**Федеральное медико-биологическое агентство**
**Федеральное государственное бюджетное учреждение**
**«Государственный научный центр Российской Федерации –**
**Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»**
**Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования**

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

# ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
**31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

**Москва, 2023**

## 1. Общие положения

### 1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 № 18 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

### 1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-челюстно-лицевой хирург».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

## 2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-челюстно-лицевой хирург».

## Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

| Наименование категории (группы) универсальных компетенций | Код и наименование универсальной компетенции выпускника |
|---|---|
| **Системное и критическое мышление** | **УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
| **Разработка и реализация проектов** | **УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им |
| **Командная работа и лидерство** | **УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению |
| **Коммуникация** | **УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности |
| **Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)** | **УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории |

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

| Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций | Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника |
|---|---|
| **Деятельность в сфере информационных технологий** | **ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности |
| **Организационно-управленческая деятельность** | **ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей |
| **Педагогическая деятельность** | **ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность |
| **Медицинская деятельность** | **ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов |
| | **ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность |
| | **ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов |
| | **ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу |
| | **ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения |
| | **ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала |
| | **ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

| Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников | Код и наименование профессиональной компетенции выпускника |
|---|---|
| **ОТФ А, В**<br>Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том | **ПК-1.** Способен к проведению обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области и установление диагноза |

| Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников | Код и наименование профессиональной компетенции выпускника |
|---|---|
| числе травмой, челюстно-лицевой области и установление диагноза<br>**ТФ А/01.8, В/01.8** | |
| **ОТФ А, В**<br>Назначение и проведение лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контроль его эффективности и безопасности<br>**ТФ А/02.8, В/02.8** | **ПК-2.** Способен к назначению и проведению лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контролю его эффективности и безопасности |
| **ОТФ А, В**<br>Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов<br>**ТФ А/03.8, В/03.8** | **ПК-3.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов |
| **ОТФ А**<br>Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний и (или) состояний, в том числе травмой, челюстно-лицевой области и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения<br>**ТФ А/05.8** | **ПК-4.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения |
| **ОТФ А, В**<br>Оказание медицинской помощи в экстренной форме<br>**ТФ А/07.8, В/06.8** | **ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме |

## 3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

### 3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

**Задание:** укажите правильный вариант ответа.

**1. Выберите теорию, объясняющую возникновение рецессии десны:**

1) данные рентгенограммы;

2) данные реопародонтографии и полярографии;

3) мутагенная теория;

4) теория эндогенных факторов.

**2. Десневая рецессия – это:**

1) воспаление десны с прогрессирующей убылью костной ткани;
2) воспаление десны, не затрагивающее костную ткань;
3) потеря уровня десны, уменьшение ее объема в апикальном направлении;
4) хирургическая операция по перемещению уровня десны.

**3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры**

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Теоретические проблемы боли в стоматологии. Выбор метода и средств для обезболивания при лечении стоматологических заболеваний.
2. Профилактика хирургических стоматологических заболеваний.

Примеры контрольных заданий:

1. Проведите аппликационное обезболивание.
2. Проведите инфильтрационное обезболивание.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Ситуационная задача № 2.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на ½

длины, апикальные отверстия не обтурированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

## 4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

## 5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

**Отлично** – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

**Хорошо** – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

**Удовлетворительно** – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

**Неудовлетворительно** – выпускник демонстрирует незнание и непонимание

существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

**Отлично –** выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

**Хорошо –** выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

**Удовлетворительно –** выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

**Неудовлетворительно –** выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

**Отлично –** выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

**Хорошо –** выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

**Удовлетворительно –** выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

**Неудовлетворительно** – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

## 6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / Епифанов В. А., Епифанов А. В. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-5390-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html

2. Кулаков А. А. Хирургическая стоматология / под ред. Кулакова А. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 408 с. – ISBN 978-5-9704-6001-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460016.html

3. Кулаков А. А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / Под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-3727-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437278.html

Дополнительная литература:

1. Базикян Э. А. Одонтогенные воспалительные заболевания – просто о сложном / Э. А. Базикян, А. А. Чунихин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4101-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441015.html

2. Базикян Э. А. Современные остеопластические материалы / Базикян Э. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-4582-2. – Текст: электронный //

URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445822.html

3. Иванов С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А. А. Мураев, Н. Ф. Ямуркова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 360 с. – ISBN 978-5-9704-3813-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html

4. Панин А. М. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез / Под ред. А. М. Панина – Москва: Литтерра, 2011. – 208 с. (Серия «Библиотека стоматолога») – ISBN 978-5-4235-0001-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500016.html

5. Сохов С. Т. Удаление зубов под местным обезболиванием. Атлас / С. Т. Сохов, В. В. Афанасьев, М. Р. Абдусаламов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-5724-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457245.html

*Приложение к программе*
*государственной итоговой аттестации с оценочными средствами*
*программы ординатуры 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия*

