

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 25.10.2023 10:30:41  
Уникальный программный ключ:  
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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

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

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Наименование дисциплины: **Стоматология терапевтическая**

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

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

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

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

Форма обучения – очная

## Разработчики:

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

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.73 «Стоматология терапевтическая» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 13 от «18» 08 2023 г.

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



/Ю.А. Македонова/


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

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

Председатель УМК



/М.М. Королева/

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

Актуализация рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО  
протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета



/В. Д. Заклякова

# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</p> <p>Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</p> <p>Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</p> <p>Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</p> <p>Гигиеническое воспитание и образование населения.</p> <p>Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</p> <p>Система обязательного социального страхования в России.</p> <p>Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <p>0. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>1. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>2. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>3. Качество медицинской помощи, основные понятия.</p> <p>4. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</p> <p>5. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</p>
--	--

## Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li><li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li><li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li><li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li><li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li><li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li><li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li><li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li><li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li><li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li><li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li><li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li><li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li></ol>
--	---

## Банк тестовых заданий (с ответами):

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p><b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b></p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,</p>
--	---

охраны и восстановления здоровья населения;  
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:  
**а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;**  
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;  
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:  
а) заболеваемость по данным обращаемости;  
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;  
**в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;**  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:  
**а) 50–55 %;**  
б) 20–25 %;  
в) 15–20 %;  
г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:  
а) исторический;  
б) статистический;  
в) экспериментальный;  
г) экономический;  
д) социологический;  
**е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:  
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;  
**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**  
в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:  
**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**  
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;  
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;  
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;  
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...  
**а) государственное социальное страхование;**  
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;  
в) менеджмент здравоохранения;  
г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
  - б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
  - в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
  - б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
  - в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
- а) до 10 дней;
  - б) до 15 дней;**
  - в) до 4 месяцев;
  - г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
  - б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
  - в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
- а) своевременность оказания медицинской помощи;
  - б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
  - в) степень достижения запланированного результата;
  - г) совокупность вышеуказанных характеристик**
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
- а) государственный контроль;
  - б) ведомственный контроль;
  - г) внутренний контроль;
  - д) все вышеперечисленное верно**
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
- а) листок нетрудоспособности;
  - б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
  - в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
  - г) врачебное свидетельство о смерти

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b> Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b> В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ:	
-61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
<b>Удовлетворительно (3)</b>	61 – 75
- 76 – 90%	76– 90
<b>Хорошо (4)</b>	91 – 100
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами  
компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15
	2	1-15	1-15	1-5	1-15
	3	1-15	1-15	1-5	1-15
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15
	2	1-15	1-15	1-5	1-15
	4	1-15	1-15	1-5	1-15
	5	1-15	1-15	1-5	1-15
	6	1-15	1-15	1-5	1-15
	10	1-15	1-15	1-5	1-15
	11	1-15	1-15	1-5	1-15
	12	1-15	1-15	1-5	1-15



## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза <b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и	<b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и			+		

культурные различия	культурные различия У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 <b>Уметь:</b> работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО			+	+	

образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<p><b>В (УК-3) - П</b>  <b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования;  <b>У (УК-3) - П</b>  <b>Знать:</b> основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе  <b>3 (УК-3) - П</b></p>			+	+	
<p>Третий уровень (УК-3) - III  Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе  <b>В (УК-3) - III</b>  <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки  <b>У (УК-3) - III</b>  <b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления  <b>3(УК-3) - III</b></p>			+	+	+
<p>Первый уровень (ПК-9)-1  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> санологическим мышлением  <b>Уметь:</b> осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения  <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации</p>			+		
<p>Второй уровень (ПК-9)- II  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих  <b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья  <b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>			+	+	

<p>Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья <b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать ...)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов ...)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям</p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы

<p><b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p>	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	5. Оформление
--	---------------

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

### Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	<b>ВЫСОКИЙ (продуктивный)</b>	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	С	90–81	<b>СРЕДНИЙ (репродуктивный)</b>	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные</p>	D	80-76		4 (4-)

<p>и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>				
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	Е	75-71	<p style="text-align: center;"><b>НИЗКИЙ (ознакомительный)</b></p>	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.</p>	Е	70-66		3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	Е	65-61	<p style="text-align: center;"><b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)</b></p>	9 3 (3-)



<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	<b>КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ</b>	2

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	+	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	+	+	+	+

#### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

## Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

### **5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:**

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика**: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2017.- 168с.

### **Тестовые задания**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методике
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

**09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

**Установите соответствие**

**10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:**

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта  |

**11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ**

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции   |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)**

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

**14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ**

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

**15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ**

- 1) судьи

- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

## 22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

## 23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

## 24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

## 25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

## 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

## 27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля



41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В

ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- \_\_\_\_\_  
ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

### Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия

- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ  
ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический,  
рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА  
ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ  
ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ  
РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) лично-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ,  
ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный  
ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ  
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным

- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
|                             | Д. дидактические                                |
|                             | Е. владение техникой речи                       |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

1. присущие многим сферам  
человеческой деятельности

А. информационная

Б. конструктивная

В. организаторская

2. специфические  
педагогические

Г. коммуникативная

Д. гностическая

Е. воспитательно-развивающая

Ж. ориентационная

З. мобилизационная

И. исследовательская

### Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_



44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
  
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения

- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

### ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

**Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9**

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление	ПК-9

	своего здоровья и здоровья окружающих	
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Гигиена и эпидемиология  
чрезвычайных ситуаций»**

**Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
- 31.

**Банк тестовых заданий (с ответами)**

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. **функциональная подсистема РСЧС;**
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
  
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. **для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
  
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. **хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
  
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. бригады экстренного реагирования.
  
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;
  - г. **бригады экстренного реагирования.**
  
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
  - а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
  - б. **врачебно-сестринские бригады;**
  - в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
  - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. областная клиническая больница
8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
  - б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
  - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
  - б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
  - в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- а. двухэтапная система ЛЭО;**
  - б. трехэтапная система ЛЭО;
  - в. четырехэтапная система ЛЭО;
  - г. одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:
- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
  - б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
  - в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
  - г. все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
  - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серофилактика столбняка;**
  - в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
  - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.
13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:
- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее рану, противошоковая терапия;**
  - б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
  - в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
  - г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:
- а. повреждение легких;
  - б. пневмоторакс;
  - в. гемоторакс;
  - г. повреждение сердца.**
15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:
- а. в операционную;
  - б. в перевязочную в первую очередь;**
  - в. в перевязочную во вторую очередь;
  - г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.
16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:
- а. в операционную;
  - б. в перевязочную в первую очередь;**
  - в. в перевязочную во вторую очередь;
  - г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.
17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?
- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением протившоковой терапии;
  - б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением протившоковой терапии;
  - в. в протившоковую для проведения протившоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
  - г. в госпитальное отделение для проведения протившоковой терапии и последующей эвакуации.
18. Симптом, характерный для перелома костей таза:
- а. гематома в области промежности;
  - б. крепитация в области верхней трети бедра;
  - в. императивный позыв на мочеиспускание;
  - г. симптом «прилипшей пятки».**
19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:
- а. снижение синтеза ацетилхолина;
  - б. инактивация холинэстеразы;**
  - в. активация холинэстеразы;
  - г. повышение синтеза ацетилхолина.
20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:
- а. адреномиметическое;
  - б. адренолитическое;
  - в. холиномиметическое;**
  - г. холинолитическое.
21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**

- б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. инактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. **повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. **иммунодепрессивное;**
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. иммуностимулирующее;
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
  - б. ингаляционно;
  - в. через желудочно-кишечный тракт;
  - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
  - б. метацин;
  - в. унитиол;
  - г. **дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
3. тяжелой;
4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а.  $> 10$  МэВ/мкм;
- б.  $< 10$  кэВ/мкм;
- в.  $< 10$  МэВ/мкм;
- г.  $> 10$  кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.



36.Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г.химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37.Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38.Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39.Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40.Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологических нарушениями.

#### **Банк ситуационных клинических задач**

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100\60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные. 1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Из рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 10.** ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Из рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90  92 – 100

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия 12. Знание алгоритма решения 13. Уровень самостоятельного мышления 14. Аргументированность решения 15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций»

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
--	------------------	---------------------------------	---

		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	1	19-27, 29-40	6-10	18-30

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li> <li>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li> <li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li> <li>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li> <li>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li> <li>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li> <li>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li> <li>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li> <li>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li> <li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li> <li>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</li> <li>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для</li> </ol>
---	--

	<p>заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении</p>

- грамм(+)-кокков и грамм(-) бактерий.
36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
  37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
  38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
  39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
  40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
  41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
  42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
  43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
  44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
  45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
  46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
  47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
  48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
  49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
  50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
  51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.
  52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НПР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.
  53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.
  54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.
  55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов.

