с целью санации. При осмотре в 37 зубе была обнаружена кариозная полость.

Объективно: 37 – кариозная полость средних размеров на окклюзионной поверхности. Перкуссия безболезненна, термопроба положительная, реакция быстро проходящая.

Задание:

4. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести, чтобы поставить диагноз.
6. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9



Пациентка К., 20 лет, обратилась с жалобами на длительные пульсирующие боли в 21 зубе. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней. Отмечает боли в ночное время.

При клиническом обследовании: открывание рта свободное, регионарные лимфатические узлы в размере не увеличены.

Объективно: 21 зуб на небной поверхности имеется пломба, краевое прилегание пломбы не нарушено. Зондирование безболезненно. Пальпация мягких тканей безболезненна. Перкуссия резко болезненна. Термопроба положительная на холодный раздражитель, боль долго сохраняется после устранения раздражителя.

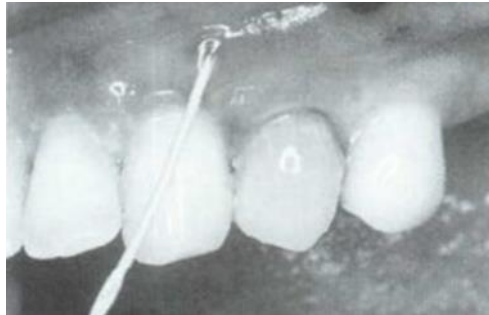
При анализе рентгенограммы 21 зуба выявлено, что ранее пациентке была выполнена пульпотомия.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Расскажите методику наиболее целесообразного метода лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Больной К., обратился с жалобами на наличие свища в области 24 зуба. Повышение температуры тела не отмечает. Свищ появился 4 дня назад.



Объективно: на дистально-окклюзионной поверхности 24 зуба – реставрация из композита светового отверждения, коронка зуба в цвете изменена. По переходной складке в области проекции вершины корня зуба 24 определяется свищ, пальпация болезненна, перкуссия безболезненна. Ранее проводилось лечение по поводу кариеса.

На визиограмме в области вершины корня 24 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами, размером 3х3 мм.



Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Составьте план лечения.
3. Выберите вид инструментальной обработки корневого канала и подробно опишите его.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11



Пациент С. 24 года обратился сразу после травмы центрального резца.

Жалобы на эстетический дефект.

При объективном осмотре определяется перелом коронки зуба с обнажением пульпы. Термопроба положительная, быстропроходящая. ЭОД 12 мка.

По данным рентгенографии определяется перелом коронки левого центрального резца. Формирование верхушки зуба завершено.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Составьте план лечения.
3. Какой прогноз у данного зуба.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12



Больной А., 52 лет обратился с жалобами на ноющие боли в 36 зубе. Накануне визита возникли ночные, приступообразные боли в 36 зубе.

В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда 1 год назад.

На рентгенограмме: 36 зуб – глубокая кариозная полость на окклюзионно-дистальной поверхности, периапикальных изменений нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Составьте план лечения.
3. Какие особенности ведения пациентов, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13



Пациент Н., 38 лет обратился к стоматологу с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании в области 4.6 зуба. Боли появились 2 дня назад. Со слов пациента 3 года назад обращался в стоматологическую поликлинику по поводу откола части жевательной поверхности 4.6 зуба в результате травмы, была поставлена пломба. Боли при накусывании 4.6 зуба возникали периодически в течение последних 2 лет, самостоятельно принимал обезболивающие препараты, к врачу не обращался.

Объективно: 4.6 – под пломбой, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненная. На визиограмме – в периапикальной области 4.6 зуба определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами, размером 8 мм.

Задание:

4. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите критерии выбора метода лечения.
6. Расскажите методику наиболее целесообразного метода лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14



Пациентка В., 32 лет обратилась к стоматологу с жалобами на откол пломбы 4.6 зуба. Зуб был лечен по поводу осложненного кариеса год назад. Планирует провести протезирование, в том числе и 4.6 зуба.

Объективно: 4.6 – дефект пломбы с дистальной поверхности, зондирование и перкуссия безболезненные. На ортопантограмме – дистальный корневого канал запломбирован гомогенно, на всем протяжении до физиологической верхушки, периапикальных изменений нет. Медиально-щечный и медиально-язычный каналы запломбированы неоднородно, не до верхушки корня на 1-2 мм, в области верхушки медиального корня очаг деструкции костной ткани с четкими границами размером 1x2 мм.