**Фонд оценочных средств**

**1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования**

| № п/п | Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий | Тестовые задания |
|---|---|---|
| 1. | Челюстно-лицевая хирургия/40 | **1. Выберите теорию, объясняющую возникновение рецессии десны:**<br>1) данные рентгенограммы;<br>2) данные реопародонтографии и полярографии;<br>3) мутагенная теория;<br>4) теория эндогенных факторов.<br>**2. Десневая рецессия – это:**<br>1) воспаление десны с прогрессирующей убылью костной ткани;<br>2) воспаление десны, не затрагивающее костную ткань;<br>3) потеря уровня десны, уменьшение ее объема в апикальном направлении;<br>4) хирургическая операция по перемещению уровня десны.<br>**3. К двуслойным методам операции относится:**<br>1) «конвертная» методика;<br>2) коронально смещенный лоскут;<br>3) латерально смещенный лоскут;<br>4) полулунный лоскут.<br>**4. К методам операций при рецессии десны относится:**<br>1) двойной сосочковый лоскут;<br>2) дистально смещенный лоскут;<br>3) прикрепленный десневой трансплантат;<br>4) удаление зуба.<br>**5. К однослойным методам операции относится:**<br>1) «конвертная» методика;<br>2) двойной сосочковый лоскут;<br>3) полулунный лоскут;<br>4) тоннельная методика.<br>**6. Класс краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру, при котором возможно полное закрытие рецессии:**<br>1) 2;<br>2) 3;<br>3) 4;<br>4) 5.<br>**7. Класс краевой рецессии тканей пародонта по Миллеру, при котором возможно полное закрытие рецессии:**<br>1) 1; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 2) 3;<br>3) 4;<br>4) 5.<br>**8. Класс рецессии пародонта по Миллеру, при котором возможно частичное закрытие рецессии:**<br>1) 1;<br>2) 2;<br>3) 3;<br>4) 4.<br>**9. Класс рецессии пародонта по Миллеру, при котором закрытие рецессии маловероятно:**<br>1) 1;<br>2) 2;<br>3) 3;<br>4) 4;<br>5) 5.<br>**10. Классификация рецессий, созданная в 1985 году:**<br>1) классификация вертикальных дефектов;<br>2) классификация по ВОЗ;<br>3) классификация по морфологическим видам;<br>4) классификация рецессии десны по Миллеру.<br>**11. Метод операции при рецессии АллоДерм:**<br>1) двойной сосочковый лоскут;<br>2) коронарно смещенный лоскут;<br>3) латерально смещенный лоскут;<br>4) применение дермального матрикса;<br>5) свободный десневой трансплантат.<br>**12. Методика «конвертного» способа оперативного лечения рецессии десны называется по:**<br>1) Варрену;<br>2) Гроупу;<br>3) Ратке;<br>4) Штильману.<br>**13. Операция, направленная на устранение симптома обнажения поверхности корня:**<br>1) дистальная ротация десневого лоскута;<br>2) корональ но смещенный лоскут;<br>3) пересадка кожного аутотрансплантата;<br>4) прикрепленная трансплантация тканей.<br>**14. Охарактеризуйте 1 класс рецессии десны по Miller (1985):**<br>1) потеря десны и кости в межзубных промежутках циркулярная;<br>2) рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей;возможно частичное закрытие рецессии;<br>3) рецессия в пределах прикрепленной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии;<br>4) рецессия в пределах свободной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **15. Охарактеризуйте 2 класс рецессии десны по Miller (1985):**<br>1) потеря десны и кости в межзубных промежутках циркулярная;<br>2) рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей; возможно частичное закрытие рецессии;<br>3) рецессия в пределах прикрепленной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии;<br>4) рецессия в пределах свободной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии.<br>**16. Охарактеризуйте 3 класс рецессии десны по Miller (1985):**<br>1) потеря десны и кости в межзубных промежутках циркулярная;<br>2) рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей; возможно частичное закрытие рецессии;<br>3) рецессия в пределах прикрепленной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии;<br>4) рецессия в пределах свободной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии.<br>**17. Охарактеризуйте 4 класс рецессии десны по Miller (1985):**<br>1) потеря десны и кости в межзубных промежутках циркулярная;<br>2) рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей; возможно частичное закрытие рецессии;<br>3) рецессия в пределах прикрепленной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии;<br>4) рецессия в пределах свободной десны; потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует; возможно полное закрытие рецессии.<br>**18. По классификации рецессии десны ВОЗ, рецессии бывают:**<br>1) генерализованные;<br>2) диффузные;<br>3) очаговые;<br>4) поствирусные.<br>**19. По классификации рецессии десны по морфологическим видам, рецессии бывают:**<br>1) ограниченная рецессия только вестибулярной поверхности, межзубная десна сохранена;<br>2) ограниченная рецессия только оральной поверхности, межзубная десна сохранена; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 3) рецессия вестибулярной или оральной поверхности с частичной ретракцией межзубной десны;<br>4) рецессия десны в области антагонирующих зубов с полной ретракцией межзубной десны.<br>**20. Потеря уровня десны, уменьшение ее объема в апикальном направлении – это:**<br>1) вертикальный дефект альвеолярной кости;<br>2) гипертрофический гингивит;<br>3) рецессия десны;<br>4) фуркационный дефект альвеолярной кости;<br>5) хронический пародонтит.<br>**21. При рассматривании аномалий прикуса зубных рядов и отдельных зубов к причинам возникновения рецессии десны относится:**<br>1) аномалии положения зубов;<br>2) местное обезболивание;<br>3) применение антисептиков в полости рта;<br>4) чистка зубов по Пахомову.<br>**22. При рассматривании воспалительного фактора в качестве причины возникновения рецессии десны, можно сказать, что рецессия возникает вследствие:**<br>1) воспаления, из-за которого уменьшается высота кости межзубных перегородок;<br>2) высокого прикрепления уздечки;<br>3) мелкого преддверия полости рта;<br>4) тонкого биотипа десны.<br>**23. При рассматривании травматического фактора в качестве причины возникновения рецессии десны, можно сказать, что рецессия возникает вследствие:**<br>1) воспаления, из-за которого уменьшается высота кости межзубных перегородок;<br>2) высокого прикрепления уздечки;<br>3) тонкого биотипа десны;<br>4) травмы, обусловленной вредными привычками пациента.<br>**24. При рассматривании травматического фактора в качестве причины возникновения рецессии десны, можно сказать, что рецессия возникает вследствие:**<br>1) воспаления, из-за которого уменьшается высота кости межзубных перегородок;<br>2) высокого прикрепления уздечки;<br>3) тонкого биотипа десны;<br>4) хронической травмы средствами индивидуальной гигиены полости рта.<br>**25. При рассматривании ятрогенного фактора в качестве причины возникновения рецессии десны, можно сказать, что рецессия возникает вследствие:**<br>1) воспаления, из-за которого уменьшается высота кости межзубных перегородок;<br>2) тонкого биотипа десны;<br>3) травматической ретракции десны при получении оттисков; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 4) травмы, обусловленной вредными привычками пациента.<br>**26. Укажите положение больного и врача при удалении верхних левых зубов:**<br>1) врач справа и спереди от больного;<br>2) врач справа и сзади от больного;<br>3) голова больного на уровне плечевого сустава врача;<br>4) голова больного на уровне локтевого сустава врача;<br>5) голова больного повернута вправо.<br>**27. Укажите положение больного и врача при удалении левых нижних премоляров и моляров:**<br>1) голова больного на уровне плечевого сустава врача;<br>2) голова больного на уровне локтевого сустава врача;<br>3) врач стоит справа и спереди от больного;<br>4) врач стоит справа и сзади от больного;<br>5) голова больного повернута вправо.<br>**28. Укажите положение больного и врача при удалении правых нижних премоляров и моляров:**<br>1) врач стоит справа и спереди от больного;<br>2) врач стоит справа и сзади от больного;<br>3) голова больного на уровне плечевого сустава врача;<br>4) голова больного на уровне локтевого сустава врача;<br>5) голова больного повернута влево.<br>**29. Укажите срочные показания к операции удаления зуба:**<br>1) подвижность III степени;<br>2) полное разрушение коронки зуба;<br>3) причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите челюсти;<br>4) причинный зуб при одонтогенных флегмонах;<br>5) при безуспешном консервативном лечении острого гнойного и обострении хронического периодонтита многокорневых зубов.<br>**30. Укажите плановые показания к операции удаления зуба:**<br>1) причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите челюсти;<br>2) подвижность зуба III-IV степеней при пародонтите;<br>3) дистопированные зубы, травмирующие мягкие ткани полости рта;<br>4) значительное разрушение зуба, невозможность использования его для протезирования.<br>**31. Укажите, при удалении каких зубов верхней челюсти можно использовать ротационные движения:**<br>1) моляров;<br>2) второго премоляра;<br>3) первого премоляра;<br>4) резцов;<br>5) клыка.<br>**32. Укажите, при удалении каких зубов нижней челюсти можно использовать ротационные движения:**<br>1) моляров; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 2) второго премоляра;<br>3) первого премоляра;<br>4) клыка;<br>5) резцов.<br>**33. Тактика врача-стоматолога при прободении интактной верхнечелюстной пазухи во время операции удаления зуба:**<br>1) тампонада лунки йодоформной турундой;<br>2) закрытие перфорации с использованием элементов пластики;<br>3) промывание верхнечелюстной пазухи;<br>4) носо-ротовая проба;<br>**5)** тампонада устья лунки йодоформенной турундой.<br>**34. Тактика врача-стоматолога при проталкивании корня зуба в интактную верхнечелюстную пазуху:**<br>1) удаление корня через перфорационное отверстие;<br>2) наложение на устье лунки йодоформенной турунды;<br>3) госпитализация больного в стационар;<br>4) гайморотомия с удалением корня зуба через неделю;<br>5) гайморотомия с удалением корня и пластическим закрытием перфорации в первые 48 часов.<br>**35. Тактика врача-стоматолога при проталкивании корня зуба в верхнечелюстную пазуху при хроническом гайморите:**<br>1) удаление корня зуба через перфорационное отверстие;<br>2) наложение на устье лунки йодоформенной турунды;<br>3) промывание верхнечелюстной пазухи через перфорационное отверстие растворами антисептиков;<br>4) гайморотомия и срочное удаления корня зуба;<br>5) удаление корня зуба в плановом порядке, радикальная гайморотомия с пластическим закрытием соустья.<br>**36. Перечислите щипцы для удаления верхних моляров с сохраненной коронкой:**<br>1) прямые с несходящимися щечками;<br>2) штыковидные со сходящимися щечками;<br>3) S-образные с несходящимися щечками ;<br>4) S-образные щипцы с шипом;<br>5) штыковидные щипцы с несходящимися щечками.<br>**37. Перечислите щипцы для удаления левых верхних моляров с сохраненной коронкой:**<br>1) S-образные с шипом слева;<br>2) S-образные с несходящимися щечками;<br>3) штыковидные с несходящимися щечками;<br>4) S-образные с шипом справа;<br>5) клювовидные с шипами.<br>**38. Укажите щипцы для удаления правых верхних моляров с сохраненной коронкой:**<br>1) S-образные с шипом справа;<br>2) S-образные с несходящимися щечками;<br>3) S-образные с шипом слева;<br>4) штыковидные с несходящимися щечками;<br>5) клювовидные с шипами. |