	<p>Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</li> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</li> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите</li> </ol>
---	--



	<p>примеры.</p> <p>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами <math>\beta</math>-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные</p>

	<p>действия.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</li><li>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</li><li>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</li><li>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</li><li>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</li><li>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</li><li>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</li><li>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</li><li>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</li><li>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</li><li>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</li><li>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</li><li>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</li><li>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</li><li>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоемболиях различных локализаций.</li><li>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</li><li>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</li><li>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</li><li>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</li><li>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии</li></ol>
--	---

	<p>(терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b></li> <li>B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</li> <li>C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</li> <li>D) Клинические испытания лекарственных средств.</li> </ol> </li>   <li>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</li> <li><b>B) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b></li> <li>C) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</li> <li>D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</li> </ol> </li>   <li>3. <u>Лекарственная форма это:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>A) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b></li> <li>B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</li> <li>C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</li> </ol> </li>   <li>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Метод затраты-эффективность.</li> <li><b>B) Метод затраты-прибыль.</b></li> <li>C) Метод затраты-полезность.</li> <li>D) Метод затраты-выгода</li> </ol> </li>   <li>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</li> <li>B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</li> <li>C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.</li> <li>D) Не требует изучения генотипа больного.</li> </ol> </li>   <li>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на</u></li> </ol>
--	---

фармакологический ответ, чаще всего лежит:

- A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) CYP2C9
- D) **CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;

- В) распределение;
- С) метаболизм (биотрансформация);
- Д) выведение;
- Е) все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- А) всасывание;
- В) распределение;
- С) метаболизм (биотрансформация);
- Д) выведение;
- Е) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- А) макролиды;
- В) фторхинолоны;
- С) тетрациклины;
- Д) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- А) 30 мин;
- В) 1 час;
- С) 2 ч и более;**
- Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- А) угнетается;**
- В) усиливается;
- С) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- C) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- A) типа A;
- B) типа B;
- C) типа C;**
- D) типа D;
- E) типа E

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- A) пожилой возраст;
- B) тяжелое состояние больного;
- C) одновременное назначение нескольких лекарственных

	<p>средств; D) генетическая предрасположенность; <b>E) все вышеперечисленное</b></p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u> A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; <b>E) все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> A) типа А; <b>B) типа В;</b> C) типа С; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> A) комплаенсом; <b>B) фармаконадзором;</b> C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> a) аспирин; b) лорноксикам; <b>c) целекоксиб;</b> d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> A) преднизолон <b>B) метилпреднизолон</b> C) дексаметазон A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> <b>A) аспирин;</b> B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p>

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липооксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
- B) В-лимфоциты
- C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
- D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
- B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
- C) однократно утром
- D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

- A) Преднизолон.
- B) Метилпреднизолон.
- C) Дексаметазон.
- D) Гидрокортизон.**



40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- B) Истончение кожи, образование стрий.
- C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

41. При выборе antimикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности antimикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) 3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) 5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам

В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»

**С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефоперазон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инактивации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, XIa.**
- B) IIa, IXa.
- C) XIa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямими антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) **Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пефлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий

через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные  $\alpha/\gamma$  интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавунат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. потливость     | A. верно 1, 2, 3        |
| 2. сердцебиение   | B. верно 1, 4, 5        |
| 3. сухость во рту | C. <b>верно 3, 4, 5</b> |

4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5  
5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин  
D) верапамил  
C) омепразол  
D) диазепам  
E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) **местное**  
B) общее (наркоз)  
C) комбинированное  
D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада  
B) спинальная анестезия  
C) стволовая анестезия  
D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**  
B) необратимое торможение ЦНС  
C) блокада основного нервного ствола  
D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок  
B) **контрактура нижней челюсти**  
C) анафилактический шок  
D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура  
B) **коллапс**  
C) некроз  
D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**  
B) гематома  
C) контрактура  
D) кровотечение  
E) пародонтит

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) внутривенно 1 мл мезатона  
B) внутримышечно 1 мл норадреналин

	<p>С) внутримышечно метамезон  <b>Д) внутривенно 1 мл атропина</b></p>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ  61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 6. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

#### 7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т – тестирование</b>	<b>КР – контрольная работа</b>	<b>С – собеседование по контрольным вопросам.</b>
	<b>Тесты</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>
<b>УК-1</b>	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
<b>ПК</b>	<b>2</b>	1,25,26	4,11
	<b>7</b>	1 - 75	1-57
	<b>9</b>	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МИКРОБИОЛОГИЯ».**

Текущая и промежуточная аттестация проводится в соответствии с требованиями «Положения о балльно-рейтинговой системе оценки успеваемости обучающихся в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (приказ о введении в действие №381-КМ от 16 марта 2017 г.) и «Положения о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, а так же об отчислении обучающихся в ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России» (принято на заседании Ученого Совета ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России 15 февраля 2017 г., протокол №6).

**Текущая аттестация по дисциплине «Микробиология»** осуществляется на каждом практическом занятии в виде устного опроса по контрольным вопросам, проверки качества выполненной практической работы и тестирования. **Тесты по разделам и общей и частной микробиологии прилагаются к рабочей программе.**

**Текущая аттестация самостоятельной работы** осуществляется в форме изложения доклада с презентацией, защиты реферата и собеседования по контрольным вопросам заданной темы.

**Промежуточная аттестация по дисциплине «Микробиология»** (итоговый контроль по дисциплине) проводится в соответствии с образовательной программой и учебным планом в форме **зачета (с оценкой)** по окончании цикла занятий по дисциплине во 2 семестре.

### **Средства проведения промежуточной аттестации:**

- зачетный журнал
- билеты для зачета
- листы для экзаменаторов;
- листы-черновики для студентов;
- характеристика ординатора (рейтинг итоговый);
- журналы текущей успеваемости и лекционный журнал.

**Технология проведения промежуточной аттестации по дисциплине и отражение этой технологии в структуре формирования билета к зачету**

Зачет на кафедре микробиологии, вирусологии, иммунологии с курсом клинической микробиологии проходит в виде собеседования по вопросам билета для оценки



сформированности составляющих компетенций, включающего в себя вопросы по всем изучаемым разделам программы. Минимальное количество баллов, которое можно получить при собеседовании - 61, максимальное – 100 баллов.

Продолжительность экзамена составляет – 120 мин, из них отводится времени на подготовку к ответу - 30 мин, сам ответ – 10 мин.

Зачетные билеты составлены согласно программе дисциплины. В билетах 3 вопроса:

1. «Вопрос для оценки базового освоения дисциплины» - оценка сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций (УК-1, ПК-1);

2. «Биологические свойства микроорганизма, роль в патологии человека. Принципы лабораторной диагностики, лечения и профилактики вызываемых заболеваний» - оценка сформированности профессиональных и общепрофессиональных компетенций и клинико-диагностического мышления (ПК-1, ПК-5);

3. «Методологическая характеристика методов микробиологической диагностики (микробиологического контроля) асептики и антисептики» - оценка сформированности практической части компетенций (навыков) по дисциплине (ПК-1, ПК-5).

### **Примеры тестового контроля**

#### **1. ОБЩАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ**

##### **1.1. МЕДИЦИНСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ:**

- а) Все микроорганизмы
- б) Микроорганизмы, влияющие на здоровье человека
- в) Патогенные микроорганизмы
- г) Вирусы
- д) Условно-патогенные микроорганизмы
- е) Непатогенные микроорганизмы

##### **1.2. ДЕЛЕНИЕ НА ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ МЕТОДЫ ОКРАСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:**

- а) Особенности морфологии микробов
- б) Способом приготовления микропрепарата
- в) Количеством используемых красителей
- г) Устройством микроскопа

##### **1.3. ЦЕЛЬ МЕТОДА КУЛЬТИВИРОВАНИЯ:**

- а) Определение патогенности возбудителя
- б) Изучение антигенных свойств возбудителя
- в) Изучение морфологии возбудителя
- г) Выделение чистой культуры

##### **1.4. ПЕРВЫМ УВИДЕЛ И ОПИСАЛ МИКРООРГАНИЗМЫ:**

- а) А.Левенгук
- б) Л.Пастер
- в) Р.Кох
- г) Д.Ивановский
- д) И.Мечников

##### **1.5. К ПРОКАРИОТАМ ОТНОСЯТСЯ:**

- а) Простейшие
- б) Грибы

- в) Вирусы
- г) Бактерии
- д) Прионы

1.6. ОСНОВНОЙ ТАКСОНОМИЧЕСКОЙ КАТЕГОРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Царство
- б) Семейство
- в) Отряд
- г) Вид
- д) Род

1.7. КАКАЯ ФОРМА СИМБИОЗА ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ:

- а) Нейтрализм
- б) Мутуализм
- в) Паразитизм
- г) Комменсализм

1.8. ПО ТИПУ ПИТАНИЯ БОЛЬШИНСТВО ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а) Факультативные анаэробы
- б) Хемоавтотрофы
- в) Фотоавтотрофы
- г) Хемоорганотрофы
- д) Литотрофы

1.9. БАКТЕРИИ РАЗМНОЖАЮТСЯ ПУТЕМ:

- а) Л-трансформации
- б) Репликации
- в) Спорообразования
- г) Почкования
- д) Бинарного деления

1.10. КАКОЙ ИММУНИТЕТ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ:

- а) Естественный активный
- б) Искусственный пассивный
- в) Искусственный активный
- г) Естественный пассивный
- д) Постинфекционный

1.11. ОКРАСКА ПО ГРАМУ ПОЗВОЛЯТ ОЦЕНИВАТЬ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ:

- а) Нуклеоида
- б) Капсулы
- в) Жгутиков
- г) Клеточной стенки

1.12. ШТАММ МИКРООРГАНИЗМОВ ЭТО:

- а) Потомство одной бактериальной колонии
- б) Смешанная культура, выделенная от конкретного источника
- в) Чистая культура с указанием источника и даты выделения
- г) Генетически однородная культура
- д) Бульонная культура микроорганизмов

1.13. СЕРОИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- а) Изучить сахаролитические свойства микроорганизма
- б) Выявить соответствующие антитела в организме человека или животных
- в) Выявить специфическую нуклеотидную последовательность в геноме микроорганизма
- г) Выявить соответствующие антигены в организме или исследуемой культуре

1.14. ВИД ЭТО:

- а) Совокупность микроорганизмов, имеющих единое происхождение и генотип, сходные по морфологическим и биологическим свойствам
- б) Совокупность микроорганизмов, обладающие сходством биохимических свойств
- в) Микроорганизмы, имеющие общие антигенные характеристики
- г) Группа микроорганизмов с определенными общими свойствами

д) Группа родов, имеющих общие определяющие свойства.

