

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 « 28 » августа 2020 г. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по Государственной итоговой аттестации

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.73 Стоматология
терапевтическая, утвержденной 28.08.2020 г.

для ординаторов 2 года обучения

по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» августа 2020 г. (протокол №1)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

Д.М.Н. _____



Ремизова А.А.

г. Владикавказ

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
Государственной итоговой аттестации
По специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	экзамен		
1.	Стоматология терапевтическая	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12 ПК-13	С, ТЗ, СЗ, УЗ

Комплект оценочных средств

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Установка коффердама.
2. Чтение рентгенограмм.
3. Протокол ирригации корневого канала.
4. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
5. Лечение фуркационных перфораций моляров.
6. План лечения флюороаз.
7. Проведение витального метода лечения пульпита.
8. Способы и техника удаления зубных отложений.
9. Техника профессионального отбеливания девитальных зубов.
10. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
11. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
12. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
13. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
14. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
15. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill.
16. Способы и методы отбеливания витальных зубов.
17. Осмотр слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
18. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
19. Определение индекса РМА.
20. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
21. Заполнение истории болезни пациента.
22. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
23. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
24. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
25. Общие правила при работе со стеклоиономерными цементами.
26. Лечение катарального гингивита.
27. Диагностика и лечение хронического периодонтита в стадии обострения.
28. Восстановление контактного пункта.
29. Лечение хронического гранулематозного периодонтита.
30. Алгоритм использования адгезивных систем различных поколений.
31. Местное и общее лечение генерализованного пародонтита.
32. Оказание неотложной помощи в стоматологической практике (обморок, коллапс, анафилактический шок, гипертонический криз, отек Квинке, гипо и – гипертоническая кома).
33. Обработка корневых каналов системой Reciproc.
34. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
35. Лечение язвенно – некротического гингивита.
36. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
37. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
38. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания.
39. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
40. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
41. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
42. Способы obturation корневых каналов.

43. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
44. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
45. Методика закрытия перфораций с использованием Proroot МТА.
46. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
47. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
48. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Современные ручные инструменты для удаления под - и наддесневых зубных отложений.
50. Стоматологические материалы для временной obtурации корневых каналов.
51. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
52. Методы формирования корневых каналов.
53. Электроодонтодиагностика. Методика проведения
54. Реставрация зубов с использованием сэндвич-техники (закрытый, открытый).
55. Проведение профессиональной гигиены полости рта.
56. Проведение гигиенических индексов.

Ситуационные задачи

Задача №1. Пациент 19 лет предъявляет жалобы на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области, множественные высыпания в полости рта, повышение температуры тела до 38 градусов, недомогание, головную боль. Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечал.

При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками.

Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, альвеолярной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17,16,37,36. Гигиена полости рта неудовлетворительная.

Лабораторное исследование цитологических препаратов выявило полиморфноядерные нейтрофилы в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови Ig M.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №2. Пациентка 32 лет предъявляет жалобы на пузырьки на красной кайме верхней и нижней губ, болезненную язвочку на небе. Считает себя больной 3 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждением и незначительным повышением температуры неделю назад. Подобные высыпания появляются на тех же участках 1-3 раза в год.

При осмотре: губы сухие, отечные. На границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы плотно расположенных пузырьков. Элементы поражения болезненные при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. На слизистой оболочке на границе твердого и мягкого неба слева от центра эрозия неправильных очертаний с полициклическим контуром, окруженная ободком гиперемии, резк, незначительные зубные отложения.

Лабораторные исследования содержимого пузырьков и отпечатка с эрозии на небе выявили гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови IgM.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №3. В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на чувство жжения слизистой оболочки языка, щек, глотки, пищевода, дискомфорт при глотании.

За последнее время значительно похудел, беспокоят диарея, кратковременные лихорадочные состояния, выраженная потливость по ночам. Выявлено, что пациент употребляет наркотики и имеет нетрадиционную половую ориентацию.

Передние и задние лимфатические узлы увеличены. В полости рта на слизистой оболочке языка. Щек. Неба и глотки налеты беловато-серого цвета. Налет мягкий, легко снимается при помощи шпателя. Слизистая оболочка под налетом гиперемирована, отечна.