| | | |
|---|---|---|
| | | **39. Укажите щипцы для удаления корней верхних моляров:**<br>1) S-образные с несходящимися щечками;<br>2) S-образные с шипами;<br>3) S-образные со сходящимися щечками;<br>4) штыковидные со сходящимися щечками;<br>5) прямые со сходящимися щечками.<br>**40. Укажите щипцы для удаления верхних премоляров с сохраненной коронкой:**<br>1) прямые с несходящимися щечками;<br>2) S-образные с шипом;<br>3) S-образные с несходящимися щечками;<br>4) штыковидные с несходящимися щечками;<br>5) штыковидные со сходящимися щечками. |
| 2. | Общественное здоровье и здравоохранение /5 | **1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является**<br>а) медиана<br>б) вариация<br>в) показатель<br>г) модуль<br>**2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___**<br>а) обратимое; его санаторно-курортного лечения<br>б) незначительное; его стационарного лечения<br>в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности<br>г) стойкое; его социальной защиты<br>**3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает**<br>а) порядки оказания медицинской помощи<br>б) объемы соответствующих видов медицинской помощи<br>в) стандарты медицинской помощи<br>г) протоколы ведения пациентов<br>**4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует**<br>а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи<br>б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами<br>в) реорганизации медицинских организаций<br>г) увеличению расходов финансовых средств<br>**5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип**<br>а) гендерно-возрастной<br>б) этапный<br>в) индивидуальный<br>г) территориально-участковый |
| 3. | Педагогика /5 | **1. Науки, входящие в систему педагогических**<br>1) дидактика, психология, история, философия, школоведение<br>2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная |

| | | |
|---|---|---|
| | | педагогика, методики изучения отдельных предметов<br>3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология<br>4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология<br>5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена<br>**2. К методам просветительской работы относят все, кроме**<br>1) наглядных<br>2) комбинированных<br>3) устных<br>4) творческих<br>**3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется**<br>1) учебная программа<br>2) учебный план<br>3) государственный образовательный стандарт<br>4) тематический план<br>**4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это**<br>1) мониторинг<br>2) контроль<br>3) планирование качества<br>4) оценка качества<br>**5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это**<br>1) кредит<br>2) нагрузка<br>3) зачетные единицы |
| 4. | Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5 | **1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится всё, кроме:**<br>1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации;<br>2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза);<br>3) витаминизация основных и дополнительных пайков;<br>4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении |

| | | |
|---|---|---|
| | | неприятелем средств массового поражения во время войны;<br>5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью.<br>**2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают:** 1) оперативную обстановку;<br>2) время года;<br>3) наличие пригодной для использования воды;<br>4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки;<br>5) всё верно.<br>**3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф:**<br>1) природных;<br>2) техногенных;<br>3) антропогенных;<br>4) социальных.<br>**4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются:**<br>1) таблетки Пантоцид;<br>2) таблетки Аквасепт;<br>3) таблетки Рапосепт.<br>**5. Способы хлорирования воды**:<br>1) хлорирование нормальными дозами;<br>2) гиперхлорирование;<br>3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование. |
| 5. | Медицинские информационные технологии /5 | **1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется**<br>а) информационными технологиями<br>б) информационными системами<br>в) медицинскими информационными системами<br>г) автоматизированными устройствами<br>**2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется**<br>а) информационными технологиями<br>б) информационными системами<br>в) медицинскими информационными системами<br>г) автоматизированными устройствами<br>**3. Свойство информации отвечать запросам потребителей**<br>а) ценность<br>б) релевантность<br>в) доступность<br>г) эргономичность<br>**4. Медицинская информация это** |