1.15. К СПОРООБРАЗУЮЩИМ МИКРООРГАНИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Стрептококки
- б) Сальмонеллы
- в) Нейссерии
- г) Клостридии
- д) Энтеробактерии

1.16. ПО ТИПУ ДЫХАНИЯ БОЛЬШИНСТВО ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а) Факультативные анаэробы
- б) Облигатные аэробы
- в) Облигатные анаэробы
- г) Микроаэрофилы

1.17. ХРОСОМА БАКТЕРИЙ ПРЕДСТАВЛЕНА:

- а) Одноцепочечной замкнутой молекулой ДНК
- б) Двухцепочечной линейной молекулой РНК
- в) Двухцепочечной замкнутой молекулой ДНК
- г) Одноцепочечной замкнутой молекулой РНК
- д) Двухцепочечной линейной молекулой ДНК

1.18. НЕ ОБЛАДАЮТ КЛЕТОЧНЫМ СТРОЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЗМОМ

- а) Простейшие
- б) Грибы
- в) Вирусы
- г) Бактерии

1.19. БИОЦЕНОЗ ЭТО:

- а) Территориально и функционально ограниченное пространство экосистемы
- б) Совокупность микроорганизмов в биотопе (экосистеме)
- в) Обмен веществ и энергии в экосистеме

1.20. ПРЕДЛОЖИЛ МЕТОД КУЛЬТИВИРОВАНИЯ НА ПЛОТНЫХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ:

- а) Л.Пастер
- б) Р.Кох
- в) И.Мечников
- г) Н.Гамалея

1.21. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- а) Вызывают заболевания у здоровых людей
- б) Обладают тропностью
- в) Являются естественными обитателями организма человека
- г) Обладают набором «факторов патогенности»
- д) Вызываемые ими заболевания имеют характерный симптомокомплекс

1.22. КЛОН МИКРООРГАНИЗМОВ ЭТО:

- а) Микроорганизмы, формирующие колонии на плотной питательной среде
- б) Генетически однородная культура / потомство одной колонии
- в) Чистая культура, выделенная из конкретного источника
- г) Смешанная бульонная культура

1.23. МИКРОСОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧАТЬ СВОЙСТВА:

- а) Антигенные
- б) Серологические
- в) Морфологические
- г) Биохимические
- д) Токсигенные

1.24. КАКОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ АЭРОЗОЛЬНОМ МЕХАНИЗМЕ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

- а) Воздушно-капельный
- б) Воздушно-пылевой

- в) Контактно-бытовой
- г) Гемотранфузионный

1.25. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УНИЧТОЖЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- а) Дезинфекция
- б) Стерилизация
- в) Асептика
- г) Антисептика
- д) Пастеризация

1.26. КАПСУЛА БАКТЕРИЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ФУНКЦИЮ:

- а) Выделительную
- б) Антифагоцитарную
- в) Репродуктивную
- г) Белоксинтезирующую
- д) Подвижности

1.27. ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВИРУСОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) Культуры клеток
- б) Куриные эмбрионы
- в) Питательные среды
- г) Лабораторных животных

1.28. СРЕДЫ ДЛЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- а) Накопительные
- б) Элективные
- в) Дифференциально-диагностические
- г) Жидкие
- д) Плотные

1.29. В ОСНОВЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ (ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ) РЕАКЦИЙ ЛЕЖИТ:

- а) Взаимодействие комплементарных участков нуклеиновых кислот
- б) Сенсibilизация макроорганизма по типу ГЗТ
- в) Чувствительность возбудителя к антибиотикам
- г) Специфическое взаимодействие между антигеном и антителом

1.30. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СТРУКТУРАМ БАКТЕРИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Нуклеоид
- б) Рибосомы
- в) Жгутики
- г) Клеточная стенка
- д) Цитоплазматическая мембрана

1.31. ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Вода
- б) Объекты внешней среды
- в) Почва
- г) Материал от человека
- д) Материал от животных

1.32. СЕРОДИАГНОСТИКА ПОЗВОЛЯЕТ:

- а) Выявить специфическую нуклеотидную последовательность в геноме микроорганизма
- б) Выявить соответствующие антитела в сыворотке крови человека или животных
- в) Изучить биохимические свойства микроорганизма
- г) Выявить соответствующие антигены в организме или культуре

1.33. ПО МОРФОЛОГИИ БАКТЕРИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- а) Бактерии, бациллы
- б) Кокки, палочковидные, спиралевидные (извитые)
- в) Диплококки, стрептококки, стафилококки
- г) Палочковидные, микоплазмы, кокки

1.34. ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ:

- а) Антител в организме больного
- б) Специфической нуклеотидной последовательности генома микроорганизма в исследуемом объекте
- в) Соответствующего антигена в культуре
- г) Изучение биохимической активности культуры микроорганизмов

1.35. КАКАЯ НАУКА ИЗУЧАЕТ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- а) Иммунология
- б) Вирусология
- в) Микробиология
- г) Эпидемиология

1.36. ЧИСТАЯ КУЛЬТУРА – ЭТО ПОПУЛЯЦИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- а) Одного серотипа
- б) Одного вида
- в) Разных видов
- г) Одного морфовара
- д) Одного геномвара

1.37. ИНФЕКЦИЯ ЭТО:

- а) Инфекционное заболевание
- б) Заражение (инфицирование) организма болезнетворными микроорганизмами
- в) Инфекционный процесс
- г) Динамика развития в организме инфекционного процесса

1.38. ДВИЖУЩЕЙ СИЛОЙ ЭКОСИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Биоценоз
- б) Биотоп
- в) Обмен веществ и энергией
- г) Микроорганизмы

1.39. КТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА:

- а) Возбудитель инфекционного заболевания
- б) Макроорганизм
- в) Резидентные микроорганизмы
- г) Внешние факторы воздействия

1.40. ПРИ КАКОМ МЕХАНИЗМЕ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ СУЩЕСТВУЮТ ПЕРЕНОСЧИКИ:

- а) Аэрозольный
- в) Алиментарный
- г) Трансмиссивный
- д) Контактный

1.41. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАРАЖЕНИЯ ОБЪЕКТА:

- а) Дезинфекция
- б) Стерилизация
- в) Асептика
- г) Антисептика
- д) Пастеризация

1.42. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭТО:

- а) Инфекционный процесс
- б) Выраженная (крайняя) форма проявления инфекционного процесса
- в) Инфекция
- г) Симптомокомплекс

1.43. ЧТО НЕ ВХОДИТ В СОСТАВ НУКЛЕОТИДА:

- а) Азотистое основание
- б) Аденозинтрифосфат
- в) Пентоза

г) Остаток фосфорной кислоты

1.44. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА УНИЧТОЖЕНИЕ ВСЕХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОБЪЕКТЕ:

- а) Дезинфекция
- б) Стерилизация
- в) Асептика
- г) Антисептика
- д) Пастеризация

1.45. ОБМЕН ГЕНЕТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ (РЕКОМБИНАЦИЯ) У БАКТЕРИЙ НЕ ОУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПРОЦЕССЕ:

- а) Репликации
- б) Трансформации
- в) Конъюгации
- г) Трансдукции

1.46. ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ:

- а) Естественный активный
- б) Искусственный пассивный
- в) Искусственный активный
- г) Естественный пассивный
- д) Постинфекционный

1.47. У ПРОСТЫХ ВИРУСОВ ОТСТУТСТВУЕТ:

- а) Капсомеры
- б) Суперкапсид
- в) Капсид
- г) Нуклеопротеид

1.48. ИММУНИТЕТ, ПЕРЕДАВАЕМЫЙ РЕБЕНКУ ОТ МАТЕРИ (ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ИЛИ С МОЛОКОМ):

- а) Естественный активный
- б) Искусственный пассивный
- в) Искусственный активный
- г) Естественный пассивный
- д) Постинфекционный

1.49. ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В САНИТАРНОЙ МЕДИЦИСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Почва
- б) Вода
- в) Пищевые продукты
- г) Материал от человека
- д) Смывы с объектов внешней среды

1.50. КАК НАЗЫВАЮТСЯ БАКТЕРИИ С ПОЛЯРНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ЖГУТИКАМИ:

- а) Монотрихи
- б) Лофотрихи
- в) Перитрихи
- г) Амфитрихи

## **2. ЧАСТНАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ**

2.1. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) Аэрозольный
- б) Алиментарный
- в) Трансмиссивный
- г) Контактный

2.2. ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ:

- а) Эндотоксин
- б) Гиалуронидаза

- в) Капсула
- г) Экзотоксин (холероген)

2.3. ГЕПАТИТ Е НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ У:

- а) Пожилых ослабленных людей
- б) Детей раннего возраста
- в) Детей школьного возраста
- г) Беременных женщин
- д) Взрослых людей

2.4. КАКОЙ УГЛЕВОД НЕ ВХОДИТ В СОСТАВ СРЕДЫ ГИССА КОРОТКОГО ПЕСТРОГО РЯДА:

- а) Фруктоза
- б) Лактоза
- в) Мальтоза
- г) Глюкоза
- д) Сахароза
- е) Маннит

2.5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) *Treponema denticola*
- б) *Treponema bryantii*
- в) *Treponema carateum*
- г) *Treponema pallidum*
- д) *Treponema vincentii*

2.6. ГРУППАМИ РИСКА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Медицинские работники
- б) Наркоманы
- в) Реципиенты крови и ее препаратов
- г) Доноры крови
- д) Проститутки и гомосексуалисты

2.7. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ:

- а) Больной человек
- б) Скотомогильники
- в) Грызуны
- г) Водоплавающие
- д) Животные (крупнорогатый скот, овцы и пр.)