При микроскопическом исследовании налета обнаружен гриб Candida. Противогрибковое лечение не привело к полной ликвидации процесса.

Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача №4. Больной 23 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль и кровоточивость десны верхней и нижней челюстей. Боль постоянная, усиливающаяся при еде и чистке зубов.

Заболевание началось остро с лихорадочного состояния 2 недели назад

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Отмечаются явления генерализованного язвенно-некротического гингивита. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, покрыта грязно-серым налетом. Налет легко снимается, при этом обнажается резко болезненная изъязвленная и сильно кровоточащая поверхность. В области передней группы зубов верхней челюсти и в области моляров обеих челюстей полностью некротизированы десневые сосочки и часть прикрепленной десны с обнажением пришеечной трети корней зубов.

Пациент принимает наркотики, предпочитает вводить их внутривенно.

Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача №5. Пациентка 41 года поступила в стационар с высокой температурой, симптомами интоксикации. Почувствовала себя больной 6 дней назад, когда ощутила боль в полости рта при приеме пищи. На 2-й день болезни отметила отек левой щеки. На 4-й день состояние резко ухудшилось, появился озноб, температура тела повысилась до 40 градусов, возникла боль в горле, на 5-й день появились отек шеи, сукровичное отделяемое из глаза.

Отек левой щеки, век левого глаза и верхней губы. Кожа над отеком гиперемирована. На красной кайме губ и коже над ней определяются небольшие разбросанные участки фибринозного налета диаметром 3-5 мм. На внутренней поверхности верхней губы фибринозная пленка с четкими краями. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. Периферические лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.

Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Задача №6. Пациент 21 года обратился к стоматологу с жалобами на недомогание, повышение температуры до 37-38 градусов, боль при приеме пищи в полости рта, которая появилась 4 дня назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал аспирин и ампициллин. Сыпь на теле, которая появилась через 3 дня, считал аллергической реакцией на медикаменты, начал принимать супрастин.

На коже лица редко разбросанные элементы поражения в виде пузырьков и корочек. Аналогичные элементы пациент заметил на всем теле. В полости рта на слизистой оболочке губ, десне, мягком и твердом небе определяются болезненные эрозии и пузырьки, окруженные очагом гиперемии и отека. Периферические лимфатические узлы увеличены.

Установите предварительный диагноз. Какова этиология заболевания? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Задача №7. Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болеет в течение 2 недель. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды.

При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу; после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки; сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Задача №8. Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 месяцев.

В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет.

Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабомокнувшие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.

Проведите дифференциальную диагностику, наметьте план обследования и лечения.

Задача №9. Больной 18 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость левой щеки, затрудненное открывание рта.

Левосторонняя асимметрия лица в результате отека мягких тканей щеки, рот открывается на 2 см. У зуба 38 прорезались два медиальных бугра, имеется нависающий капюшон с эрозированным краем, покрытым некротическим налетом. На слизистой оболочке щеки в области зубов 38, 37 имеется резко болезненная эрозия, покрытая некротическим налетом. Диагноз: перикоронорит зуба 38.

Уточните диагноз. Согласны ли вы с назначенным лечением? Составьте план обследования и лечения. Какой будет ваша тактика?

Задача №10. Больной 23 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение. Отмечает плохое самочувствие, слабость, головную боль, высокую температуру тела (38,5 град), отсутствие аппетита, сна. Считает себя больным 3 дня.

При осмотре: кожные покровы бледные, регионарные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. В полости рта обильный мягкий налет на зубах. Десна отечна, гиперемирована. После снятия мягкого налета отмечается некротическая кайма по краю межзубных сосочков в области передней группы зубов нижней челюсти.

Поставьте диагноз, назовите причины заболевания, составьте план обследования и лечения.

Задача №11. Больной 66 лет обратился к стоматологу с жалобами на «язву» на языке, затрудненной пережевывание пищи. На протяжении 10 лет отмечает периодически возникающие язвы в полости рта. За медицинской помощью не обращался.

Высота нижнего отдела лица уменьшена, западение спинки носа – седловидный нос. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, подвижны. Красная кайма губ без видимых изменений. Полная адентия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. На спинке языка язва округлой кратерообразной формы с плотными выступающими краями, болезненная при пальпации. В области мягкого неба рубцовые изменения, язычок отсутствует.