| | | |
|---|---|---|
| | | а) любая информация о человеке<br>б) информация о социальном статусе человека<br>в) информация, относящаяся к человеку как пациенту<br>г) совокупность средств лечения<br>**5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу**<br>а) ресурсных информационных медицинских систем<br>б) технологических информационных медицинских систем<br>в) статистико-аналитических информационных медицинских систем<br>г) образовательных информационных медицинских систем |
| 6. | Стоматология детская /10 | **1. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: а) определения структуры стоматологической заболеваемости; б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; в) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; г) определения потребности в стоматологической помощи; д) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме:**<br>1) если правильны ответы а, б, в;<br>2) если правильны ответы а, в;<br>3) если правильны ответы б, г;<br>4) если правильный ответ г;<br>5) если правильны ответы а, б, в, г, д.<br>**2. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:**<br>1) один раз в год;<br>2) 2 раза в год;<br>3) по показаниям, но не реже 2 раз в год;<br>4) 3 раза в год;<br>5) 4 раза в год.<br>**3. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:**<br>1) 1 раз;<br>2) 2 раза;<br>3) 3 раза;<br>4) по индивидуальным показаниям;<br>5) с учетом формы активности кариеса.<br>**4. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается:**<br>1) тело нижней челюсти;<br>2) мыщелковый отросток нижней челюсти;<br>3) альвеолярный отросток нижней челюсти;<br>4) альвеолярный отросток верхней челюсти; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 5) твердое небо.<br>**5. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод:**<br>1) диатермокоагуляции;<br>2) прижизненной ампутации коронковой пульпы;<br>3) глубокой ампутации;<br>4) девитальной ампутации;<br>5) прижизненной экстирпации.<br>**6. Абсолютное показание к удалению временного зуба:**<br>1) возраст физиологической смены зубов;<br>2) наличие периодонтита;<br>3) наличие свища;<br>4) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба;<br>5) отлом части коронки.<br>**7. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: а) выздоровление; б) микрогения; в) дефект челюсти; г) адентия; д) деформация. Выберите правильный ответ по схеме:**<br>1) если правильны ответы а, б, в;<br>2) если правильны ответы а, в;<br>3) если правильны ответы б, г;<br>4) если правильный ответ г;<br>5) если правильны ответы а, б, в, г, д.<br>**8. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте:**<br>1) острый лимфаденит поднижнечелюстной области;<br>2) симптом слюнной колики;<br>3) данные рентгенологического обследования;<br>4) мутная слюна;<br>5) сухость во рту.<br>**9. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах:**<br>1) следует, т.к остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита;<br>2) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы;<br>3) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок;<br>4) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений;<br>5) не следует. Достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы.<br>**10. При формировании дна кариозной полости I** |

| | | |
|---|---|---|
| | | **класса у детей опасно применять бор:**<br>1) фиссурный;<br>2) пламевидные:<br>3) обратноконусный;<br>4) шаровидный;<br>5) ВАТТ-бор. |
| 7. | Стоматология терапевтическая /10 | **1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка, выстилающая полость рта?**<br>1) многослойный плоский эпителий;<br>2) базальная мембрана;<br>3) собственного;<br>4) подслизистого;<br>5) всех вышеперечисленных.<br>**2. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать**: а) форму активности кариеса; б) уровень соматического и стоматологического здоровья; в) факторы риска возникновения заболеваний; г) факторы риска утяжеления патологии; д) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:<br>1) если правильны ответы а, б, в;<br>2) если правильны ответы а, в;<br>3) если правильны ответы б, г;<br>4) если правильный ответ г;<br>5) если правильны ответы а, б, в, г, д.<br>**3. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:**<br>1) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов;<br>2) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов;<br>3) язычные поверхности первых постоянных моляров;<br>4) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов;<br>5) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти.<br>**4. Интенсивность кариеса зубов выражается:**<br>1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;<br>2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных к возрасту пациента;<br>3) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов в группе обследованных;<br>4) отношением количества лиц, имеющих кариозные зубы, к общему числу обследованных, выраженное в процентах;<br>5) разницей между индексами КПУ(з) и КПУ(п).<br>**5. При начальном кариесе в эмали происходит:**<br>1) нарушение белковой матрицы эмали;<br>2) дисминерализация и реминерализация;<br>3) деминерализация эмали; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 4) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;<br>5) резорбция эмали.<br>**6. Основным фактором риска возникновения кариеса является:**<br>1) высокое содержание фторида в питьевой воде;<br>2) неудовлетворительная гигиена полости рта;<br>3) сопутствующие заболевания;<br>4) социальный фактор;<br>5) нерациональное питание.<br>**7. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:**<br>1) фторид натрия;<br>2) карбонат кальция;<br>3)экстракты лекарственных растений;<br>4) карбамид;<br>5) формальдегид.<br>**8. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите:**<br>1) девитализацию пульпы;<br>2) сохранение жизнеспособности всей пульпы;<br>3) витальную ампутацию;<br>4) витальную экстирпацию;<br>5) удаление зуба.<br>**9. Корневая пломба должна:**<br>1) достигать верхушечной трети канала;<br>2) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке;<br>3) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия;<br>4) располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке;<br>5) достигать уровня дентино-цементного соединения.<br>**10. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:**<br>1) выявления кариеса;<br>2) лечение заболеваний пародонта;<br>3) профессиональная гигиена полости рта;<br>4) эндодонтическое лечение;<br>5) удаление зубов, которые нельзя сохранить. |
| 8. | Стоматология ортопедическая /10 | **1. Названию окклюзионная плоскость соответствует определение:**<br>1) плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей;<br>2) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа;<br>3) искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении;<br>4) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний |

| | | |
|---|---|---|
| | | край глазницы;<br>5) искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении.<br>**2. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:**<br>1) разобщение полости рта и полости носа;<br>2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания;<br>3) восстановление фонетики;<br>4) верны ответы 1, 2.<br>5) верны ответы 1, 2, 3.<br>**3. После достижения заднего контактного положения, нижняя челюсть устанавливается в положение центральной окклюзии, при этом дистальные скаты нижних боковых зубов скользят по мезиальным скатам верхних боковых зубов:**<br>1) отверждение верно;<br>2) утверждение не верно.<br>**4. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются:**<br>1) у режущего края;<br>2) с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки;<br>3) оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки.<br>**5. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:**<br>1) перед моделированием опорных коронок;<br>2) на этапе припасовки опорных коронок на модели;<br>3) одновременно с моделированием опорных коронок;<br>4) после припасовки опорных коронок в клинике.<br>**6. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется:**<br>1) методика «закрытой ложки»;<br>2) методика «открытой ложки»;<br>3) методика двуслойного тоттиска;<br>4) все вышеперечисленное верно;<br>5) все вышеперечисленное не верно.<br>**7. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя**<br>1) различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров;<br>2) различные конструкции замковых соединений (аттачменов);<br>3) различные конструкции телескопической фиксации;<br>4) эластические подкладки под базисом протеза;<br>5) различные конструкции антиопрокидывателей.<br>**8. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:**<br>1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба;<br>2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба; |