2.8. ОДНИМ ИЗ РАННИХ И ДОСТОВЕРНЫХ МЕТОДОВ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Выделение гемокультуры
- б) Выделение копрокультуры
- в) Выделение уринокультуры
- г) Серодиагностика
- д) Генодиагностика

2.9. МЕТОД СКРИНИНГОВОГО (МАССОВОГО) ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ:

- а) ИФА
- б) РСК
- в) МФА
- г) Иммуноблотинг
- д) ПЦР

2.10. ЗАРАЖЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗОМ НЕВОЗМОЖНО ОТ:

- а) Больного оленя
- б) Больной свиньи
- в) Больной овцы
- г) Больной коровы
- д) Больного человека

2.11. ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:

- а) Больной человек

- б) Молочные продукты
- в) Больное животное
- г) Вода
- д) Кровососущие насекомые

2.12. ЭЛЕКТИВНАЯ СРЕДА ДЛЯ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ:

- а) Среда Эндо
- б) Среда Плоскирева
- в) Щелочной агар
- г) Кровяной агар
- д) Среда Клиглера

2.13. КАКОЙ МАТЕРИАЛ НЕ ИССЛЕДУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЧУМЫ:

- а) Моча
- б) Кровь
- в) Содержимое бубона
- г) Рвотные массы
- д) Мокрота

2.14. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ УКЛОНЕНИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С ОТ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

- а) Низкая иммуногенность
- б) Высокая антигенная изменчивость (квазивиды)
- в) Вирогения
- г) Интегративное состояние вирусного генома
- д) Подавление апоптоза инфицированных гепатоцитов

2.15. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУЛЕРЯМИИ ОТНОСИТСЯ К РОДУ:

- а) *Yersinia*
- б) *Francisella*
- в) *Shigella*
- г) *Salmonella*
- д) *Escherichia*

2.16. СПОРЫ ВОЗБУДИТЕЛЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ НЕ ОБРАЗУЮТСЯ:

- а) В почве
- б) На питательных средах
- в) При понижении температуры
- г) В отсутствии влаги
- д) В организме больного

2.17. МЕХАНИЗМ ПРЕДАЧИ ПРИ ДИФТЕРИИ:

- а) Аэрозольный
- б) Контактный
- в) Трансмиссивный
- г) Алиментарный

2.18. ОСНОВНОЙ МЕТОД МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ:

- а) Микроскопический
- б) Культуральный (бактериологический)
- в) Серологический
- г) Биологический
- д) Аллергологический
- е) Молекулярно-генетический

2.19. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЧУМЫ:

- а) Природно-очаговая инфекция
- б) Трансмиссивный механизм передачи
- в) Зоонозная инфекция
- г) Особо опасная инфекция
- д) Антропонозная инфекция

2.20. КАКОЙ МЕТОД НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА:



- а) Микроскопический
- б) Культуральный (бактериологический)
- в) Серологический
- г) Биологический
- д) Аллергологический

2.21. КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СВОЙСТВ НЕ ОБЛАДАЕТ СТАФИЛОКОКК:

- а) Грамположительный
- б) Факультативный анаэроб
- в) Подвижный
- г) Нетребователен к питательным средам
- д) Устойчив к NaCl

2.22. ВОЗБУДИТЕЛИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ КАКОГО РОДА НЕ ИМЕЮТ Н-АНТИГЕНА:

- а) *Escherichia*
- б) *Salmonella*
- в) *Yersinia enterocolitica*
- г) *Shigella*

2.23. ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГАЗОВОЙ ГАНРЕНА

- а) *C. perfringens*
- б) *C. sporogenes*
- в) *C. novyi*
- г) *C. histolyticum*
- д) *C. septicum*

2.24. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЛБНЯКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ВВЕДЕНИИ:

- а) Антибиотиков
- б) Анатоксина
- в) Антитоксической сыворотки
- г) Вакцины
- д) Экзотоксина

2.25. ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ КАНДИДОЗОВ

- а) *Candida albicans*
- б) *Candida tropicalis*
- в) *Candida guilliermondii*
- г) *Candida krusei*
- д) *Candida glabrata*

2.26. МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ВОЗВРАТНОМ ТИФЕ:

- а) Аэрозольный (воздушно-пылевой путь)
- б) Трансмиссивный (инокуляционный путь)
- в) Алиментарный (пищевой путь)
- г) Трансмиссивный (контаминационный путь)
- д) Контактный (прямой путь)

2.27. ПАТОГЕНЕЗ БОТУЛИЗМА ОСНОВАН НА ФОРМИРОВАНИИ:

- а) Некроза тканей
- б) Эндотоксического шока
- в) Бактериемии
- г) Токсинемии
- д) Септикопиемии

2.28. РОДОВОЕ НАЗВАНИЕ СТРЕПТОКОККОВ (*Streptococcus*) ОТРАЖАЕТ:

- а) Тинкториальные свойства
- б) Морфологию и взаимное расположение клеток
- в) Особенности метаболизма
- г) Патогенные свойства
- д) Антигенные свойства

2.29. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ А И Е:

- а) Аэрозольный

- б) Контактный
- в) Трансмиссивный
- г) Алиментарный

2.30. КАКАЯ КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА (*Escherichia coli*) ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА:

- а) Энтеропатогенная
- б) Непатогенная
- в) Энтероадгезивная
- г) Энтеротоксигенная
- д) Энтероинвазивная

2.31. ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ДИФТЕРИИ:

- а) Нейраминидаза
- б) Эндотоксин
- в) Капсула
- г) Экзотоксин
- д) Гиалуронидаза

2.32. СЕРОТИПИРОВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ОСНОВАНО НА АНТИГЕННЫХ РАЗЛИЧИЯХ:

- а) Н-антигена
- б) О-антигена
- в) К-антигена

2.33. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РИККЕТСИОЗОВ:

- а) Микроскопический
- б) Культуральный
- в) Серологический
- г) Биологический
- д) Аллергологический
- е) Молекулярно-генетический

2.34. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ГРИППА ПРИМЕНЯЮТ:

- а) Иммунофлюоресценцию (МФА)
- б) Реакцию торможения гемагглютинации
- в) Иммуноферментный анализ
- г) Реакцию связывания комплемента
- д) Метод культивирования

2.35. ОСНОВНОЙ ВИДОВОЙ ПРИЗНАК ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) Высоким содержанием нуклепротеидов
- б) Высокой активностью экзоферментов
- в) Экзотоксином
- г) Высоким содержанием липидов в клеточной стенке
- д) Эндотоксином

2.36. ЗАРАЖЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ПРОИСХОДИТ ПРИ:

- а) Употреблении зараженной пищи
- б) Переливании зараженной крови
- в) Контакте с больным человеком
- г) Загрязнении раны почвой
- д) Попадании возбудителя на слизистые оболочки

2.37. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ СИФИЛИСЕ:

- а) Больной человек
- б) Больной животное
- в) Инфицированные предметы обихода
- г) Инфицированная пища
- д) Кровь больного

2.38. КАКОЙ МЕТОД НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА:

- а) Микроскопический

- б) Культуральный (бактериологический)
- в) Серологический
- г) Биологический
- д) Аллергологический

2.39. ДЛЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ВОЗВРАТНОГО ТИФА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- а) Природная очаговость
- б) Контактный механизм передачи от больного человека
- в) Трансмиссивный механизм передачи клещами
- г) Источник инфекции - грызуны

2.40. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КАНДИДОЗА:

- а) Микроскопический
- б) Культуральный (микологический)
- в) Серологический
- г) Биологический
- д) Аллергологический
- е) Молекулярно-генетический

2.41. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЫПНОМ ТИФЕ:

- а) Клещи
- б) Вши
- в) Грызуны
- г) Больные люди
- д) Домашние животные

2.42. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНТИГЕННОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ВИРУСА ГРИППА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- а) Трансформацией
- б) Шифтом и дрейфом
- в) Трансдукцией
- г) Конъюгацией
- д) Репликацией

2.43. АДЕНОВИРУСЫ НЕ ВЫЗЫВАЮТ:

- а) Гепатит
- б) Конъюнктивит
- в) Гастроэнтерит
- г) Пневмонию
- д) Ринит

2.44. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕШЕНСТВЕ:

- а) Аэрозольный
- б) Контактный
- в) Трансмиссивный
- г) Алиментарный

2.45. ГЕПАТИТОМ А БОЛЕЮТ В ОСНОВНОМ:

- а) Пожилые люди
- б) Взрослые люди
- в) Дети
- г) Ослабленные люди
- д) Беременные женщины

2.46. ПРИ КАКОЙ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНА БАКТЕРИЕМИЯ:

- а) Иерсиниоз
- б) Дизентерия
- в) Брюшной тиф
- г) Эшерихиоз
- д) Сальмонеллез

2.47. СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ АКТИВНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В

ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) HBs-Ag
- б) HBc-Ag
- в) Анти HBc-Ag
- г) HBe-Ag
- д) Анти HBs-Ag

2.48. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОКРАСКИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- а) Граму
- б) Циля-Нильсена
- в) Романовского-Гимза
- г) Нейссера
- д) Эозином