Задание:

1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
2. Обоснуйте тактику лечения.
3. Опишите прогноз для данного зуба.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15



Пациент Р., 55 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости и попадание пищи в области 3.5 зуба. Зуб был лечен по поводу осложненного кариеса год назад. Собирается протезироваться.

Объективно: 3.5 – глубокая кариозная полость на дистальной поверхности, сообщается с полостью зуба, заполненной пломбировочным материалом. Зондирование и перкуссия безболезненные. На визиограмме 3.5 – в корневом канале на всем протяжении определяется фрагмент каналонаполнителя со следами корневого пломбировочного материала, часть материала выведена за верхушку. В периапикальной области – очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами размером 2 мм.

Задание:

1. Укажите возможные причины фрактуры эндодонтического инструмента.
2. Выберите тактику лечения.
3. Какой прогноз у данного зуба?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16



Пациентка О., 22 лет обратилась с жалобами на боли от температурных раздражителей, долго не проходящие в области 3.7 зуба. Зуб лечила 3 года назад по поводу неосложненного кариеса. Кариозную полость в 3.7 зубе заметила полгода назад, к врачу не обращалась. Считает себя здоровой.

Объективно: 3.7 – глубокая кариозная полость на медиально-окклюзионной поверхности, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование резко болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненная. Термодиагностика резко болезненная, долго не проходящая после устранения раздражителя. На визиограмме 3.7 – кариозная полость с медиально-окклюзионной поверхности, корневые каналы прослеживаются на всем протяжении, периапикальных изменений нет. 3.8 – горизонтальное полуретинированное положение, опирается в дистальную стенку коронки 3.7 зуба.

Задание:

1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Какой прогноз у 3.7 и 3.8 зубов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17



Пациентка М., 30 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль и кровоточивость десны в области зуба 3.1. при чистке зубов и приеме пищи, особенно кислой и сладкой, на оголение корня зуба 3.1. Со слов пациентки, оголение корня началось около 3 лет назад, постепенно прогрессируя, но не беспокоило. Повышенная чувствительность появилась месяц назад. Пыталась лечиться самостоятельно, применяя специализированные зубные пасты. Стоит на учете у эндокринолога по поводу гипотиреоза.

Объективно: мелкое преддверие полости рта - 3 мм, убыль десны и оголение корня на 3 мм в области 3.1 зуба, незначительная кровоточивость десны при зондировании в области 3.1 зуба с вестибулярной стороны, наличие зубных отложений в области передних нижних зубов с язычной стороны. Отсутствие патологической подвижности и пародонтального кармана в области 3.1 зуба.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какой прогноз лечения данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18



Пациент Р., 52 лет обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на боли и кровоточивость десен, возникающие при приеме пищи и самопроизвольно, подвижность нижних передних зубов, гноетечение. Со слов пациента кровоточивость десен при чистке зубов появилась несколько лет назад, нижние зубы старается не чистить, чтобы «не травмировать десну».

Объективно: массивное скопление зубного камня в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.3 зубов, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 4.5, 4.3, 3.2 зубы отсутствуют. Кровоточивость и боль при легком зондировании нижних передних зубов, подвижность III степени 3.1 и 4.1 зубов, II степени 4.2 и 3.3 зубов. Слизистая десен отечна, пародонтальные карманы глубиной 5 мм с гноетечением.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19



Пациент С., 49 лет обратился к стоматологу с жалобами на боли в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Пациента беспокоит разрастание десны и неприятный запах изо рта. Жалобы появились 3 недели назад. Пробовал лечиться самостоятельно отваром коры дуба, эффекта не получил. Страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает нифедипин.

Объективно: Полость рта не санирована. Уровень гигиены неудовлетворительный, наличие обильных зубных отложений. Десневые сосочки отечны, гиперемированы, с цианотичным оттенком, перекрывают коронки зубов на 1/3 с образованием «ложных» карманов, при зондировании отмечается кровоточивость десны. Зубодесневое соединение не нарушено.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Укажите причины данного заболевания у пациента.
3. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20



Больная К., возраст 18 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость десен при чистке зубов, болезненность при приеме твердой пищи.