| | | |
|---|---|---|
| | | 3) остановить кровотечение;<br>4) устранить воспалительные изменения в десне.<br>**9. Хирургическая подготовка протезного ложа к протезированию полными съемными протезами включает:**<br>1) обязательное удаление небного торуса;<br>2) углубление преддверия и дна полости рта;<br>3) устранение тяжей и рубцов, перемещение уздечек;<br>4) устранение экзостозов;<br>5)верны ответы 2, 3, 4.<br>**10. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:**<br>1) верхнем;<br>2) нижнем;<br>3) верхнем и нижнем;<br>4) верхнем только в области жевательных зубов;<br>5) нижнем только в области жевательных зубов. |
| 9. | Ортодонтия /10 | **1. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения:**<br>1) длины верхней челюсти;<br>2) длины нижней челюсти;<br>3) наличия зачатков постоянных зубов в дистальных отделах челюстей;<br>4) размеров апикального базиса;<br>5) всего вышеперечисленного.<br>**2. Специальным методам диагностики в ортодонтии относятся:**<br>1) опрос, осмотр полости рта;<br>2) рентгенологические методы;<br>3) антропометрические, функциональные, графические методы;<br>4) анализ ТРГ;<br>5) измерение гипсовых моделей челюстей.<br>**3. Клиническими признаками, характерными для деформации зубных рядов, являются:**<br>1) тесное положение зубов;<br>2) дистопия зубов;<br>3) стираемость зубов;<br>4) подвижность зубов;<br>5) изменение формы и размера зубного ряда.<br>**4. С целью укорочения зубной дуги верхней челюсти в период прикуса постоянных зубов чаще всего удаляют:**<br>1) клыки;<br>2) первые премоляры;<br>3) вторые премоляры;<br>4) первые моляры.<br>5) вторые моляры<br>**5. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся:**<br>1) аппараты, используемые для лечения зубочелюстных |

| | | |
|---|---|---|
| | | аномалий;<br>2) аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей;<br>3) аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения;<br>4) аппараты, предупреждающие рецидив ЗЧА;<br>5) съёмный<br>**6. Использование ортодонтических имплантатов отменяет физические принципы биомеханики и не требует постоянного контроля над перемещениями зубов:**<br>1) утверждение верно;<br>2) утверждение не верно.<br>**7. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:**<br>1) дистальное;<br>2) нейтральное;<br>3) антериальное;<br>4) правильный ответ не назван;<br>5) мезиальное.<br>**8. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте**:<br>1) до 6 лет;<br>2) до 7 лет;<br>3) до 8 лет;<br>4) до 9 лет;<br>5) до 11 лет.<br>**9. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа:**<br>1) срединного небного шва;<br>2) носовых костей;<br>3) скуловых костей;<br>4) сошника;<br>5) во всех перечисленных.<br>**10. Объем полости рта возможно увеличить**:<br>1) выдвижением нижней челюсти;<br>2) расширением зубных рядов;<br>3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы;<br>4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов;<br>5) всеми перечисленными мероприятиями. |

**2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры**

**2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен**

1. Теоретические проблемы боли в стоматологии. Выбор метода и средств для обезболивания при лечении стоматологических заболеваний.
2. Профилактика хирургических стоматологических заболеваний.

3. Организация хирургической стоматологической помощи населению.
4. Щипцы, элеваторы для удаления зубов.
5. Показания, противопоказания к удалению постоянных зубов.
6. Заживление раны после удаления зуба.
7. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней.
8. Осложнения, возникающие после удаления зуба.
9. Иннервация зубов и челюстей.
10. Виды инфильтрационного, проводникового обезболивания на верхней и нижней челюстях. Осложнения анестезии.
11. Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, хирургическое лечение, зубосохраняющие операции.
12. Острый гнойный периостит челюсти. Клиника, диагностика и лечение.
13. Одонтогенный остеомиелит челюсти. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника.
14. Лечение одонтогенного остеомиелита.
15. Травматический остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
16. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
17. Клиническая картина абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
18. Абсцессы и флегмоны тканей, прилегающие к нижней челюсти. Этиология, клиника, диагностика, алгоритм комплексного лечения. Абсцессы и флегмоны тканей, прилегающие к верхней челюсти. Этиология, клиника, диагностика, алгоритм комплексного лечения. Абсцессы и флегмоны языка. Этиология, клиника, диагностика, алгоритм комплексного лечения.
19. Флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика и лечение.
20. Осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Общие принципы лечения при абсцессах и флегмонах лица и шеи и их осложнений. Аденофлегмона лица и шеи. Этиология, клиника, диагностика, общие принципы лечения.
21. Острый серозный, острый гнойный лимфаденит, хронические лимфадениты. Дифференциальная диагностика, принципы лечения. Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов, затрудненное прорезывание.
22. Причины, клиническая картина острого и хронического перикоронита, позадимолярного периостита.
23. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов. Лечение осложнений.
24. Одонтогенные воспаления верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
25. Актиномикоз. Туберкулез челюстно-лицевой области. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
26. Фурункулы, карбункулы, рожа лица. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
27. Заболевания слюнных желез.
28. Острое воспаление слюнных желез, болезнь и синдром Микулича, болезнь и синдром Шегрена. Клиника, лечение, профилактика. Хроническое воспаление слюнных желез. Паренхиматозный сиаладенит, интерстициальный сиаладенит, хронический сиалодохит. Клиника, диагностика, принципы лечения.
29. Слюннокаменная болезнь. Клиника, диагностика, принципы лечения.
30. Травматические повреждения мягких тканей лица. Ушиб тканей лица, раны лица и языка, переломы и вывихи зубов, вывих нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
31. Переломы нижней челюсти. Классификация, клиническая картина и диагностика, оказание первой помощи. Методы временной и постоянной (лечебной) иммобилизации.

32. Переломы верхней челюсти. Классификация, клиническая картина и диагностика, оказание первой помощи. Методы временной и постоянной (лечебной) иммобилизации.

33. Переломы скуловой кости и дуги.