2.49. СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НАПРАВЛЕНО НА:

- а) Выявление вируса
- б) Выявление антигенов
- в) Выявление антител
- г) Исследование иммунного статуса
- д) Выявление нуклеотидной последовательности

2.50. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ДНК-СОДЕРЖАЩИМ:

- а) А
- б) В
- в) С
- г) Д
- д) Е

<b>№</b>	<b>Вопросы для промежуточной аттестации</b>
1	Микробиология как наука. Цель и задачи медицинской микробиологии. Понятие об общей и частной, клинической и санитарной медицинской микробиологии.
2	Понятие о доменах. Общая характеристика и отличия прокариот (бактерий, архей) и эукариот. Принципы классификации микроорганизмов.
3	Основные этапы развития микробиологии и иммунологии. Вклад отечественных и зарубежных ученых (А. Ван Левенгук, Д.С. Самойлович, Л. Пастер, Р. Кох, Д. И. Ивановский, И.И. Мечников, П. Эрлих и др.).
4	Понятие о систематике и таксономии, таксоне, таксономических категориях, бинарной номенклатуре. Определение вида. Понятие о смешанной и чистой культуре, штамме, клоне.
5	Внутривидовые отличия микроорганизмов. Понятие о биоварах (серовар, генотип, хемовар и др.). Методы изучения внутривидовой изменчивости.
6	Характеристика основных морфологических форм бактерий. Строение бактериальной клетки.
7	Тинкториальные свойства бактерий. Техника приготовления и методы окраски микропрепаратов.
8	Строение и функции бактериальной клеточной стенки. Особенности строения Гр(+) и Гр(-) бактерий.
9	Цитоплазма бактерий, состав, функции, методы изучения включений.
10	Капсула бактерий, условия образования, химическая природа, значение, методы выявления.
11	Жгутики бактерий, типы расположения, ультраструктура, значение, способы выявления.
12	Сферопласты, протопласты, Л-формы бактерий. Условия формирования и их медицинское значение.
13	Ворсинки (фимбрии, пили) бактерий, классификация, строение и функции.
14	Споры бактерий, строение, условия образования, значение и методы выявления.
15	Цитоплазматическая мембрана бактерий, химический состав, строение, роль в жизнедеятельности бактерий. Мезосомы и их значение.
16	Морфология микроскопических грибов и принципы их классификации.
17	Химический состав бактерий. Понятие об органогенах.
18	Ферменты бактерий, классификация по механизму действия, характеру субстратов и условиям синтеза. Методы выявления ферментативной активности бактерий.
19	Рост и размножение микроорганизмов. Фазы роста бактерий.
20	Типы и механизм дыхания у микроорганизмов (бескислородное и кислородное окисление).
21	Типы и механизм питания микроорганизмов. Способы проникновения питательных веществ в клетку.
22	Питательные среды, классификация по происхождению, плотности и целевому назначению. Требования к питательным средам.
23	Физиология микроскопических грибов. Тип питания, дыхания особенности размножения. Условия культивирования.
24	Температурные условия размножения микроорганизмов (психрофилы, мезофилы, термофилы). Оптимальные условия культивирования патогенных бактерий.
25	Влияние физических и химических факторов на микроорганизмы. Понятие о дезинфекции, стерилизации, асептике и антисептике.

26	Общая характеристика вирусов. Определение, биологическое значение, отличия от других микроорганизмов.
27	Формы существования и классификация вирусов. Строение простых и сложных вирусов.
28	Типы взаимодействия вируса с эукариотической клеткой. Этапы репродукции вируса. Понятие об интерференции.
29	Методы культивирования вирусов и их идентификация и индикация.
30	Бактериофаги. Определение, типы взаимодействия с бактериальной клеткой. Понятие о лизогении.
31	Использование бактериофагов в медицине, микробиологии, биотехнологии.
32	Генетика как наука. Строение нуклеиновых кислот и их значение в хранении и реализации наследственной информации.
33	Организация генома бактерий. Строение хромосомы. Внехромосомные элементы наследственности. Мобильные генетические элементы.
34	Плазмиды бактерий, их функции и свойства. Использование в биотехнологии.
35	Понятие о наследственности и изменчивости. Фенотип и генотип. Виды изменчивости. Классификация мутаций по происхождению, протяженности и фенотипическому проявлению.
36	Понятие о рекомбинации. Механизмы передачи генетического материала у бактерий и их значение в инфекционной патологии.
37	Понятие об экосистеме и ее составляющих (биоценоз, биотоп, обмен энергией). Формы биотических взаимоотношений (симбиоза).
38	Понятие об эпидемическом процессе, как условии существования возбудителей инфекционных заболеваний. Звенья эпидемического процесса.
39	Клиническая и санитарная микробиология. Роль и задачи в борьбе с инфекционной патологией, объекты исследования.
40	Понятие об инфекции, инфекционном процессе, инфекционном заболевании. Участники инфекционного процесса.
41	Механизмы и пути передачи инфекции.
42	Общая характеристика патогенных микроорганизмов. Понятие о нозологических формах инфекционных заболеваний.
43	Понятие о патогенности и вирулентности. Факторы патогенности микроорганизмов.
44	Токсины бактерий, их природа и свойства. Эндотоксический шок.
45	Формы и стадии развития инфекционного процесса.
46	Общая характеристика условно-патогенных микроорганизмов. Причины развития инфекционного процесса.
47	Понятие о госпитальных и внутрибольничных инфекциях. Роль условно-патогенных микроорганизмов в этиологии и патогенезе ВБИ.
48	Учение о санитарно-показательных микроорганизмах.
49	Микрофлора человека, особенности ее колонизации. Понятие о микробиоценозе и характеристика биотопов в организме человека.
50	Нормальная микрофлора и ее роль для организма человека. Понятие о резидентной и транзитной микрофлоре.
51	Микробиоценоз пищеварительного тракта. Состав, характеристика, функциональное значение.
52	Понятие о эубиозе, дисбиозе, дисбактериозе. Причины возникновения дисбиотических нарушений, последствия и методы коррекции (пробиотики, пребиотики, синбиотики).

53	Понятие о химиотерапии. История открытия пенициллина.
54	Классификация антибиотиков по происхождению, химической структуре, механизму, типу и спектру действия.
55	Принципы рациональной антибиотикотерапии. Осложнения антибиотикотерапии и их предупреждение.
56	Механизмы формирования лекарственной устойчивости возбудителей инфекционных болезней и пути ее преодоления.
57	Инфекционная иммунология как наука. Определение, цели и задачи, история развития. Вклад отечественных и зарубежных ученых (Э. Дженнер Л. Пастер, И.И. Мечников, П. Эрлих, Ф. Бернет и др.).
58	Иммунитет. Определение и задачи иммунитета, понятие о врожденном и приобретенном иммунитете. Типы приобретенного иммунитета.
59	Врожденный иммунитет. Уровень реакции на чужеродность. Тканевые, гуморальные и функциональные факторы неспецифической защиты. Фагоцитоз.
60	Приобретенный иммунитет. Уровень реакции на чужеродность. Антигены, определение и свойства. Понятие об антигенных детерминантах, их строение и функция. Гаптены.
61	Антигены бактерий и вирусов. Классификация по локализации и специфичности. Понятие о протективности и протективных антигенах.
62	Антитела. Определение, строение и свойства. Классификация по происхождению и локализации.
63	Иммунная система. Определение, главные задачи, особенности функционирования, строение.
64	Механизм антителообразования. Клональная теория Ф. Бернета. Понятие о антигеннезависимой дифференцировке, селекции и антигензависимой дифференцировке лимфоцитов.
65	Центральные и периферические органы иммунной системы. Понятие о механизме лимфопоэза.
66	Клетки иммунной системы. Характеристика иммунокомпетентных и антигенпрезентирующих клеток.
67	Цитокины. Строение, функции и значение для развития иммунной системы, лимфопоэза и регуляции иммунного ответа.
68	Диагностикумы, диагностические сыворотки. Классификации, способы получения и область применения.
69	Вакцины. Определение. Современная классификация вакцин. Требования, предъявляемые к современным вакцинным препаратам.
70	Иммунные сыворотки, препараты иммуноглобулинов. Классификация, получение, области применения.
71	Интерфероны. Природа, способы получения и область применения.
72	Понятие о серопротекции и серотерапии инфекционных заболеваний.
73	Методы микроскопии.
74	Методы получения чистой бактериальной культуры – бактериологический метод исследования.
75	Полимеразная цепная реакция. Определение, теоретические и практические основы.
76	Методы определения чувствительности бактерий к антибиотикам.
78	Аллергологический метод исследования. Клинико-диагностическое значение гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ). Постановка и оценка аллергической пробы на примере реакции Манту.
79	Понятие о серодиагностике и сероидентификации.

