

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от 22.03.2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Обучающий симуляционный курс»
основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности 31.08.72
Стоматология общей практики, утвержденной 30.03.2022 г.

для ординаторов 2 года обучения

по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 21.03.2022 г. (протокол №8)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____



Ремизова А.А.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист

2. Структура ФОС

3. Паспорт оценочных средств

4. Комплект оценочных средств:

- перечень вопросов по практическим навыкам

- ситуационные задачи

- эталоны тестовых заданий

- вопросы к зачет

- билеты к зачету

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

— Обучающий симуляционный курс

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Зачет		
1.	<p>Современные подходы диагностики патологии твердых тканей зубов различной этиологии.</p> <p>Современные композиционные материалы, предназначенные для восстановления дефектов твердых тканей зубов кариозного и некариозного происхождения. Критерии выбора.</p> <p>Необходимый набор инструментов, для восстановления дефектов твердых тканей зуба различных классов по Блеку. Аппараты, позволяющие определить цвет зубов при реставрации дефектов твердых тканей зуба.</p> <p>Эстетическая реставрация зуба.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	<p>Клиническое применение лечебных прокладок и изолирующих материалов при лечении патологии твердых тканей зубов. Классификация. Критерии выбора.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	<p>Современные методики препарирования твердых тканей зубов.</p> <p>Современные подходы к обезболиванию в клинике терапевтической стоматологии.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	С, ТЗ, СЗ, УЗ

	<p>Необходимый набор инструментов и материалов.</p> <p>Препарирование фронтальной группы зубов под высокоэстетичные композитные облицовки.</p>		
4.	<p>Металлические пломбировочные материалы: прошлое или настоящее в стоматологии?</p> <p>Восстановление дефектов твердых тканей зубов первичнотвердыми пломбировочными материалами.</p> <p>Ошибки и осложнения при лечении дефектов твердых тканей зубов.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	<p>С, ТЗ, СЗ, УЗ</p>
5.	<p>Эндодонтическая ревизия корневых каналов. Современные методики лечения корневых каналов зубов.</p> <p>Современные подходы к прохождению корневых каналов. Тактика врача при непроходимых корневых каналах и отломе эндодонтического инструмента в корневом канале.</p> <p>Медикаментозная обработка корневых каналов в аспекте современной стоматологии</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	<p>С, ТЗ, СЗ, УЗ</p>
6.	<p>Материалы и методика проведения временной obturation корневых каналов, Показания к временной obturation корневых каналов.</p> <p>Методика постоянной obturation корневых каналов. Показания. Необходимый набор материалов инструментов.</p> <p>Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии. Зачет</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-7; ПК-9; ПК-10; ПК-13</p>	<p>С, ТЗ, СЗ, УЗ</p>

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Проведение обследования больного, специальные и функциональные методы исследования в стоматологии.
2. Определение тактики ведения стоматологического больного, выявлять стоматологические аспекты в практике врача-стоматолога-терапевта.
3. Выявление этиологических факторов в развитии патологии твердых тканей зуба, пародонта, заболеваний слизистой оболочки рта, предраковых состояний слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
4. Составление плана лечения пациентов с заболеваниями твердых тканей зубов
5. Составление плана лечения пациентов с заболеваниями пульпы, пародонта,
6. Составление плана лечения пациентов с заболеваниями пародонта
7. Составление плана лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта с учетом имеющихся соматических заболеваний
8. Проведение диагностики заболеваний твердых тканей зубов, пульпы, пародонта, пародонта и слизистой оболочки рта с использованием дентальной компьютерной томографии, дентинометрии, лазерной доплеровской флоуметрии.
9. Проведение профессиональной гигиены полости рта с использованием современного оборудования (Piezon, Air-Flow, Vector, ирригатора),
10. Применение ультразвуковых и звуковых наконечников при эндодонтическом лечении,
11. Применение дентального микроскопа при повторном эндодонтическом лечении, извлечении из каналов отломков инструментов, штифтов, ирригации корневых каналов (на фантомах).
12. Проведение обработки корневых каналов ротационными никель-титановыми инструментами, звуковыми и ультразвуковыми наконечниками, пломбирование термопластифицированной гуттаперчей и методом «непрерывной волны» (на фантомах).
13. Проведение адгезивного шинирования подвижных зубов (на моделях).

Ситуационные задачи

Задача №1. Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5x0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 11 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

Вопросы 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту? 2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его. 5. Оцените объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

Задача №2. Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся кпереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

Вопросы 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания. 3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания. 4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов. 5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

Задача №3. На прием к врачу стоматологу пришел пациент 50 лет с жалобами на значительную подвижность зубов верхней и нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что пациенту в 35 лет был поставлен диагноз диабет II типа. Объективно: на всех группах зубов верхней и нижней челюсти обильное количество мягкого зубного налета, подвижность всех зубов II степени, из Ре-граммы – в области зубов 11, 12, 13, 23, 22, 21, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 – равномерная убыль костной ткани на 1/3 корня зуба. В области зубов 35, 36, 37, 47 – пародонтальные карманы. Зубы 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 44, 45, 46, 47 – отсутствуют (ранее удалены по поводу осложнений кариеса).