34. Переломы костей носа. Клиника, диагностика, лечение.

35. Особенности огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области. Лечение раненых с огнестрельными переломами костей лицевого скелета на этапах медицинской эвакуации. Принципы комплексного лечения больных с огнестрельными и неогнестрельными переломами челюстей.

36. Непосредственные, ранние и поздние осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, оказание первой помощи, лечение. Профилактика осложнений.

37. Артриты, артрозы, анкилозы височно-нижнечелюстного сустава. Контрактура челюстей. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика, принципы лечения.

38. Рак нижней губы, слизистой оболочки полости рта, языка. Клиника, диагностика, принципы лучевого, хирургического и комбинированного лечения.

39. Одонтогенные опухоли челюстно-лицевой области: одонтома, цементома. Клиника, диагностика, принципы лечения. Амелобластома челюстей. Клиника, диагностика, принципы лечения.

40. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение и реабилитация больных. Подготовка зубов, находящихся в полости кисты, к операции.

41. Опухоли слюнных желез. Классификация. Клиническая картина доброкачественных и злокачественных опухолей, принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.

42. Злокачественные опухоли челюстных костей. Клиника, диагностика, принципы лечения.

43. Реабилитация больных с опухолями лица, органов полости рта, челюстей.

44. Хирургическое лечение деформаций челюстей. Оперативное вмешательство при дефектах нижней челюсти.

45. Основные методы пластическх операций. Пластика местными тканями, пластика с применением свободной пересадки кожи, пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

46. Операции по поводу укорочения уздечки губы и языка.

47. Онкологическая настороженность врача-стоматолога.

48. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава; вывих нижней челюсти, способы вправления.

49. Вывих челюсти.

50. Лабораторные методы исследования в хирургической стоматологии.

51. Инфильтрационное и проводниковое обезболивание.

52. Гемисекция.

53. Хирургическая обработка раны после удаления зуба.

54. Осложнения местной анестезии.

55. Техника операции удаления зубов.

56. Инфильтрационное и проводниковое обезболивание.

57. Фистулография.

58. Методы удаления ретенированных, дистопированных зубов и корней.

59. Лекарственные формы и препараты для аппликационной анестезии.

60. Первичная хирургическая обработка ран.

61. Одонтогенный гайморит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

62. Методика местной анестезии.

63. Альвеолит. Клиника, лечение, профилактика.
64. Клиника острого периодонтита.
65. Назубные проволочные шины.
66. Диагностика и планирование в имплантологии.
67. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
68. Оказание первой помощи, транспортная иммобилизация при переломах челюстей.
69. Методика установки внутрикостной части дентального имплантата.
70. Хронический одонтогенный остеомиелит.
71. Переломы ветви нижней челюсти.
72. Немедленная нагрузка в имплантологии.
73. Хронический паренхиматозный сиалоаденит.
74. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика.
75. Внешний вид и структура поверхности современного дентального имплантата. Остеоинтегация.
76. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика и лечение.
77. Клиническая особенность ран лица.
78. Хирургические методы увеличения альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти при их атрофии.
79. Фурункул. Клиника, диагностика, лечение.
80. Механизм смещения отломков при переломах нижней челюсти.
81. Интраоперационные осложнения при установке дентальных имплантатов.
82. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика и лечение.
83. Остеосинтез при переломах челюстей.
84. Методики пластики мягких тканей в области имплантатов.
85. Диагностика и лечение перикоронита.
86. Переломы в области угла нижней челюсти. Диагностика и лечение.
87. Классификация костнопластичеких материалов и мембран для направленной регенерации.
88. Карбункул, клиника, диагностика и лечение.
89. Переломы мыщелкового отростка (односторонние, двусторонние) без смещения отломков (клиника, диагностика).
90. Послеоперационное ведение пациента и контроль результатов имплантологического лечения.
91. Диагностика и лечение острого гнойного периостита челюсти.
92. Лечение переломов нижнего отдела ветви нижней челюсти.
93. Применение компьютерной томографии в имплантологии.
94. Клиническая характеристика воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области.
95. Остеосинтез челюстей.
96. Оснащение рабочего места имплантолога.
97. Клиника и диагностика хронического остеомиелита челюсти.
98. Вывихи и переломы зубов. Клиника, диагностика и лечение.
99. Виды операций по увеличению объема костной ткани в области планируемой имплантации.
100. Хирургическое лечение воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области. Направление разрезов на лице и в полости рта.
101. Перелом челюсти по Ле Фор – III.
102. Планирование установки дентальных имплантатов. Хирургические шаблоны.

103.Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика и лечение.

104.Осложнения переломов челюстей.

105.Синуслифтинг: методики, основные этапы и осложнения.

106.Слюннокаменная болезнь. Клиника, диагностика и лечение.

107.Клиническая картина огнестрельных повреждений лица.

Непосредственная имплантация. Техника удаления зуба и условия для немедленной нагрузки на имплантат.

### 1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Проведите аппликационное обезболивание.
2. Проведите инфильтрационное обезболивание.
3. Опишите методику интралигаментарной анестезии.
4. Опишите методику проводниковой анестезии на верхней и нижней челюсти внутриротовыми и внеротовыми методами.
5. Охарактеризуйте методы внутриротовой анестезии нижнего альвеолярного нерва при свободном открывании рта.
6. Опишите методику проводниковой анестезии основных стволов верхне- и нижнечелюстного нервов.
7. Выполните операцию по удалению зуба.
8. Выполните операция по удалению сломанного корня зуба.
9. Выполните операция по удалению ретенированного зуба.
10. Выполните операцию резекции верхушки корня зуба, ампутация корня зуба.
11. Выполните операцию ретроградного пломбирования зубов.
12. Выполните операцию иссечения «капюшона» при перикоронарите.
13. Выполните операцию по удалению кистозных новообразований полости рта (ретенционные кисты, ранулы).
14. Выполните операцию по вскрытию абсцесса или флегмоны.
15. Выполните операцию по удалению внутрикостного доброкачественного новообразования.
16. Произведите взятие материала для цитологического исследования.
17. Выполните рассечение протока слюнной железы.
18. Выполните зондирование протоков слюнных желез.
19. Выполните новокаиновую блокаду слюнных желез.
20. Выполните вправление вывиха нижней челюсти.
21. Выполните первичную хирургическую обработку ран лица.
22. Выполните фиксацию зубов лигатурной проволокой.
23. Выполните фиксацию зубов быстротвердеющей пластмассой.
24. Выполните временную фиксацию челюстей при переломах.
25. Выполните фиксацию челюстей при переломах назубными проволочными шинами.
26. Проведите остановку кровотечений при ранах челюстно-лицевой области и шеи.
27. Выполните переднюю и заднюю тампонаду носа.
28. Выполните пункцию верхнечелюстной пазухи.
29. Проведите пункцию лимфатических узлов и новообразований челюстно-лицевой области и шеи.
30. Назначьте обследование больному с подозрением на наличие онкологических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи.