80	Реакция агглютинации. Компоненты, цель и методы постановки, учет.
81	Реакция торможения гемагглютинации (РТГА). Механизм, компоненты, область применения.
82	Реакция преципитации. Механизм, компоненты, способы постановки, области применения.
83	Микрофлора воды и методы ее исследования.
84	Микрофлора воздуха и методы ее исследования.
85	Микрофлора почвы и методы ее исследования.
86	Реакция нейтрализации токсина. Механизм. Способы постановки, область применения.
87	Реакция нейтрализации вирусов. Механизм. Способы постановки, область применения.
88	Реакция иммунофлюоресценции (МФА). Механизм, компоненты, применение.
89	Иммуноферментный анализ (ИФА). Механизм, компоненты, применение.
90	Иммунный блотт (ИБ). Механизм, компоненты, применение.
91	Биологический метод исследования.
92	Методы культивирования облигатных анаэробов.
93	Методы выделения чистой культуры облигатных анаэробов и аэробов.
94	Техника окраски по Граму.
95	Техника окраски по Романовскому-Гимзе.
96	Техника окраски по Циль-Нильсену.
97	Техника окраски по Бурри-Гинсу.
98	Техника окраски по Нейссеру.
99	Методы микробиологической диагностики инфекционных болезней.
100	Микроэкология ротовой полости. Микрофлора полости рта норме и патологии.
101	Неспецифическая резистентность полости рта.
102	Механизмы специфического иммунитета в полости рта.
103	Аллергические реакции в полости рта. Механизмы. Иммуноглобулины.
104	Стрептококки полости рта в развитии кариеса и его осложнений.
105	Актиномикоз в полости рта. Лабораторная диагностика. Этиотропное лечение.
106	Роль неспорообразующих анаэробов в осложнениях в челюстно-лицевой хирургии.
107	Кандидоз полости рта. Этиотропное лечение. Лабораторная диагностика.
108	Герпетическая инфекция в полости рта. Персистенция вирусов. Лабораторная диагностика. Этиотропное лечение.
109	Возбудители брюшного тифа и паратифов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
110	Возбудители эшерихиозов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль кишечной палочки в норме и патологии. Микробиологическая диагностика эшерихиозов. Лечение.
111	Возбудители кишечного иерсиниоза. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение.
112	Возбудители шигеллеза (дизентерии). Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
113	Возбудители сальмонеллезов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологический диагноз



	сальмонеллез. Лечение.
<b>114</b>	Возбудители холеры. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологический диагноз сальмонеллез. Лечение. Особенность эпиднадзора холеры в Волгоградской области.
<b>115</b>	Стафилококки. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика заболеваний, вызываемых стафилококками. Специфическая профилактика и лечение.
<b>116</b>	Стрептококки. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика стрептококковых инфекций. Лечение.
<b>117</b>	Менингококки. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика менингококковой инфекции. Лечение.
<b>118</b>	Гонококки. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика гонореи. Лечение.
<b>119</b>	Возбудитель туляремии. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность эпиднадзора туляремии в Волгоградской области.
<b>120</b>	Возбудитель сибирской язвы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность эпиднадзора сибирской язвы в Волгоградской области.
<b>121</b>	Возбудитель бруцеллеза. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность эпиднадзора бруцеллеза в Волгоградской области.
<b>122</b>	Возбудитель чумы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность эпиднадзора чумы в Волгоградской области.
<b>123</b>	Особенности микробиологического диагноза при карантинных инфекциях. Экспресс-диагностика. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
<b>124</b>	Возбудители анаэробной газовой инфекции. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
<b>125</b>	Возбудитель ботулизма. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
<b>126</b>	Возбудитель столбняка. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение.
<b>127</b>	Возбудитель дифтерии. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Условно патогенные коринебактерии. Микробиологическая диагностика. Выявление антитоксического иммунитета. Специфическая профилактика и лечение.
<b>128</b>	Возбудитель коклюша и паракоклюша. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.

129	Возбудитель туберкулеза. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Условно патогенные микобактерии. Микробиологическая диагностика. Методы профилактики и лечения.
130	Возбудитель проказы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение.
131	Актиномицеты. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика. Лечение.
132	Возбудитель сыпного тифа. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Болезнь Брилла-Цинссера. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
133	Возбудитель лихорадки Ку. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
134	Возбудитель хламидиозов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение.
135	Возбудитель легионеллезов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение.
136	Возбудитель сифилиса. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Микробиологическая диагностика. Лечение.
137	Возбудитель лептоспирозов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Лечение. Специфическая профилактика.
138	Возбудитель боррелиозов (возвратный тиф). Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
139	Микоплазмы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика. Лечение.
140	Роль условно-патогенных микроорганизмов в возникновении инфекций. Принципы микробиологической диагностики оппортунистических инфекций.
141	Синегнойная палочка. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика. Лечение.
142	Неспорообразующие анаэробы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Микробиологическая диагностика. Лечение.
143	Классификация грибов. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Роль в патологии человека. Лабораторная диагностика. Лечение.
144	Пищевые токсикоинфекции. Этиология, эпидемиологическая и клиническая характеристики, патогенез, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.
145	Возбудители ОРВИ. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение.
146	Возбудитель гриппа. Таксономия и биологическая характеристика.

	Эпидемиология и патогенез заболевания. Микробиологическая диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе.
<b>147</b>	Возбудитель полиомиелита. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе.
<b>148</b>	Возбудители гепатитов А и Е. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика на современном этапе. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
<b>149</b>	Арбовирусы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний. Лабораторная диагностика заболеваний, вызываемых арбовирусами. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе. Особенность циркуляции в Волгоградской области.
<b>150</b>	Возбудитель клещевого энцефалита. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе. Особенность циркуляции вируса в Волгоградской области.
<b>151</b>	Возбудитель бешенства. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика.
<b>152</b>	Возбудитель натуральной оспы. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика оспы на современном этапе.
<b>153</b>	Возбудитель краснухи. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика на современном этапе.
<b>154</b>	Вирус кори. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе.
<b>155</b>	Герпес-инфекция. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе.
<b>156</b>	Возбудители гепатитов В, С, D. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе. Особенность циркуляции вирусных гепатитов в Волгоградской области.
<b>157</b>	ВИЧ-инфекция. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Лабораторная диагностика. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе. Особенность циркуляции ВИЧ - инфекции в Волгоградской области.
<b>158</b>	Классификация и характеристика онкогенных вирусов. Методы выявления и профилактики онковирусных процессов. Специфическая профилактика и лечение на современном этапе.
<b>159</b>	Характеристика госпитальных инфекций, принципы лабораторной диагностики.
<b>160</b>	Госпитальные инфекции. Роль представителей резидентной микрофлоры в возникновении госпитальных инфекций. Внутрибольничные инфекции: характеристика возбудителей, принципы лабораторной диагностики.
<b>161</b>	Роль условно-патогенных микроорганизмов в возникновении внутрибольничных инфекций. Особенности лабораторной диагностики. Особенности инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами.
<b>162</b>	Общие правила забора, хранения и пересылки материала для

	микробиологических исследований.
<b>163</b>	Этиология гнойного перитонита. Этиология и микробиологическая диагностика сепсиса. Гнойные инфекции операционных ран: характеристика возбудителей, принципы лабораторной диагностики.
<b>164</b>	Этиология гнойных операционных ран. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Принципы микробиологической диагностики.
<b>165</b>	Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, вызванные условно-патогенными микроорганизмами. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Принципы лабораторной диагностики.
<b>166</b>	Возбудители бронхо-легочных заболеваний. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Микробиологическая диагностика.
<b>167</b>	Правила взятия крови больного для микробиологического исследования. Выбор питательных сред и условий культивирования при бактериологическом исследовании крови.
<b>168</b>	Этиология уроинфекций. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболевания. Микробиологическая диагностика.
<b>169</b>	Этиологическая структура оппортунистических инфекций. Характеристика оппортунистических инфекций, особенности лабораторной диагностики.
<b>170</b>	Этиология и методы диагностики септических инфекций. Таксономия и биологическая характеристика. Эпидемиология и патогенез заболеваний.
<b>171</b>	Роль представителей резидентной микрофлоры в возникновении госпитальных инфекций.

### **Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

#### **8. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### **9. Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### **10. Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-<b>пяти</b> или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткость</li> <li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</li> <li>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</li> <li>4. Полнота раскрытия вопроса</li> <li>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</li> <li>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</li> </ol>

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ  
АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 <b>«Карисология и заболевания твердых тканей»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Оборудование терапевтического кабинета врача-стоматолога.</li><li>2. Гигиенические требования, предъявляемые к стоматологическому кабинету.</li><li>3. Рабочее место врача-стоматолога.</li><li>4. Основные принципы асептики, инфекционный контроль в терапевтической стоматологии.</li><li>5. Эргономика и деонтологические принципы при лечении кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов.</li><li>6. Учетно-отчетная документация.</li><li>7. Количественные показатели работы врача.</li><li>8. Качественные показатели работы врача. Сущность и значение основных методов обследования.</li><li>9. Методика проведения основных методов обследования.</li><li>10. Схема истории болезни стоматологического больного.</li><li>11. Методика проведения дополнительных методов обследования.</li><li>12. Методы оценки гигиенического состояния полости рта.</li><li>13. Оценка функционального состояния эмали.</li><li>14. Показатели интенсивности и распространённости кариеса.</li><li>15. Методы термометрии и электроодонтодиагностики. Сущность, методика проведения.</li><li>16. Рентгендиагностика в стоматологии. Сущность, виды и значение в диагностике кариеса.</li><li>17. Определение кариеса</li><li>18. Понятия: интенсивность кариеса, прирост интенсивности кариеса, распространенность</li><li>19. Современные представления возникновения кариеса.</li><li>20. Классификации кариеса.</li><li>21. Основные патологоанатомические изменения при кариесе.</li><li>22. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение кариеса зубов.</li><li>23. Дополнительные методы обследования для диагностики кариеса.</li><li>24. Дифференциальная диагностика кариеса.</li><li>25. Сущность реминерализующей терапии, методика ее проведения.</li><li>26. Этапы препарирования кариозной полости при кариесе.</li><li>27. Требования к формированной полости.</li><li>28. Постоянные пломбировочные материалы, применяемые при лечении кариеса.</li><li>29. Ошибки при препарировании кариозной полости.</li><li>30. Выбор тактики лечения в зависимости от глубины кариозной полости.</li><li>31. Зубные отложения. Образование, способы выявления зубных отложений. Индексы гигиены Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллиона.</li><li>32. Этапы профессиональной гигиены полости рта.</li><li>33. Значение общей терапии кариеса зубов в комплексе лечебных мероприятий и показания к применению.</li><li>34. Пути повышения минерализующей функции ротовой жидкости.</li><li>35. Классификация некариозных поражений зубов.</li><li>36. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов-аномалии размера и формы зубов, симптомы позднего врожденного сифилиса. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</li><li>37. Гипоплазия, гиперплазия. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</li><li>38. Эндемический флюороз. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</li><li>39. Изменение цвета зубов в процессе их формирования.</li></ol>
---	--