Вопросы 1. Поставьте диагноз. 2. Назовите возможную причину возникновения подвижности зубов. 3. Назовите причину возникновения пародонтальных карманов и методы их диагностики. 4. Разработайте и опишите комплексный план реабилитации пациента с целью третичной профилактики стоматологических заболеваний. 5. Опишите возможные осложнения при данной клинической ситуации.

Задача №4. На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 28 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании 14 рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 31, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

Вопросы 1. Назовите возможные причины возникновения данной симптоматики. 2. К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии? 3. Опишите возможные дополнительные методы обследования при заболеваниях ВНЧС. 4. Перечислите методы первичной профилактики при заболеваниях ВНЧС. 5. Перечислите методы вторичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

Задача №5. Больная К., 53 года, обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 38-39°C, жгучие приступообразные боли в области лица, усиливающиеся под влиянием раздражителей. Начало заболевания связывает с переохлаждением, после которого температура тела повысилась до 39°C. К вечеру на слизистой оболочке полости рта справа появились высыпания, сопровождающиеся жгучими болями. Прием пищи затруднен из-за резкой боли. Пациентка отмечает, что подобные проявления были и ранее. Объективно: слизистая оболочка полости рта слева бледно-розового цвета. На слизистой щеки справа по линии смыкания зубов мелкие пузырьки располагаются в виде цепочки. На твердом небе этой же стороны имеются множественные пузырьки и эрозии, болезненные при пальпации. На задней трети языка слева, боковой поверхности определяется образование округлой формы на широком основании размером 0,4x0,4x0,2 см, цвета слизистой оболочки, при пальпации безболезненное, плотно эластической консистенции.

Вопросы 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Составьте план лечения. 5. Укажите группы лекарственных средств для лечения и в качестве профилактических.

Задача №6. Больной К. 50 лет обратился с жалобами на жжение, сухость слизистой оболочки полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Анамнез заболевания: заболевание, появившееся 2 года назад, связывает со стрессом. Несколько раз обращался к врачу, после проводимого лечения наступало незначительное улучшение. Анамнез жизни:

страдает около 5 лет гипертонической болезнью II стадии 3 степени, группа риска высокая, 2 года назад диагностирован сахарный диабет, тип 15 2, средней степени тяжести. Лечится по поводу заболеваний нерегулярно, диету не соблюдает, АД и глюкозу крови не контролирует. Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону (ОНИ-S) = 2,5. Слизистая оболочка десен обеих челюстей цианотичная, отечная, кровоточит при зондировании. В области передней группы зубов верхней и нижней челюсти имеются пародонтальные карманы глубиной до 5-6 мм, подвижность зубов 1 степени, обильные зубные отложения. При осмотре зубного ряда: 24, 37 – искусственные стальные штампованные коронки, 35, 44 – искусственные золотые штампованные коронки, пломбы из амальгамы в 17, 16, корень зуба 45 – при зондировании корня определяется размягченный дентин. На ортопантограмме – снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 длины корней зубов, в области верхушки корня зуба 45 определяется разряжение костной ткани округлой формы с четкими контурами размер 0,4x0,5, пломбировочный материал в канале не прослеживается. АД – 160\100 мм.рт.ст. , глюкоза крови-11,2 ммоль\л

Вопросы 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Составьте план лечения. 5. Укажите группы лекарственных средств для местного использования.

Задача №7. В стоматологическую клинику обратилась пациентка 20 лет с жалобами на ограниченное открывание рта, боли в нижней челюсти слева в области угла челюсти. Боли появились 2 дня назад. Объективно: лицо симметрично, открывание рта ограничено (2 см). Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации. Слизистая ретромолярной области отечна, гиперемирована. Зуб 3.8 прорезался дистальными буграми. Пальпация ретромолярного треугольника болезненна. Зуб 2.2 повернут по оси.

Вопросы 1. Поставьте диагноз. 16 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Заполните медицинскую карту. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести. 5. Составьте план лечения пациента.

Задача №8. Больному К. 38 лет, работающему на химическом заводе по производству кислот, установлен диагноз: лейкоплакия слизистой оболочки обеих щек. Из анамнеза известно, что больной курит, водит старый автомобиль. При осмотре полости рта выявлен ряд кариозных и разрушенных зубов. Вопросы 1. Какие факторы могли способствовать появлению лейкоплакии? 2. Какие формы лейкоплакии могут быть диагностированы у данного пациента? 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Ваши действия по отношению к данному больному и в проведении

профилактических мероприятий на заводе. 5. Какие осложнения могут развиваться у больного при неправильной и несвоевременно тактике лечения?