### 2.3. Ситуационные задачи

**Задача 1.**

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

**Задача 2.**

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на ½ длины, апикальные отверстия не обтурированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

**Задача 3.**

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 56 лет, с жалобами на то, что коронка зуба 3.8, имеющего наклон в язычную сторону, постоянно травмирует язык. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел слева (0,5 × 1 см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и 19 подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: коронка зуба 3.8 наклонена в язычную сторону (лингвоверсия). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 физиологической окраски. Перкуссия зуба 3.8 отрицательна. На боковой поверхности языка по линии смыкания зубных рядов на уровне коронки зуба 3.8 определяется эрозия слизистой оболочки (0,7 × 1,0 см).

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

**Задача 4.**

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Д., 51 год, с жалобами на подвижность зубов 4.1, 4.2. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков гиперемирована, отечна, в том числе и в области зубов 4.1 и 4.2. Определяются обильные над- и поддесневые зубные отложения. Рецессия десны в области указанных зубов составляет ½ длины корня. Перкуссия зубов 4.1, 4.2 отрицательна. Зубы 4.1, 4.2 патологически подвижны (III степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет ⅔ зубов 4.1 и 4.2.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

**Задача 5.**

Женщина, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность и оголение корней зубов. Молодая женщина была обеспокоена по поводу прогрессирующего, по ее словам, «оголения корней зубов». При клиническом осмотре были выявлены множественные рецессии десны во фронтальном отделе нижней челюсти, отмечается мелкое преддверие полости рта от 2 до 3 мм, тонкий биотип слизистой. Пациентка сказала, что пользуется жесткой зубной щеткой. Около 6 месяцев назад пациентка закончила лечение у врача-ортодонта, после чего «десна начала уходить».



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какова тактика врача-хирурга?
4. Какой метод хирургического лечения показан в данной клинической ситуации?

**Задача 6.**

Пациент, мужчина 24 лет, обратился в клинику с жалобами на повышенную чувствительность при приеме холодного в области верхней челюсти слева. При осмотре выявлена рецессия десневого края в области зубов 2.3, 2.4 около 4мм. Прикус ортогнатический, отмечается недостаточный уровень кератинизированной слизистой ~ 2 мм.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определение рецессии по классификации Miller.
3. Выберите тактику хирургического лечения.
4. Каков прогноз?

**Задача 7.**

В поликлинику обратился пациент Б. (8 лет) с жалобами на подвижность 21 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате сбора анамнеза выявлено, что пациент ранее за пародонтологической помощью не обращался. При осмотре выявлена дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия на фоне мелкого преддверия полости рта. В результате определения статуса рецессии пациента Б. выявлена рецессия десны I класса по Миллеру в области 21 зуба. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина – 6 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 1 мм.

Вопросы:

1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
2. Укажите факторы, способствующие развитию данного патологии.
3. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии.
4. Дифференциальная диагностика данной патологии.
5. Ваш прогноз.

**Задача 8.**

Пациент, мужчина 28 лет, обратился в клинику с жалобами на повышенную чувствительность при приеме холодного в области верхней челюсти справа. При осмотре выявлена рецессия десневого края в области зубов 1.2, 1.3 около 3 мм с сохранением высоты межзубных сосочков. Отмечается патология прикуса, недостаточный уровень кератинизированной слизистой ~ 2 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определение рецессии по классификации Miller.
3. Выберите тактику хирургического лечения.
4. Каков прогноз?

**Задача 9.**

Пациент Р., 62 года, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа, возникающие при приеме пищи.

Анамнез: со слов пациента, заметил помутнение слизистой оболочки щеки справа 5 лет назад. К врачу не обращался. Курит более 30 лет. Боль возникла 2 дня назад во время приема пищи и накусывания на слизистую оболочку щеки.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела щеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом «булыжной мостовой».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Препараты местного применения.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача 10.**

Пациент В., 27 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в полости рта при приеме пищи.

Анамнез: боль появилась неделю назад, что и заставило больного обратиться к врачу. Много курит.

Объективно: по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щеки слева эрозия, окруженная гиперкератозом. Пальпация очага поражения болезненная.

Вопросы:

1.Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план лечения.

4. Какие лекарственные препараты будете назначать для местного лечения?

5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Задача 11.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на сильные пульсирующие боли постоянного характера и отек мягких тканей подчелюстной области справа температура 38,5 С. Пальпаторно определяется болезненный, ограниченный инфильтрат округлой формы в подчелюстной области, кожа над ним гиперемирована, отечна, спаяна с инфильтратом.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 12.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на сильную боль подчелюстной области справа, припухлость, которая появилась накануне, внезапно, при приеме пищи. Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подчелюстной области справа, кожа в цвете не изменена, пальпация болезненна, отек носит разлитой характер. Со стороны полости рта − гиперемия и отечность подъязычной области справа, при надавливании на железу из устья протока выделяется слизисто-гнойная жидкость.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 13.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость в области нижней челюсти слева, невозможность приема пищи. Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей слева, пальпация болезненна, подбородок смещен в правую сторону от средней линии, отмечается уменьшение амплитуды движения нижней челюсти. Со стороны полости рта − разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между зубами 3.5 и 3.6, гематома, зубы подвижны, прикус нарушен, определяется смещение отломков вправо.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача 14.**

Пациент обратился в клинику хирургической стоматологии. На момент осмотра жалуется на боль в области зубов 1.1 и 2.1, усиливающуюся при прикосновении к ним, невозможность откусывания пищи, неправильное положение и их подвижность. Объективно: отек мягких тканей верхней губы, кровоизлияния и ссадины в области рта. Рот полуоткрыт, зубы подвижны, смещены, перкуссия резко болезненна, промежуток между коронками рядом стоящих зубов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 15.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на боль подглазничной и щечной областях, иррадиирующую в лобную и височную области и зубы верхней челюсти справа. Чувство тяжести, заложенности соответствующей половины носа, отек щечной и подглазничной областей, при пальпации передней стен верхней челюсти отмечается болезненность, регионарные лимфатические узлы слабо увеличены, болезненны. Со стороны полости рта отек и гиперемия слизистой оболочки верхнего свода преддверия рта, перкуссия зубов 2.6, 2.7 болезненна.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 16.**

В клинику обратился пациент с жалобами на наросты в области десен. При объективном обследовании: десна без признаков воспаления, на всем альвеолярном отростке определяются плотные на ощупь безболезненные бугристые разрастания, отсутствие пародонтальных карманов, подвижности зубов нет. При рентгенологическом обследовании изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 17.**

Пациент обратился в клинику с диагнозом острый гнойный лимфаденит подчелюстной области справа (одонтогенный).