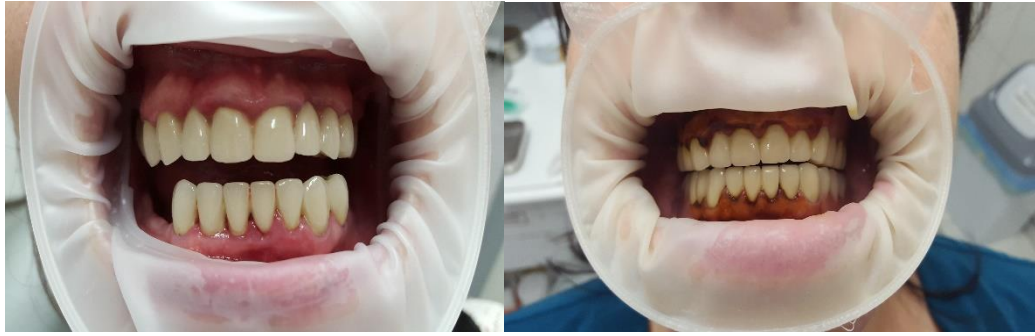
Анамнез: к врачу-стоматологу ранее не обращалась. Беременность и прием оральных контрацептивов отрицает.

Объективно: межзубные сосочки в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти гиперемированы, отечны. При зондировании определяется болезненность и кровоточивость. В области всех зубов определяется большое количество мягкого зубного налета. В области 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов определяются твердые наддесневые зубные отложения. Проба Шиллера-Писарева положительная.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие основные и дополнительные методы исследования, необходимо еще провести для уточнения диагноза.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данной патологии.
3. Составьте план лечения. Какой прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21



Пациентка К., 63 лет, обратилась с жалобами на боль при приеме твердой пищи, кровоточивость при чистке зубов.

Анамнез: к пародонтологу ранее не обращалась. Беспокоит в течение месяца. 3 месяца назад было завершено ортопедическое лечение.

Объективно: межзубные сосочки в области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов отечны, гиперемированы. При зондировании межзубных сосочков определяется болезненность и кровоточивость. Проба Шиллера-Писарева положительная, РМА 55%. В области 15, 13, 11 и 24 зубов определяются пародонтальные карманы, глубиной 5 мм. В полости рта определяются некачественно изготовленные ортопедические конструкции.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие основные и дополнительные методы исследования, необходимо еще провести для уточнения диагноза.
2. Какие причины привели к возникновению данной патологии.
3. Составьте план лечения. Какой прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22



Больной К., возраст 54 года, обратился в стоматологическую клинику с целью санации и рационального протезирования.

Анамнез: со слов здоров, аллергии на лекарственные препараты отрицает. Курит в течение 25 лет.

Объективно: в области всех зубов определяется большое количество мягкого зубного налета и налет курильщика. Проба Шиллера-Писарева положительная. В области 31, 32, 41, 42 зубов определяется рецессия десны на 1/3.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие основные и дополнительные методы исследования, необходимо еще провести для уточнения диагноза.
2. Какие причины привели к возникновению данной патологии.
3. Составьте план лечения. Какой прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23



Больной С., возраст 48 лет. Обратился с целью проведения профессиональной гигиены.

Анамнез: со слов здоров, аллергию на лекарственные препараты отрицает. Процедуру профессиональной гигиены проводит регулярно 2 раза в год.

Объективно: в области 31, 32, 41, 42 зубов наличие твердых над- и поддесневых зубных отложений. В области 42 зуба определяется рецессия десны на 2/3. Определяется подвижность 2 степени 42 зуба.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие основные и дополнительные методы исследования, необходимо еще провести для уточнения диагноза.
2. Какие причины привели к возникновению данной патологии.
3. Составьте план лечения. Какой прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24



Пациентка Н., возраст 56 лет обратилась с жалобами на чувство жжения в области языка. При приеме пищи чувство жжения не проходит. Отмечает сухость полости рта.

Объективно: обильное количество мягкого зубного налета. Коронки из разнородных сплавов.

На языке имеются складки, покрытые налетом. Налет трудно отделяется шпателем.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить.
3. Составьте и обоснуйте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25



Пациентка Л., возраст 37 лет обратилась с жалобами на наличие «болячек» на губах. Отмечает болезненность при открывании рта и разговоре. Прием пищи затруднен. Связывает появление эрозий с ранее проведенной процедурой перманентного макияжа губ. Процедуру делала 4 дня назад. В домашних условиях пользовалась мазью «Бепантен». Улучшения клинической картины не отмечает.