Задача №9. Пациентка 35 лет обратилась к стоматологу с жалобами на неприятный запах изо рта, чувство жжения и дискомфорта в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Из анамнеза было выяснено, что кровоточивость появилась 3 года назад. Обращалась к стоматологу: была проведена профессиональная гигиена полости рта, снятие зубных отложений, скорректирована гигиена полости рта. После чего в течение года кровоточивости не наблюдалось. Через год кровоточивость появилась вновь, затем присоединился неприятный запах изо рта. Объективно: кожные покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Глубина пародонтальных карманов в области 1.3 1.2 1.1 2.1 2.2 2.3 зубов составляет от 3 мм до 5 мм. Патологическая подвижность 1.2 2.1 2.2 зубов соответствует I степени, 1.1 соответствует III степени.

Вопросы 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту? 2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Назначьте лечение и обоснуйте его

Задача №10. Пациент О. 38 лет обратился с жалобами на припухлость в области передней группы зубов на верхней челюсти. Из анамнеза было выяснено, что зубы 1.1, 1.2, 1.3 лечены 10 лет назад по поводу осложненного кариеса. 17 Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы пальпируются, не увеличены, подвижны, безболезненны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта и преддверия увлажнена, бледно-розового цвета. С вестибулярной стороны на верхней челюсти в области проекции 1.1, 1.2, 1.3 зубов отмечается деформация альвеолярного отростка 0,3x1,0 см, при пальпации в области деформации отмечается пергаменный звук. Зубы 1.1, 1.2, 1.3 покрыты металлокерамическими коронками, перкуссия отрицательная. На внутриконтрастной рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани с четкими контурами диаметром 2 см. В полость разрежения костной ткани обращены корни 1.1, 1.2 зубов, корень зуба 1.3 прилегает к области разрежения. Канал зуба 1.1 запломбирован неоднородно, а 2/3 длины корня, канал зуба 1.2 запломбирован неоднородно, в области верхушки зуба в канале пломбировочный материал не визуализируется, канал зуба 1.3 запломбирован равномерно на всю длину корня.

Вопросы 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту? 1. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №11. Пациент М. 50 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на боль в зубе на нижней челюсти справа при пережевывании пищи. Со слов пациента, около 6 месяцев назад зуб был лечен и покрыт металлокерамической коронкой. Впервые отметил появление болей после установки металлокерамической коронки. При повторном обращении к врачу стоматологу был рекомендован курс антибактериальной терапии. После выполненных рекомендаций боли не прошли. Объективно: сознание ясное, состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые, без видимой патологии. Регионарные лимфатические узлы пальпируются, не увеличены, подвижны, безболезненны. Открывание рта свободное. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена. Зуб 4.7 покрыт металлокерамической коронкой. Перкуссия зуба 4.7 положительная. На рентгенограмме: зуб 4.7 лечен по поводу осложнённого кариеса, в проекции апикальной трети медиального корня зуба 4.7 отмечается наличие отломка инструмента с выходом за пределы корня зуба на 4 мм в сторону дистального корня, общая длина оставленного инструмента приблизительно 6 мм. В области выхода инструмента отмечается очаг разряжения костной ткани с нечеткими контурами, не доходя до дистального корня 0,1 мм.

Вопросы 1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту? 2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение 18 дополнительных исследований? 3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение и обоснуйте его. 5. Оцените объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

Задача №12. Пациентка, 52 года, обратилась с жалобами на болезненность, усиливающуюся при приеме кислой, острой пищи, наличие «язвочки» на слизистой оболочке щеки справа. При сборе анамнеза выяснено, что «язвочка» появилась около 5 месяцев назад. Ранее пациентка отмечала шероховатость в области слизистой оболочки щеки справа. В анамнезе: вредные привычки, курит 1-1,5 пачки сигарет в день. Любит горячую и острую пищу. При объективном обследовании выявлено: на слизистой оболочке щеки справа по линии смыкания моляров верхней и нижней челюсти имеется одиночная эрозия размером 0,5X0,9 мм, возвышающаяся над окружающей слизистой оболочкой. Наблюдается явление гиперкератоза. При пальпации эрозия обычной консистенции, слабо болезненна. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны при пальпации. На зубах верхней и

нижней челюсти определяется значительное количество мягкого зубного налета. Гигиенический индекс 2,5. Зубы 15, 16, 17, 46 покрыты металлокерамическими коронками. При осмотре коронки 16, 17 и 46 имеют дефекты в виде сколов металлокерамического покрытия с острыми краями.