Вопросы:

1. Составьте план лечения.
2. Какова тактика в отношении «причинного» зуба.

**Задача 18.**

Пациент обратился в клинику хирургической стоматологии. На момент осмотра жалуется на боль в области 11 и 21 зубов, усиливающуюся при прикосновении к ним, невозможность откусывания пищи, неправильное положение и их подвижно. Объективно: отек мягких тканей верхней губы, кровоизлияния и ссадины в области рта. Рот полуоткрыт, зуб подвижны, смещены, перкуссия резко болезненна, промежуток между коронками рядом стоящих зубов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите на дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 19.**

Больной обратился с жалобами на асимметрию лица слева. Объективно: асимметрия лица слева, кожа в цвете не изменена. При пальпации тела челюсти слева отмечается деформация в виде вздутия кости в пределах от 33 до 37 зуба. Слизистая оболочка в цвете не изменена, отмечается ее сглаженность. П

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите на дополнительные методы обследования необходимые для уточнения

диагноза.

**Задача 20.**

В клинику обратился пациент с жалобами на кровоточивость и боли в области 24 зуба. Год назад в области 24 зуба была установлена пломба на контактной поверхности. При объективном обследовании: десна в области 24 воспалена, отечна, кровоточит. Карман глубиной 3 мм в области 24. При рентгенологическом обследовании – деструкция кортикальной пластинки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 21.**

Пациент К., 37 лет обратился к врачу с жалобой на появление на спинке языка образований в виде больших пятен.

Анамнез: появление пятен заметил месяц назад. Образования больного не беспокоили, поэтому к врачу не обращался.

Объективно: на спинке языка папулы в виде больших кольцеобразных дисков. Нитевидные сосочки на их поверхности атрофированы, в результате приобретают форму овальных, гладких, блестящих поверхностей, расположенные ниже уровня СО («симптом скошенного луга»). Пальпация безболезненна. При поскабливании шпателем папул беловатый налет легко снимается, образуя эрозированную поверхность медно-красного цвета. Папулы разделены воспалительным венчиком красного цвета.

Вопросы:

1.Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

4. Ваша тактика.

5. Профилактические мероприятия по нераспространению данного заболевания, организуемые врачом-стоматологом.

**Задача 22.**

В клинику обратился пациент с жалобами на кровоточивость десен во время еды и при чистке зубов, неприятный вкус во рту и запах. При объективном обследовании – отек и гиперемия десневого края, межзубных сосочков; нарушение целостности зубо-десневого соединения глубиной 3 мм; наличие зубных отложений. При рентгенологическом обследовании определяется деструкция кортикальной пластинки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 23.**

В клинику обратился пациент с жалобами на кровоточивость десен во время еды и при чистке зубов, подвижность зубов неприятный вкус во рту и запах. При объективном обследовании: отек и гиперемия десневого края, межзубных сосочков и маргинальной десны; нарушение целостности зубо-десневого соединения глубиной 5 мм; подвижность зубов 1-2 степени; наличие зубных отложений. При рентгенологическом обследовании определяется деструкция кортикальной пластинки, межальвеолярной перегородки на треть длинны корня.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 24.**

В клинику обратился пациент с жалобами на кровоточивость и сильные боли десен

во время еды и при чистке зубов, подвижность зубов, неприятный вкус во рту и запах. При объективном обследовании: отек и гиперемия десневого края, межзубных сосочков и маргинальной десны; нарушение целостности зубо-десневого соединения глубиной 7-8 мм, из карманов обильное гнойное отделяемое; подвижность зубов 2-3 степени; наличие зубных отложений. При рентгенологическом обследовании определяется значительная деструкция костной ткани с неровными краями на $^{2}/_{3}$ длинны корня.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 25.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на сильные боли постоянного характера, усиливающиеся при накусывании на зуб 3.6, ощущение его удлинения. Объективно: при осмотре полости рта десна в обл. зуба 3.6 гиперемирована, отечна, пальпация переходной складки, соответственно верхушке корня слабо болезненна.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 26.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на обнаруженное им безболезненное уплотнение по переходной складке в области проекции верхушки 21 зуба. В анамнезе − зуб лечен по поводу хронического периодонтита 5 лет назад. На рентгенограмме, которая была сделана при прохождении смотрового кабинета, в области верхушки корня 21 зуба определяется участок деструкции костной ткани с четкими границами.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

**Задача 27.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на боль, припухлость мягких тканей лица справа, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела до 38 С. Боль иррадиирует в ухо, висок, глаз. Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей щеки справа, кожа в цвете не изменена, носогубная складка сглажена. Со стороны полости рта: гиперемия и отечность слизистой оболочки по переходной складке, пальпация этого участка резко болезненна, отмечается валикообразное выбухание и флюктуация Значительнее в проекции корня зуба 2.3. Перкуссия зуба 2.3 слабо болезненна, зуб слегка подвижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 28.**

Пациент обратился в клинику с диагнозом: острый гнойный периостит верхней челюсти от зуба 2.3.

Вопросы:

1. Ваша тактика лечения?
2. Возможно ли сохранение «причинный» зуб?
3. Составьте план лечения.

**Задача 29.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на сильные боли постоянного характера в области нижней челюсти слева, боли иррадиируют в ухо, висок, отмечается боль при глотании, общее недомогание, плохой сон. Объективно: со стороны полости рта −

незначительное ограничение открывания. В ретромолярном пространстве слева отмечается гиперемия, отечность слизистой оболочки десны, крыловидно-челюстной складки, боковой поверхности глотки, отмечается частичное прорезывание коронки зуба 3.8.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные варианты лечения.

**Задача 30.**

Пациент обратился в клинику с жалобами на интенсивные боли во всей половине нижней челюсти справа. Отечность мягких тканей лица в области нижней челюсти и подчелюстной областях. Общая слабость, потеря аппетита, сна, температура 38,5 − 39 С. Отмечается асимметрия лица мягких тканей справа нижней челюсти и подчелюстной областях, кожа гиперемированна, напряжена, объективно со стороны полости рта муфтообразный отек слизистой оболочки на протяжении зубов 4.5, 4.6, 4.7. Зубы подвижны, отмечается гноетечение из зубодесневых карманов. Пальпация резко болезненна, зуб 4.6 имеет обширную кариозную полость, зондирование безболезненно.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите место лечения больного (поликлиника или стационар).