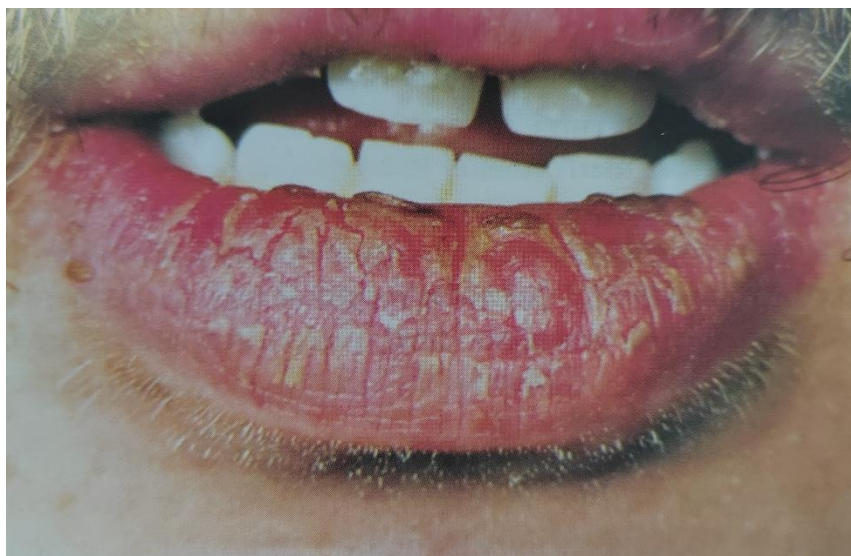
Объективно: на верхней и нижней губе наличие эрозий, покрытых желтоватым псевдомембранозным налетом. После снятия налета обнажается кровоточащая эрозия. Губы отечны. Слизистая оболочка в области преддверия гиперемирована.

В анамнезе отмечает, что 3 года назад был герпес на нижней губе.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
3. Назначьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26



Пациент К., возраст 33 года обратился с жалобами на болезненную трещину на нижней губе. Отмечает сухость губ. Гигиенической помадой не пользуется. Имеет вредную привычку скусывать сухие чешуйки с поверхности нижней губы. Работа пациента связана с длительным нахождением на открытом воздухе.

Объективно: красная кайма нижней губы сухая, шершавая. Нижняя губа покрыта корочками желтого цвета. В центре губы располагается трещина. Нижняя губа слегка отечна, болезненна при пальпации.

Задание:

- 1.Поставьте диагноз. Чем может быть вызвано данное заболевание?
- 2.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
- 3.Назначьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27



Пациентка Е., 35 лет обратилась к стоматологу с жалобами на необычный вид языка, наличие пятен на языке. Боли и жжения в полости рта не отмечает. Со слов пациентки «такой язык у нее с детства», пятна на языке периодически исчезают и появляются в других зонах языка, раньше беспокойства по этому поводу не было. В последнее время после перенесенного стресса развилась канцерофобия, что и побудило обратиться к стоматологу.

Объективно: на спинке языка – кольцевидные участки десквамации эпителия в виде пятен красноватого цвета, окруженные белесоватыми нитями незначительного кератоза. По центру языка определяется складка, покрытая налетом.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить.
3. Составьте и обоснуйте план лечения пациентки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28



Пациентка О., 62 лет обратилась к стоматологу с жалобами на повышение температуры тела, слабость, на сильные боли в полости рта, затрудняющие прием пищи, наличие эрозий на щеках, языке, губах. Со слов пациентки нарушение самочувствия появилось 3 дня назад после переохлаждения, а спустя сутки появились пятна на коже, пузыри и эрозии в полости рта.

Объективно: На гиперемированной и отечной слизистой оболочке щек, языка, губ имеются болезненные отдельные эрозии с обрывками пузырей и сплошные эрозивные очаги, покрытые желтоватым налетом. При снятии налета возникает сильная кровоточивость. Симптом Никольского отрицательный. На красной кайме губ – желтоватые и кровянистые корки. Полость рта не санирована, массивные зубные отложения, неудовлетворительная гигиена полости рта. На руках и животе – возвышающиеся над кожей гиперемированные пятна с цианотичным западающим центром.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить.
3. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29



Пациентка Н., 64 лет обратилась к стоматологу с жалобами на чувство стянутости, шероховатости слизистой щек, на наличие язвы на левой щеке, жжение и боли при приеме пищи, которые появились 3 месяца назад. Пробовала лечиться самостоятельно отваром коры дуба, делала «примочки из марганцовки». Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа. Отмечает постоянную тревогу, раздражительность, канцерофобию.