Вопросы 1. Оцените гигиеническое состояние полости рта пациента. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Перечислите возможные причины возникновения данной симптоматической картины в полости рта. 5. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного стоматологического заболевания?

Задача №13. Пациентка 35 лет обратилась к стоматологу с жалобами на неприятный запах изо рта, чувство жжения и дискомфорта в полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Из анамнеза было выяснено, что кровоточивость появилась 3 года назад. Обратилась к стоматологу: была проведена профессиональная гигиена полости рта, снятие зубных отложений, скорректирована гигиена полости рта. После чего в течение года кровоточивости не наблюдалось. Через год кровоточивость появилась вновь, затем присоединился неприятный запах изо рта. При обследовании: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов соответствует I степени. 19 Вопросы 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Составьте план профилактических мероприятий с целью предупреждения усугубления заболевания. 5. Назовите методы первичной и вторичной профилактики данного заболевания.

Задача №14. Пациент К. 63 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на сухость во рту, жжение и покалывание в области языка. Подобные ощущения впервые появились несколько месяцев назад. При осмотре слизистая оболочка языка и щек слегка отечна, гиперемирована. Слюна вязкая. Пациент отмечает, что неприятные ощущения могут ослабевать или усиливаться в течение суток. При осмотре зубных рядов: уровень гигиены полости рта неудовлетворительный, в области 1.3-2.3 и 3.3- 4.3 мостовидные протезы, на 2.4 и 3.5 пломбы из амальгамы, частичные съемные пластиночные протезы. Врач поставил диагноз: контактный аллергический стоматит, назначил антигистаминные препараты и местное применение НПВС. Рекомендовал временно не носить съемные протезы. Пациент назначен на повторный осмотр через 5 дней. При повторном визите: состояние пациента не улучшилось, жалобы сохраняются, слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, отмечается гипосаливация. На слизистой оболочке нижней губы

справа определяется образование в виде полушаровидного возвышения с четкими границами с голубоватым оттенком, слизистая оболочка над ним истончена, через слизистую просвечивается жидкое содержимое. При пальпации безболезненное, эластическое.

Вопросы 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Объясните возможную причину возникновения патологии. 3. Какие дополнительные данные необходимы для уточнения и постановки диагноза. 4. Дайте критическую оценку действиям врача-стоматолога. 5. Предложите план лечения.

Задача №15. Пациентка Н. 28 лет обратилась с жалобой на изменение цвета коронковой части зуба 2.1, жалобы на болевую симптоматику отсутствуют. Из анамнеза: год назад пациентка упала, был перелом руки, рассечение верхней губы. К стоматологу не обращалась. Объективно: зуб 2.1 ранее не был лечен, коронковая часть зуба темно-серого цвета, зондирование, перкуссия безболезненны. ЭОД-100мкА. На рентгенограмме: в области верхушки корня 2.1 зуба очаг деструкции костной ткани с размером 1,0x1,5 см.

Вопросы 1. Поставьте диагноз. 2. Укажите возможную причину возникновения патологии. 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику. 4. Предложите план лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания.

Задача №16. Больной Д. 37 лет явился с жалобами на чувство «выросшего» 1.2 зуба и боли при накусывании. Объективно: зуб под металлокерамической коронкой. Со слов пациента, эндодонтическое лечение зуба 1.2 и постановка коронки были около трех лет назад. На рентгенограмме: корневой канал запломбирован на 2/3, разрежение костной ткани с четкими контурами 0,8 x 1,0 см.

Вопросы 1. Поставьте диагноз и обоснуйте. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. В чем причины развития осложнения? 4. Составьте план лечения. 5. Укажите консервативно-хирургические методы лечения периодонтита.

Задача №17. Пациентка В. 49 лет обратилась с жалобами на болезненность, усиливающуюся при приеме кислой, острой пищи, наличие «язвочки» на слизистой оболочке щеки слева. При сборе анамнеза выяснено, что «язвочка» появилась около 5 месяцев назад. Ранее пациентка отмечала шероховатость в области слизистой оболочки щеки слева. Вредные привычки: курит 1-1,5 пачки сигарет в день. Любит горячую и острую пищу. При объективном обследовании выявлено: на слизистой оболочке щеки слева по линии смыкания моляров верхней и нижней челюсти имеется одиночная эрозия,

размером 0,5X0,9 мм, возвышающаяся над окружающей слизистой оболочкой. Наблюдается явление гиперкератоза. При пальпации эрозия обычной консистенции, слабо болезненна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны при пальпации. На зубах верхней и нижней челюсти определяется значительное количество мягкого зубного налета. Гигиенический индекс 2,5. Зубы 25, 26, 27, 36 покрыты металлокерамическими коронками. Коронка зуба 28 разрушена на 2/3. Отмечается кариес корня с вестибулярной стороны, уходящий под десну. При зондировании отмечается размягченный дентин, зондирование безболезненное, перкуссия слабо положительная. При осмотре коронки 26, 27 и 36 имеют дефекты в виде сколов металлокерамического покрытия с острыми краями.