	<p>Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>40. Пигментация зубов и налёты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>41. Клиновидный дефект. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>42. Эрозия зубов. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>43. Патологическая стираемость твердых тканей зубов. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика</p> <p>44. Некроз твердых тканей зуба. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>45. Гиперестезией тканей зуба?</p> <p>46. Классификация травматических поражений зубов.</p> <p>47. Тактика врача при травме зуба.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>48. Анатомия полости зуба и корневых каналов резцов верхней и нижней челюсти.</p> <p>49. Анатомия полости зуба и корневых каналов клыков верхней и нижней челюсти.</p> <p>50. Особенности формирования полости доступа во фронтальных зубах верхней и нижней челюсти.</p> <p>51. Анатомия полости зуба и корневых каналов премоляров верхней и нижней челюсти.</p> <p>52. Особенности формирования полости доступа в премолярах верхней челюсти.</p> <p>53. Анатомия полости зуба и корневых каналов моляров верхней и нижней челюсти челюсти.</p> <p>54. Особенности формирования полости доступа в молярах верхней челюсти.</p> <p>55. Строение пульпы. Основные функции пульпы зуба. Возрастные изменения в пульпе.</p> <p>56. Классификации пульпита МГМСУ, МКБ-10.</p> <p>57. Этиологические факторы и патогенез пульпита. Изменения в пульпе при острых формах пульпита.</p> <p>58. Клинические симптомы при острых пульпитах.</p> <p>59. Дифференциальная диагностика острых пульпитов.</p> <p>60. Этиологические факторы и патогенез пульпита. Изменения в пульпе при хронических формах пульпита.</p> <p>61. Клинические симптомы хронического гангренозного пульпита.</p> <p>62. Клинические симптомы хронического гипертрофического пульпита.</p> <p>63. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпита. Основные и дополнительные методы исследования при диагностике острых и хронических форм пульпита.</p> <p>64. Показания к биологическому методу лечения пульпита. Методика проведения. Лекарственные препараты, применяемые для обработки кариозной полости при биологическом методе лечения пульпита и их механизм действия.</p> <p>65. Лечебные прокладки при биологическом методе лечения пульпита и механизм их действия.</p> <p>66. Критерии эффективности лечения пульпита биологическим методом. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита биологическим методом</p> <p>67. Показания и противопоказания к ампутиационному методу лечения. Методика проведения и критерии оценки эффективности витально-ампутиационного метода лечения пульпита.</p> <p>68. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита витально-ампутиационным методом.</p> <p>69. Показания и противопоказания к витально-экстирпационному методу лечения.</p> <p>70. Средства, применяемые для обезболивания пульпы.</p> <p>71. Методика проведения диатермокоагуляции пульпы. На каком этапе лечения проводится ДТК.</p> <p>72. Показания к девитальной экстирпации.</p>

	<p>73. Препараты, применяемые для некротизации пульпы, механизм их действия.</p> <p>74. Методика девитальной экстирпации пульпы.</p> <p>75. Лечение труднопроходимых корневых каналов. Средства для химического расширения и ирригации корневого канала</p> <p>76. Современные пломбировочные материалы для заполнения каналов различных групп зубов.</p> <p>77. Оценка эффективности экстирпационных методов лечения пульпита. Отдаленные результаты и прогноз лечения пульпита экстирпационными методами.</p> <p>78. Классификация верхушечного периодонтита.</p> <p>79. Симптоматика острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации. Основные патоморфологические процессы характерные для острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации.</p> <p>80. Клинические проявления характерные для острого верхушечного периодонтита в стадии экссудации. Основные патоморфологические процессы характерные для острого периодонтита в стадии экссудации.</p> <p>81. Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита.</p> <p>82. Возможные пути оттока экссудата из верхушечного периодонта.</p> <p>83. Патогенез хронического верхушечного периодонтита. Иммунологические механизмы в патогенезе хронического периодонтита.</p> <p>84. Хронический периодонтит как очаг хронической инфекции организма.</p> <p>85. Патологическая анатомия, клиника хронического фиброзного периодонтита.</p> <p>86. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулирующего периодонтита.</p> <p>87. Патологическая анатомия, клиника хронического гранулематозного периодонтита.</p> <p>88. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита.</p> <p>89. Цель, задачи и методы лечения острого и хронического верхушечного периодонтита.</p> <p>90. Показания и противопоказания для медикаментозного лечения периодонтита.</p> <p>91. Антисептическая обработка корневых каналов, механизм действия лекарственных препаратов.</p> <p>92. Односеансный метод лечения хронических форм периодонтита. Показания. Этапы лечения. Возможные исходы хронического периодонтита. Отдаленные результаты и прогноз лечения.</p> <p>93. Основные этапы эндодонтического лечения. Методы измерения рабочей длины корневого канала. Методика инструментальной обработки корневого канала (препарирование полости зуба и корневых каналов).</p> <p>94. Медикаментозные препараты, применяемые в эндодонтии (ирригация и дезинфекция корневых каналов). Временная obturation корневого канала.</p> <p>95. Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов. Выбор пломбировочного материала.</p> <p>96. Методы пломбирования корневых каналов.</p> <p>97. Ошибки и осложнения, возникающие при эндодонтическом лечении. Способы профилактики и устранения ошибок и осложнений. Диспансеризация. Оценка эффективности проводимой терапии</p>
--	---



**Б 1.Б.6.3** Раздел 3  
«Пародонтология»

98. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта.
99. Методы обследования при заболеваниях пародонта. Основные методы диагностики.
100. Основные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: внешний осмотр, осмотр полости рта (преддверия полости рта, десны - папиллярной, маргинальной, альвелярной; зубов, формы зубных рядов, прикуса, дна полости рта, языка).
101. Основные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: зондирование клинических карманов и определение их глубины.
102. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями пародонта: специальные методы обследования в клинической пародонтологии. Пародонтальные индексы.
103. Рентгенологическое обследование тканей пародонта. Функциональные и лабораторные методы обследования.
104. Классификация заболеваний пародонта.
105. Роль экзогенных и эндогенных факторов в развитии заболеваний пародонта.
106. Пародонтопатогенные микроорганизмы и значимость зубной бляшки, налета и зубного камня в развитии болезней пародонта.
107. Значение общего состояния организма и роль сопутствующих заболеваний в развитии заболеваний пародонта.
108. Определение гингивита. Распространенность гингивита.
109. Роль местных и общих факторов в этиопатогенезе гингивита.
110. Острый гингивит (K05.0): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
111. Хронический гингивит (K05.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
112. Гингивит язвенный ( A69.10): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
113. Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка, гипертрофия десны (K 06.1): патологическая анатомия, клиника, диагностика.
114. Дифференциальная диагностика различных видов гингивита.
115. Определение пародонта.
116. Патологическая анатомия пародонтита.
117. Клиника пародонтита (K05.2, K05.3).
118. Методы определения десневого, пародонтального кармана, подвижности зубов.
119. Клинико-рентгенологическая характеристика пародонтита легкой, средней и тяжелой степени, абсцедирования, стадии ремиссии.
120. Дифференциальная диагностика пародонтита.
121. Определение пародонтоза (K05.4).
122. Этиологические факторы пародонтоза. Патологическая анатомия пародонтоза.
123. Клиническая картина пародонтоза (K05.4).
124. Диагностика и дифференциальная диагностика пародонтоза.
125. Рецессия десны. (K06.0). Типы. Патогенез рецессии десны.
126. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны (K06.0).
127. Клинические проявления идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5). Гистологические и рентгенологические изменения, происходящие при данных заболеваниях (K05.5).
128. Дифференциальная диагностика идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).
129. Принципы лечения заболеваний пародонта.
130. Этапы комплексного лечения заболеваний пародонта. Составление плана лечения.
131. Терапевтические методы лечения заболеваний пародонта.
132. Ортопедические и ортодонтические методы лечения заболеваний пародонта.
133. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта.
134. Местное и общее лечение гингивита: острый гингивит (K05.0),