Установите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план обследования и лечения.

Пациент 58 лет обратился в клинику для депульпирования интактных зубов 11, 21, 23 в целях ортопедического лечения.

В анамнезе аллергия на антибиотики, гипертоническая болезнь второй стадии, язвенная болезнь желудка, дисбактериоз кишечника.

Через 3-4 мин. После инфильтрационной анестезии раствором лидокаина (1% раствор 2 мл) развился коллапс, нарушился ритм дыхания, больной потерял сознание.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №12. Пациентка 29 лет обратилась с жалобами на отек верхней губы, дискомфорт и эстетический недостаток.

Начало заболевания острое. Отек развился в течение нескольких часов. В связи с простудным заболеванием принимала антибиотики.

Верхняя губа увеличена, безболезненна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без видимых патоморфологических элементов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №13. Пациент 45 лет обратился с жалобами на жжение, появление кровоизлияний, язв в полости рта, болезненность при приеме пищи.

До появления этих жалоб принимал эритромицин в связи с простудным заболеванием. Подобные явления наблюдались при приеме линкомицина. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненны. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит, покрыта сероватым налетом, с трудом снимающимся при поскабливании.

В зубе 46 кариес, твердые зубные отложения в значительном количестве; острые края зубов.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №14. Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, повышенное слюноотделение, высокую температуру (39,5 град.). Отмечает общую слабость, головную боль.

В анамнезе хронический гайморит. Кожные покровы бледные; на тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с гемморагической коркой в центре. Красная кайма губ отечна, гиперемирована, покрыта плотно фиксированными кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На слизистой оболочке губ, щек эритематозные пятна, крупные сливающиеся эрозии, покрытые фибринозным налетом.

Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Задача №15. Больная 22 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, высокую температуру, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающееся при приеме пищи, разговоре. Начало заболевания острое, после переохлаждения.

В анамнезе хронический тонзиллит. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, голеней эритематозные пятна с кровянистой коркой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На резко гиперемированной, отечной слизистой оболочке губ, щек. Дна

полости рта множественные резко болезненные эрозии с ровным краями, покрытые фибринозным налетом.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Задача №16. Пациент 37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Появление болезненных язв, которые через 7-10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2-3 раза в год (осенью, весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А.

В анамнезе хронический энтероколит.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. Болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов 16, 25,

На кончике языка и слизистой оболочки нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии. Болезненны при пальпации.

Установите диагноз, назначьте лечения.

Задача №17. Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10-12 дней.

В анамнезе аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз). Региональные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева эрозии округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом.

Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз. Назначьте лечение.

Эталоны тестовых заданий

Для государственной итоговой аттестации для ординаторов

по специальности 31.08.73. Стоматология терапевтическая

001. Слизистая оболочка рта состоит

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

002. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговевает

- 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.

003. Полость рта состоит

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

004. Формирование полости рта происходит к концу

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

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) РМА
- 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.CPI – 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) гелевых 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 гелевых 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 одонтотропным 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)

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 0-1 мм
- 2) на 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 каналам
- 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, иррадиирующая 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 горячего, не прекращающиеся после устранения действия, 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, иррадиирующей 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 острого 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 | 2) острый диффузный пульпит |
| жизнеспособность пульпы | 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

075. Проведение биологического метода возможно

- 1) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 27 лет
- 2) при остром очаговом пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- 3) при остром очаговом пульпите у пациента 16 лет
- 4) при хроническом фиброзном пульпите многокорневого зуба с кариозной полостью в пришеечной области
- 5) при случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса у пациентки 23 лет с инсулинзависимым диабетом

076. Формирование периодонта заканчивается

- 1) примерно через месяц после окончания развития корня зуба
- 2) примерно через полгода после окончания развития корня зуба
- 3) примерно через год после окончания развития корня зуба

077. Причиной острой травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) завышенная пломба
- 3) избыточная разовая нагрузка

078. Причиной хронической травмы периодонта может быть

- 1) грубая эндодонтическая обработка каналов
- 2) неправильно (высоко) наложенная пломба и др. окклюзионные нарушения
- 3) избыточная разовая нагрузка
- 4) вредные привычки (перекусывание ниток и т.д.)

079. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается метод

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) рентенография
- 4) реоплетизмография

Установите соответствие

080.Жалобы больного	Заболевание
---------------------	-------------

- 1) ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб а) хронический фиброзный пульпит
б) острый периодонтит
2) постоянная сильная боль, «чувство выросшего зуба» в) острый периодонтит
в стадии интоксикации
3) отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица г) хронический гангренозный пульпит
д) смещение места воспаления, периостит, подслизистый абсцесс
в стадии экссудации

081.Рентгенологическая картина.

Расширение периодонтальной щели в области вершины 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 гнилостных 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 леченные, 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

101. Морфологический элемент при пузырчатке:

- 1) пузырь
- 2) волдырь
- 3) пустула
- 4) папула
- 5) пузырек

102. Для диагностики пузырчатки используют метод:

- 1) иммунологический
- 2) гистологический
- 3) цитологический
- 4) биохимический
- 5) клинический

103. При синдроме гриншпна наблюдается сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая с

- 1) анемией
- 2) сахарным диабетом
- 3) нейродермитом
- 4) гипертонической болезнью
- 5) макрохейлитом

104. Папула – это образование

- 1) полостное
- 2) бесполостное

105. Плоский лишай относят

- 1) к кератозам
- 2) к аллергическим состояниям
- 3) к инфекционным заболеваниям

106. Течение плоского лишая

- 1) острое
- 2) хроническое
- 3) хроническое с обострениями

107. В соскобе с поверхности эрозии при пузырчатке обнаруживают:

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) атипичные клетки, голые ядра
- 4) клетки Пирогова-Лангханса
- 5) картину неспецифического воспаления с преобладанием полибластов

108. Дифференциальную диагностику вульгарной пузырчатки проводят:

- 1) пемфигиоидом
- 2) лекарственной аллергией
- 3) многоформной экссудативной эритемой
- 4) герпетическим дерматитом Дюринга
- 5) Все ответы верны

109. Для общего лечения вульгарной пузырчатки назначают:

- 1) антигистаминные препараты, поливитамины, глюкокортикостероиды
- 2) глюкокортикостероиды, антибиотики, седативные средства, обезболивающие средства
- 3) поливитамины, анаболические, глюкокортикостероиды, цитостатики, салуретики
- 4) цитостатики, антикоагулянты, салуретики, поливитамины
- 5) салуретики, седативные средства, цитостатики, поливитамины, обезболивающие средства

110. Дифференциальную диагностику хронического герпетического стоматита проводят с:

- 1) ХРАС
- 2) острым герпетическим стоматитом
- 3) акантолитической пузырчаткой
- 4) кандидозом
- 5) стрептококковой заедой.

111. С целью ускорения эпителизации применяют:

- 1) винизоль-аэрозоль
- 2) бутадионовую мазь
- 3) бонафтоновую мазь

- 4) ретинола ацетат 3,44% масляный р-р
- 5) солкосерил желе и мазь.

112. В остром периоде простого герпеса плановое лечение твердых тканей зубов и пародонта:

- 1) показано
- 2) не показано.

113. Местные факторы, провоцирующие рецидив язвенно-некротического стоматита Венсана:

- 1. несанированная полость рта
- 2. аномалии языка
- 3. гальвалоз
- 4. гипосаливация
- 5. рецессия десны

114. Средства местного лечения язвенно-некротического стоматита Венсана:

- . раствор 0,05% хлоргексина
- . холисал
- . 20% раствор натрия бората в глицерине
- . индометациновая мазь
- . бутадионовая мазь

Вопросы к экзамену:

1. Методы изоляции рабочего поля в терапевтической стоматологии.
2. Рентгенологическое обследование. Функции рентгенограмм в эндодонтии, требования к ним и ограничения. Чтение рентгенограмм.
3. Протокол ирригации корневого канала.
4. Осмотр полости рта. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Оценка вида прикуса, состояния уздечек и слизистых тяжей.
5. Способ лечения фуркационных перфораций моляров.
6. Классификация заболеваний пародонта
7. Флюороз. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
8. Проведение витального метода лечения пульпита.
9. Зубные отложения. Классификация. Способы снятия отложений.
10. Отбеливание девитальных зубов.
11. Пломбирование корневых каналов методикой латеральной конденсации.
12. Гистологическое строение, химический состав и функции эмали.
13. Композитные пломбировочные материалы. Этапы пломбирования композитами светового отверждения.
14. Инструментальная обработка корневых каналов методом Step Back.
16. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
17. Методика пломбирования корневых каналов системой ThermoFil.
18. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
19. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
20. Методика пломбирования корневых каналов системой BeeFill
21. Способы отбеливания витальных зубов.
22. Строение слизистой оболочки в различных отделах полости рта.
23. Лечение периодонтита осложненного внутриканальной перфорацией зуба.
24. Определение индекса РМА.
25. Хронический гангренозный пульпит: клиника, диагностика, лечение.
26. Дополнительные методы исследования, используемые в стоматологии.
27. Виды и способ проведения различных методов обезболивания при лечении кариеса и его осложнений.
28. Классификация пломбировочных материалов для корневых каналов. Основные требования.
29. Заполнение истории болезни пациента.
30. Проведение витального и девитального методов лечения пульпитов.
31. СПИД. Этиология, патогенез, клиническая классификация. Профилактика заражения ВИЧ – инфекцией медицинского персонала.
32. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
33. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
34. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
35. Стеклоиономерные цементы. Классификация. Общие правила при работе с ними.
36. Катаральный гингивит. Клиника, диагностика, лечение.
37. Состав и функции слюны. Ротовая жидкость.
38. Анатомическое строение первых моляров верхней челюсти.
39. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика.
40. Определение и роль контактного пункта.
41. Анатомическое строение первых премоляров верхней челюсти.
42. Хронический гранулематозный периодонтит: клиника, диагностика, особенности лечения.
43. Адгезивные системы.
44. Анатомо – гистологическое строение пародонта.
45. Анатомическое строение первых моляров нижней челюсти.

46. Местное и общее лечение генерализованного пародонтита.
47. Анатомическое строение центральных резцов верхней челюсти.
48. Неотложные состояния в стоматологической практике (обморок, коллапс, анафилактический шок, гипертонический криз, отек Квинке, гипо и – гипергликемическая кома).
49. Обработка корневых каналов системой Reciproc.
50. Коффердам. Методы и инструменты для наложения.
51. Лечение язвенно – некротического гингивита.
52. Причины дисколорита девитальных зубов.
53. Повторное лечение корневых каналов. Использование ультразвука.
54. Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.
55. Композитные пломбировочные материалы.
56. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
57. Премедикация в стоматологии.
58. Отбеливание зубов в условиях стоматологической клиники. Показания и противопоказания
59. Анатомические особенности и тактика механической обработки S – образных корневых каналов .
60. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
61. Принципы и техника препарирования твердых тканей зуба под композитные реставрации.
62. Современные методы инструментальной обработки корневых каналов.
63. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие после прорезывания.
64. Препараты для медикаментозной обработки корневых каналов.
65. Анатомо – гистологическое строение пародонта.
66. Способы obturation корневого канала.
67. Гипоплазия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
69. Хронический пульпит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Проведение профессиональной гигиены полости рта. Гигиенические индексы.
71. Клиническая картина кариеса зубов.
72. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Анатомическое строение первого моляра нижней челюсти.
74. Реставрация зубов на штифте после эндодонтического лечения.
75. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
76. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
77. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методиками латеральной и вертикальной конденсации.
79. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
80. Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
81. Современные ручные инструменты для удаления под - и наддесневых зубных отложений.
82. Гистологическое строение, химический состав и функции дентина.
83. Стоматологические материалы для временной obturation корневых каналов.
84. Глубокий кариес. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
85. Красный плоский лишай. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
86. Стандартизация эндодонтического инструментария по ISO.
87. Техника реставрации с использованием методики силиконового ключа.
88. Создание контактного пункта, его физиологическая роль.
89. Методы формирования корневых каналов.
90. Электроодонтодиагностика. Методика проведения

91. Гистологическое строение, химический состав и функции пульпы.
92. Реставрация зубов с использованием сэндвич-техники (закрытый, открытый).
93. Пломбирование корневых каналов гуттаперчевыми штифтами методикой латеральной конденсации.