Вопросы 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Необходимо ли проведение дополнительных исследований. 4. Составьте план лечения. 5. Дайте рекомендации

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Обучающий симуляционный курс
для ординаторов

по специальности 31.08.72. Стоматология общей практики

001. Полость рта состоит

- 1) из глотки
- 2) из преддверия полости рта
- 3) из зева
- 4) из полости носа
- 5) собственно из полости рта

002. Формирование полости рта происходит к концу

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития

003. Слизистая оболочка рта состоит

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев

004. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговеет

- 1) на губах
- 2) на щеках
- 3) на мягком нёбе
- 4) на твердом нёбе
- 5) на дне полости рта
- 6) на десне
- 7) на нитевидных сосочках языка.

005. Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов

006. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

007. Окрашивание зубного налета проводится при проведении индексов

- 1) гигиены полости рта
- 2) CPITN
- 3) PMA
- 4) PI

008. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

- 1) при эрозии эмали
- 2) при кариесе в стадии белого пятна
- 3) при гипоплазии эмали

009. Для витального окрашивания эмали зубов используют

- 1) эритрозин
- 2) фуксин
- 3) метиленовый синий
- 4) йодистый калий
- 5) раствор Шиллера–Писарева

010. Температурная проба применяется для диагностики

- 1) периодонтита
- 2) пульпита
- 3) пародонтита

011. Электровозбудимость пульпы при воспалении

- 1) возрастает
- 2) снижается
- 3) не изменяется

012. Раствор эритрозина применяют

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

013. Раствор фуксина применяют для определения индекса

- 1) гигиены
- 2) ПМА
- 3) CPITN

014. Раствор Шиллера–Писарева применяют для определения индекса

- 1) гигиены
- 2) ПМА
- 3) CPITN

015. Индекс ПМА определяет тяжесть

- 1) гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза

016. Индекс ПИ определяет тяжесть

- 1) гингивита
- 2) пародонтита
- 3) пародонтоза

017. СРІ – это индекс

- 1) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
- 2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
- 3) эффективности гигиены полости рта
- 4) интенсивности кариеса зубов

018. Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов в популяции является возраст

- 1) 6 лет
- 2) 12 лет
- 3) 15 лет
- 4) 35-44 лет
- 5) 65 лет и старше

019. Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта в популяции является возраст

- 1) 6 лет
- 2) 12 лет
- 3) 15 лет
- 4) 35-44 лет
- 5) 65 лет и старше

020. Родители должны начинать чистить детям зубы

- 1) с 1 года
- 2) с 2 лет
- 3) с 3 лет
- 4) после прорезывания первого временного зуба
- 5) после прорезывания временных резцов

- 021. Размер рабочей части зубной щетки для взрослых не должен превышать**
- 1) 10 мм
 - 2) 20 мм
 - 3) 30 мм
 - 4) 40 мм
- 022. При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы**
- 1) 1-1,5 рядом стоящих
 - 2) 2-2,5 рядом стоящих
 - 3) одного сегмента
- 023. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз**
- 1) в 1 месяц
 - 2) в 3 месяца
 - 3) в 6 месяцев
 - 4) в 12 месяцев
- 024. Время чистки зубов должно составлять не менее**
- 1) 1 мин
 - 2) 2 мин
 - 3) 3 мин
 - 4) 5 мин
- 025. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно**
- 1) время, требуемое для чистки всех зубов
 - 2) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу
 - 3) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов
- 026. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует**
- 1) в стакане рабочей частью вверх
 - 2) в стакане рабочей частью вниз
 - 3) в футляре
 - 4) в дезинфицирующем растворе
- 027. Детям 2 лет рекомендуется очищать зубы с применением**
- 1) зубного порошка
 - 2) зубных паст на меловой основе
 - 3) гельных зубных паст
- 028. Очищающее действие зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами**
- 1) связующими
 - 2) абразивными
 - 3) пенообразующими
 - 4) ароматизирующими
- 029. Наилучшее очищающее действие достигается при введении в состав зубных паст в качестве абразивного компонента**
- 1) карбоната кальция
 - 2) химически осажденного мела
 - 3) диоксида кремния
 - 4) дикальцийфосфата

030. Очищающая способность гельных зубных паст по сравнению с зубными пастами на меловой основе

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) одинакова

031. Пластичность и однородность консистенции зубных паст обеспечивается входящими в их состав компонентами