Объективно: на гиперемизированном фоне слизистой оболочки щек, языка и губ – болезненная язва с мягкими краями, покрытая легко снимающимся налетом, окруженная мелкими белесоватыми папулами, сгруппированными в кружевной рисунок. Полость рта не санирована, неудовлетворительная гигиена полости рта, имеются ортопедические конструкции из разнородных металлов.

Задание:

1. Поставьте диагноз. Укажите этиологические факторы.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
3. Назначьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30



Пациентка А., 42 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боли в полости рта, усиливающиеся при приеме пищи и разговоре, наличие эрозий на небе. Со слов пациентки боли и эрозии появились 2 месяца назад. Самостоятельное лечение с применением отвара ромашки и облепихового масла оказалось неэффективным.

Объективно: на неизменном фоне слизистой оболочки мягкого неба определяются 2 обширные болезненные эрозии застойно-красного цвета, поверхность их «голая», без налета. Симптом Никольского положительный.

Задание:

- 1.Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для уточнения диагноза?
- 2.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
- 3.Тактика врача - стоматолога после постановки окончательного диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31



Пациент Н. 49-летнего возраста предъявляет жалобы на повышенную чувствительность зубов при чистке, а также быстропроходящие боли от всех видов раздражителей в области клыков и премоляров нижней челюсти. Объективно выявлены дефекты тканей зубов клиновидной формы в пришеечной области премоляров нижней челюсти с плотными, гладкими поверхностями. При проведении контролируемой чистки зубов определяются горизонтальные движения зубной щеткой.

Задание:

1. Верифицируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32



Пациент 33 года обратился с жалобами на постоянную ноющую боль в области 3.6 зуба, усиливающуюся при накусывании. Из анамнеза выяснено, что в 3.6 была наложена мышьяковистая паста, но пациент в назначенный день к врачу не явился. Объективно: слизистая оболочка маргинальной десны гиперемирована, отечна. 3.6 под временной пломбой, вертикальная перкуссия слабо болезненна.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз, назовите причину возникновения данной клинической ситуации.
2. Необходимое медикаментозное лечение данного заболевания. Этапы лечения.
3. Особенности ведения медицинской карты стоматологического больного в данной клинической ситуации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33



Пациент 45 лет, обратился с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании. Появление болей пациент связывает с переохлаждением.

Объективно: 1.6 покрыт искусственной коронкой, вертикальная перкуссия слабо болезненна, слизистая оболочка в области проекции верхушек корней в цвете не изменена, безболезненна при пальпации. Представлена рентгенограмма.

Задание:

1. Опишите рентгенологическую картину. Установите предварительный диагноз, опираясь на клинические и рентгенологические данные.
2. Опишите этапы зубосохраняющего лечения. Каков будет исход данной патологии при отсутствии лечения.
3. Использование телемедицинских технологий при оказании стоматологических услуг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34



Пациент 17 лет обратился в клинику стоматологии с жалобами на откол переднего зуба. Травма произошла 2 дня назад. При объективном обследовании: откол режущего края 1.1 зуба. Сообщения с полостью зуба нет. Эмаль зуба имеет продольные трещины. Зуб имеет патологическую подвижность I степени. Слизистая в проекции корня зуба спокойная, безболезненная. Перкуссия зуба слабо болезненна.

Задание:

1. Какой вид травматического поражения в области зуба 1.1. Уточните диагноз зуба 1.1. Какая тактика ведения может быть предложен для лечения данного зуба, с учетом времени с момента травмы?
2. Есть ли показания для проведения ЭОД для определения состояния пульпы зуба в данной ситуации? Составьте план лечения.
3. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35



Пациентка 63 года, обратилась с жалобами на острые самопроизвольные боли в области 15 зуба. Коронка зуба разрушена более $\frac{1}{2}$, зондирование болезненно в области устьев корневых каналов. Термодиагностика положительная, длительно не проходящая. На рентгенограмме 15 зуба периапикальных изменений нет, отмечается сообщение кариозной полости с полостью зуба. Было принято решение о эндодонтическом лечении зуба 15. Инструментальная обработка корневых каналов проводилась ручными инструментами. Для медикаментозной обработки корневых каналов применяли 3% раствор гипохлорита натрия. На этапе эндодонтического лечения пациентка почувствовала резкую боль в этой области.

1. Поставьте диагноз. Укажите возможные причины возникновения данного осложнения на этапе эндодонтического лечения.
2. Опишите клинику данной патологии и возможные осложнения.
3. Тактика лечения и ведения пациентов с данной патологией.