- 1) абразивными
- 2) пенообразующими
- 3) связующими
- 4) ароматизирующими

032. В качестве пенообразующего компонента в состав зубных паст вводится

- 1) дикальцийфосфат
- 2) лаурилсульфат натрия
- 3) полиэтиленгликоль
- 4) гидроколлоиды

033. В качестве активного компонента в состав противокариозных зубных паст вводят

- 1) диоксид кремния
- 2) монофторфосфат натрия
- 3) лаурилсульфат натрия
- 4) карбонат кальция

034. Фторидсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста

- 1) 1,5-2 года
- 2) 3-4 года
- 3) 5-6 лет
- 4) 10-12 лет

035. В качестве фторидсодержащих компонентов

в состав лечебно-профилактических зубных паст включают

- 1) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция
- 2) фторид натрия, аминофторид, фторид кальция, фторид железа
- 3) фторид натрия, монофторфосфат, фторид олова, аминофторид
- 4) фторид натрия, фторид олова, фторид кальция

036. Высушенная поверхность кариозного белого пятна

- 1) теряет блеск
- 2) меняет цвет
- 3) остается без изменений

037. Методы диагностики кариеса в стадии пятна основаны

- 1) на стабильности эмали
- 2) на уменьшении проницаемости эмали
- 3) на увеличении проницаемости эмали
- 4) на изменении оптических свойств эмали

038. Дифференциальный диагноз кариеса в стадии пятна проводят

- 1) с гипоплазией
- 2) с поверхностным кариесом
- 3) с эрозией
- 4) с флюорозом

039. Дифференциальный диагноз поверхностного кариеса проводят

- 1) с гипоплазией
- 2) с эрозией твердых тканей
- 3) со средним кариесом
- 4) с клиновидным дефектом
- 5) с флюорозом

040. Дифференциальный диагноз среднего кариеса проводится

- 1) с кариесом в стадии пятна
- 2) с клиновидным дефектом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с хроническим фиброзным пульпитом
- 5) с глубоким кариесом

041. При среднем кариесе в световом микроскопе различают зоны

- 1) распада и деминерализации
- 2) деструкции эмали
- 3) подповерхностной деминерализации
- 4) прозрачного и интактного дентина
- 5) заместительного дентина и изменений в пульпе.

042. Бессимптомное течение среднего кариеса объясняется

- 1) некрозом пульпы
- 2) разрушением эмалево-дентинного соединения
- 3) образованием заместительного дентина

043. Дифференциальный диагноз глубокого кариеса проводится

- 1) с истиранием
- 2) с хроническим фиброзным пульпитом
- 3) со средним кариесом
- 4) с острым очаговым пульпитом
- 5) с хроническим фиброзным периодонтитом

044. При кариесе пациенты жалуются на боль

- 1) самопроизвольную
- 2) сохраняющуюся после устранения раздражителя
- 3) только при наличии раздражителя

045. Лечебные прокладки, обладающие длительным одонотропным и антисептическим действием, содержат

- 1) кортикостероиды
- 2) антибиотики
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) гидроокись кальция

046.. Пломбировочный материал, защищающий дентин, должен

- 1) предотвращать движение жидкости в дентинных канальцах и герметично их закрывать
- 2) свободно пропускать дентинную жидкость
- 3) быть температурным и химическим изолятором
- 4) повышать проницаемость дентина

047.Протравливание эмали и дентина проводится

- 1) для усиления бактерицидных свойств композитов
- 2) для усиления краевого прилегания

048.Пульпа представляет собой рыхлую соединительную ткань, состоящую 1)

- 1) из основного вещества, сосудов и нервов
- 2) из клеточных, волокнистых элементов, основного вещества сосудов и нервов
- 3) из сосудов, нервов, клеточных и волокнистых элементов

049.Анатомическая верхушка корня отстоит от физиологической

- 1) на 0-1мм
- 2) га 1-2 мм
- 3) на 2-3 мм

050.В пульпе различают клеточные слои

- 1) периферический (одонтобластический)
- 2) подповерхностный (субодонтобластический)
- 3) наружный
- 4) внутренний
- 5) центральный

051.Периферический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

052.Субодонтобластический слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

053.Центральный слой пульпы содержит клетки

- 1) одонтобласты
- 2) пульпоциты звездчатой формы
- 3) фибробласты
- 4) гистиоциты
- 5) плазматические клетки
- 6) лимфоциты и моноциты

054. В пульпе зуба располагаются капиллярные сплетения

- 1) одонтобластическое
- 2) периферическое
- 3) центральное
- 4) субодонтобластическое

055. Старение пульпы характеризуется

- 1) уменьшением размера полости зуба
- 2) увеличением размера полости зуба
- 3) снижением активности клеток
- 4) фиброзом
- 5) увеличением активности клеток
- 6) сетчатой дистрофией

056. При остром пульпите обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

057. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора

- 1) стрептококковая
- 2) стафилококковая
- 3) смешанная

058. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 2) по дентинным канальцам
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

059. Острый пульпит

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

060. Хронический пульпит

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

061. Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) увеличением количества брадикинина
- 4) понижением гидростатического давления в полости зуба
- 5) уменьшением количества вазоактивных веществ

062. Пульсирующий характер боли при остром пульпите обусловлен

- 1) повышением гидростатического давления в полости зуба
- 2) раздражением рецепторных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
- 3) периодическим шунтированием кровотока
по артериоловеноулярным анастомозам

063. Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время с длительным безболевым периодом возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

064. Самопроизвольная сильная приступообразная, иррадирующая по ходу ветвей тройничного нерва, боль в ночное время с коротким безболевым периодом возникает при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

065. Приступообразные боли от различных видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних, беспокоят пациентов при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гипертрофическом
- 5) хроническом гангренозном

066. Ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом от перемены температуры воздуха возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гангренозном
- 5) хроническом гипертрофическом

067. Боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи возникают при пульпите

- 1) остром очаговом
- 2) остром диффузном
- 3) хроническом фиброзном
- 4) хроническом гипертрофическом
- 5) хроническом гангренозном

068. Обострение хронического пульпита характеризуется

- 1) самопроизвольной приступообразной болью в ночное время с длительным безболевым периодом
- 2) самопроизвольной сильной приступообразной, иррадирующей по ходу ветвей тройничного нерва, болью в ночное время с коротким безболевым периодом
- 3) приступообразные боли от всех видов раздражителей, сохраняющиеся после устранения последних
- 4) ноющие боли от различных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющиеся после устранения действия, боль от перемены температуры
- 5) боль ноющего характера от различных раздражителей, кровоточивость при приеме пищи
- 6) приступообразная боль в зубе самопроизвольного характера, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом

Установите соответствие

069. Зондирование дна кариозной полости Диагноз

- | | |
|--|---|
| 1) болезненно, полость зуба
вскрыта в одной точке | а) хронический
фиброзный пульпит |
| 2) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта
достаточно широко | б) хронический
гипертрофический пульпит |
| 3) практически безболезненно,
полость зуба вскрыта широко,
появляется кровоточивость | в) хронический
гангренозный пульпит
г) острый диффузный пульпит
д) острый очаговый пульпит |

070. Дифференциальный диагноз остро го диффузного пульпита проводят

- 1) с обострением хронического пульпита
- 2) со средним кариесом
- 3) с острым и обострившимся хроническим периодонтитом
- 4) с глубоким кариесом
- 5) с гайморитом
- 6) с невралгией тройничного нерва

071. Дифференциальный диагноз хронического гангренозного пульпита проводят

- 1) с глубоким кариесом
- 2) с хроническим фиброзным пульпитом
- 3) с хроническим фиброзным периодонтитом
- 4) с невралгией тройничного нерва

072. Изменения в периодонте (расширение периодонтальной щели) чаще всего наблюдается

- 1) при хроническом фиброзном пульпите
- 2) при хроническом гангренозном пульпите
- 3) при хроническом гипертрофическом пульпите

Установите соответствие

073. Методы лечения пульпита Диагноз

- | | |
|---|--|
| А) несохраняющие пульпу | 1) острый очаговый пульпит |
| Б) сохраняющие
жизнеспособность пульпы | 2) острый диффузный пульпит
3) хронический фиброзный пульпит
4) хронический гангренозный
пульпит
5) хронический гипертрофический
пульпит
6) обострение хронического пульпита
7) случайное вскрытие полости зуба |

074. Метод сохранения жизнеспособной пульпы в корневых каналах называется

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

081.Рентгенологическая картина.

Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

082.Рентгенологическая картина.

Нечеткость, смазанность, «завуалированность» картины периапикальной области

- 1) острый периодонтит
- 2) кистогранулема
- 3) хронический фиброзный периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) хронический гранулирующий периодонтит
- 6) радикулярная киста

083.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки с четкими границами до 5 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

084.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами от 5 до 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

085.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулирующий периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) радикулярная киста

086.Рентгенологическая картина.

Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими границами более 8 мм

- 1) кистогранулема
- 2) хронический фиброзный периодонтит
- 3) хронический гранулематозный периодонтит
- 4) хронический гранулирующий периодонтит
- 5) радикулярная киста

087.Выход экссудата при остром или обострении хронического периодонтита наиболее благоприятен через

- 1) периодонт с формированием пародонтального кармана
- 2) корневой канал
- 3) систему гаверсовых каналов с формированием подслизистого абсцесса или периостита

Укажите правильную последовательность

088.Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов эндодонтическими инструментами проводится в последовательности

- 1) удаление некротических тканей и предентина буравом, рашпилем, К-файлом
- 2) формирование апикального уступа и придания каналу конусообразной формы
- 3) поэтапная, под прикрытием антисептиков, эвакуация путридных масс из корневого канала

089.Относительными противопоказаниями для проведения консервативного лечения периодонтита являются

- 1) отлом стержневого инструмента в канале
- 2) подвижность зубов III степени
- 3) перфорация корня или полости зуба
- 4) радикулярные кисты более 2 см
- 5) зубы, ранее леченые, но являющиеся источником прогрессирующего процесса

090.Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита

- 1) девитальная ампутация
- 2) резекция верхушки корня
- 3) витальная экстирпация
- 4) короно-радикулярная сепарация
- 5) ампутация корня и гемисекция

091.Лечение периодонтита может быть безуспешным в случаях, кроме

- 1) канал запломбирован полностью
- 2) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку
- 3) канал запломбирован не полностью
- 4) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- 5) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

092. Мышьяковистая интоксикация периодонта купируется

- 1) экстирпацией пульпы и пломбированием канала в то же посещение
- 2) ампутацией пульпы с наложением тампона с обезболивающим препаратом под временную повязку
- 3) удалением пульпы, медикаментозной обработкой канала, вложением в корневой канал турунды с препаратами йода или унитиолом

Укажите правильную последовательность

093. Реактивные зоны корневой гранулемы

- 1) зона контаминации
- 2) зона раздражения
- 3) зона некроза
- 4) зона стимуляции

094. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является

- 1) хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
- 2) острый периодонтит многокорневого зуба
- 3) хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свища
- 4) хронический фиброзный периодонтит

095. Наиболее эффективный метод лечения периодонтита в зубах с труднопроходимыми корневыми каналами

- 1) резорцин-формалиновым методом
- 2) методом депо-фореза гидроокиси меди-кальция
- 3) физиотерапевтическими методами (трассканальный электрофорез с препаратами йода и т.д.)

096. Минимальные сроки восстановления костной ткани периапикальной области при успешном лечении деструктивного периодонтита

- 1) 6-9 мес.
- 2) 12-18 мес.
- 3) 12-24 мес.

097. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

098. Некариозные поражения зубов, возникающие после их прорезывания

- 1) гипоплазия
- 2) гиперплазия
- 3) пигментации зубов и налеты
- 4) эндемический флюороз зубов
- 5) стирание твердых тканей
- 6) изменения цвета зубов
- 7) клиновидный дефект
- 8) эрозия зубов
- 9) некроз твердых тканей зубов
- 10) травма зуба
- 11) наследственные нарушения развития зубов
- 12) гиперестезия

099. Системность поражения зубов всегда характерна

- 1) для флюороза
- 2) для гипоплазии
- 3) для кариеса

100. Предрасполагающие факторы развития системной гипоплазии молочных зубов

- 1) уменьшение содержания фтора в воде
- 2) употребление большого количества углеводов в первый год жизни
- 3) токсикозы, хронические и системные заболевания в период беременности

Вопросы к зачету:

1. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
2. Способ лечения фуркационных перфораций моляров.
3. Классификация заболеваний пародонта
4. Флюороз. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
5. Проведение витального метода лечения пульпита.
6. Зубные отложения. Классификация. Способы снятия отложений.
7. Отбеливание девитальных зубов.
8. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
9. Гистологическое строение, химический состав и функции эмали.

10. Композитные пломбировочные материалы. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
11. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
12. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
13. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
14. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
15. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
16. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill
17. Способы отбеливания витальных зубов.
18. Строение слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
19. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
20. Определение индекса РМА.
21. Хронический гангренозный пульпит: клиника, диагностика, лечение.
22. Дополнительные методы исследования, используемые в стоматологии.
23. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
24. Классификация пломбировочных материалов для корневых каналов. Основные требования.
25. Заполнение истории болезни пациента.
26. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
27. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
28. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
29. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
30. Стеклоиономерные цементы. Классификация. Общие правила при работе с ними.
31. Состав и функции слюны. Ротовая жидкость.
32. Анатомическое строение первых моляров верхней челюсти.
33. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика.
34. Методы изоляции рабочего поля в терапевтической стоматологии.
35. Рентгенологическое обследование. Функции рентгенограмм в эндодонтии, требования к ним и ограничения. Чтение рентгенограмм.
36. Протокол ирригации корневого канала.

37. Определение и роль контактного пункта.
38. Анатомическое строение первых премоляров верхней челюсти.
39. Хронический гранулематозный периодонтит: клиника, диагностика, особенности лечения.
40. Адгезивные системы.