	<p>хронический гингивит (K05.1).</p> <p>135. Методы комплексного лечения больных пародонтитом.</p> <p>136. Основные требования к лечению воспалительных заболеваний пародонта. Методы этиотропной и патогенетической терапии пародонтита.</p> <p>137. Цель и задачи общего лечения пародонтита. Основные принципы выбора средств общего воздействия на организм при различных видах поражения пародонта.</p> <p>138. Лечение пародонтоза. Показания и противопоказания к применению физиотерапевтических процедур.</p> <p>139. Методы лечения рецессии десны.</p> <p>140. Профилактика заболеваний пародонта. Роль гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта.</p> <p>141. Выбор индивидуальной гигиены полости рта при заболеваниях пародонта.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>142. Анатомо-морфологическое строение слизистой оболочки полости рта.</p> <p>143. Основные и дополнительные методы обследования при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.</p> <p>144. Первичные морфологические элементы поражения: инфильтративные и экссудативные.</p> <p>145. Вторичные элементы поражения.</p> <p>146. Акантоз, акантолиз. Патоморфологические элементы, которыми они проявляется на слизистой.</p> <p>147. Гиперкератоз и паракератоз. Проявления на слизистой при этих процессах.</p> <p>148. Спонгиоз, вакуольная дистрофия, баллонизирующая дегенерация. Каким патоморфологическим элементам сопутствуют эти процессы.</p> <p>149. Схема оформления документации на больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта</p> <p>150. Классификация заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (ММСИ), МКБ-10.</p> <p>151. Механическая травма слизистой. Этиология. Клинические проявления механической травмы.</p> <p>152. Дифференциальная диагностика механической травмы со сходными заболеваниями.</p> <p>153. Принципы лечения механических повреждений слизистой.</p> <p>154. Клинические проявления химической травмы слизистой. Дифференциальная диагностика химической травмы со сходными заболеваниями.</p> <p>155. Принципы лечения химических повреждений слизистой.</p> <p>156. Гальванические стоматиты. Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>157. Лучевая болезнь, проявления в полости рта, лечение.</p> <p>158. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диф. диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.</p> <p>159. Ранние клинические признаки озлокачествления различных форм лейкоплакии. Гистологические изменения при различных формах лейкоплакии.</p> <p>160. Герпетическая инфекция (острый и хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>161. Лечение герпетической инфекции (местное и общее).</p> <p>162. Профилактика герпетической инфекции.</p> <p>163. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез, клинические проявления в полости рта. Пути заражения.</p> <p>164. Дифференциальная диагностика ВИЧ - инфекции с другими заболеваниями СОПР. Лечение и профилактика ВИЧ - инфекции. Меры защиты врача - стоматолога.</p> <p>165. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p>

	<p>166. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта (кандидоз). Элементы поражения. Клиника и дифференциальная диагностика. Меры защиты врача - стоматолога.</p> <p>167. Лечение и профилактика грибковых поражений слизистой оболочки полости рта.</p> <p>168. Проявление специфических инфекций (сифилис) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p> <p>169. Возбудители сифилиса. Особенности клинического течения. Особенности проявления в полости рта. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.</p> <p>170. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>171. Проявление специфических инфекций (туберкулёз) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>172. Возбудители туберкулеза. Особенности клинического течения. Особенности проявления в полости рта. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.</p> <p>173. Роль эндогенных факторов в этиологии аллергии. Наиболее часто встречающиеся проявления аллергии в полости рта.</p> <p>174. Ангионевротический отёк Квинке, крапивница. Этиопатогенез, клиника, лечение.</p> <p>175. Лекарственная аллергия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности лечения аллергических состояний в современных условиях, профилактика.</p> <p>176. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Синдром Стивенса-Джонсона</p> <p>177. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>178. Роль эндогенных факторов в этиологии ХРАС. Роль пищевого фактора в этиологии ХРАС. Наиболее частая локализация очагов поражения. Особенности профилактики и диспансеризации больных с ХРАС.</p> <p>179. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови и кроветворной системы. Лейкозы - определение заболевания, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>180. Агранулоцитоз - определение, этиология, клинические формы, дифференциальная диагностика, картина крови, лечение.</p> <p>181. Болезнь Аддисона - Бирмера определение заболевания, клиника, изменения в крови, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>182. Гипохромная железодефицитная анемия - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>183. Идиопатическая тромбоцитопения /болезнь Верльгофа/ - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>184. Эритремия (болезнь Вакеза) - определение заболевания, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>185. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение, профилактика.</p> <p>186. Изменение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях эндокринной системы (сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга, Аддисона). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение, профилактика.</p> <p>187. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>188. Красный плоский лишай. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>189. Принципы общего лечения КПЛ. Местное лечение больных КПЛ</p>
--	---

	<p>(медикаментозное и физиотерапевтическое).</p> <p>190. Красная волчанка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>191. Аномалии и заболевания языка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>192. Стомалгия, глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Физиотерапевтическое лечение.</p> <p>193. Самостоятельные заболевания губ. Эксфолиативный, glandулярный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>194. Актинический, метеорологический хейлит. Контактный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>195. Симптоматические хейлиты. Атопический, экзематозный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>196. Контактный аллергический хейлит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>197. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Этиологические факторы, предрасполагающие к развитию предраковых заболеваний. Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна.</p> <p>198. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Бородавчатый предрак красной каймы губ.</p> <p>199. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы. Хронические рецидивирующие трещины губ, пат.анатомия, клиника, диагностика. диф. диагностика, лечение.</p> <p>200. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, Пат.анатомия, клиника, диагностика. диф. диагностика, лечение.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел I <b>«Карнесология и заболевания твердых тканей»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принципы организации работы терапевтического отделения стоматологической поликлиники. Учетно-отчетная и финансовая документация.</li> <li>2. Качественные показатели работы врача-стоматолога. Критерии оценки его работы.</li> <li>3. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.</li> <li>4. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.</li> <li>5. Обезболивание в терапевтической стоматологии. Показания и противопоказания к применению местного обезболивания. Сравнительная характеристика местных анестетиков.</li> <li>6. Современные реставрационные материалы. Классификация, показания к применению.</li> <li>7. Методика реставрации зубов современными пломбировочными материалами. Ошибки и осложнения при реставрации зубов фотополимеризующими материалами.</li> <li>8. Адгезивные облицовки (виниры). Классификация, показания и противопоказания. Препарирование зуба под</li> </ol>
--	--

	<p>адгезивные облицовки. Прямой и комбинированный методы изготовления виниров из светоотверждаемых композитов.</p> <p>9. Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов (гипоплазия, флюороз). Этиология, клиника, лечение, профилактика.</p> <p>10. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали, патологическая стираемость). Этиология, клиника, лечение, профилактика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Эндодонтия»</p>	<p>11. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.</p> <p>12. Острый пульпит. Классификация. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>13. Хронический пульпит. Классификация. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>14. Методы лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.</p> <p>15. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.</p> <p>16. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>17. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.</p> <p>18. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика. Медикаментозная обработка корневого канала.</p> <p>19. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.</p> <p>20. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p>21. Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Десневая жидкость, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений.</p> <p>22. Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.</p>

	<p>23.Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.</p> <p>24.Гингивит. Классификация. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>25.Пародонтит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.</p> <p>26.Пародонтоз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.</p> <p>27.Методы обследования больных с патологией пародонта.</p> <p>28.Комплексные методы лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Депульпирование зубов при заболеваниях пародонта. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Понятие о направленной регенерации тканей пародонта.</p> <p>29.Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.</p> <p>30.Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p>31.Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Функции.</p> <p>32.Слюна, ротовая жидкость: состав, свойства, физиологическое значение, связь антимикробных и других факторов слюны с этиопатогенезом развития кариеса и других заболеваний полости рта, возможности использования параметров ротовой жидкости для прогноза возникновения кариеса.</p> <p>33.Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микроорганизмов под влиянием различных факторов, участие микроорганизмов в патологических процессах полости рта. Имунные системы полости рта.</p> <p>34.Стоматиты травматического происхождения. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>35.Лейкоплакия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.</p> <p>36.Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта (простой герпес, опоясывающий лишай, ящур, герпангина). Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. ВИЧ-инфекция.</p> <p>37.Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>38.Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>39.Заболевания губ. Хейлиты. Классификация. Этиология, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p>

	40.Предраки. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика.
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Кариесология и заболевания твердых тканей зуба»</p>	<p>1. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 18</li> <li>2) 16,5</li> <li>3) 15</li> <li>4) 14</li> </ol> <p>2. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 4,5</li> <li>2) 3,3</li> <li>3) 3,0</li> <li>4) 2,8</li> <li>5) 2</li> </ol> <p>3. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 10</li> <li>2) 20</li> <li>3) 30</li> <li>4) 40</li> <li>5) 50</li> </ol> <p>4. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 125°C - 45 мин</li> <li>2) 160°C-40 мин</li> <li>3) 180°C-45 мин</li> <li>4) 180°C-60 мин</li> <li>5) 200°C-90 мин</li> </ol> <p>5.Целью использования аппарата «Ассистина» является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стерилизация наконечников</li> <li>2) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников</li> <li>3) дезинфекция боров</li> <li>4) дезинфекция эндодонтического инструментария</li> <li>5) стерилизация боров</li> </ol> <p>6. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1-2</li> <li>2) 2-4</li> <li>3) 3-6</li> <li>4) 4-10</li> </ol>
---	---

5) 10-12

7. Обследование стоматологического больного начинают с

- 1) осмотра полости рта;
- 2) внешнего осмотра больного;
- 3) пальпирования лимфатических узлов;
- 4) рентгенологического обследования.

8. Основной метод обследования стоматологического больного:

- 1) Рентгенологический;
- 2) Клинический;
- 3) Цитологический;
- 4) Лабораторный.

1. Сбор анамнеза у стоматологического больного начинают с

- 1) Осмотра полости рта;
- 2) Выяснения жалоб;
- 3) Анамнеза жизни;
- 4) Анамнеза болезни.

2. Сообщение с полостью зуба выявляют с помощью

- 1) Пальпации;
- 2) Перкуссии;
- 3) Выяснения жалоб;
- 4) Зондирования.

11. Интенсивность поражения кариесом определяется индексом

- 1) КПУ
- 2) ГИ
- 3) ПМА

12. Оценить функциональное состояние эмали позволяют индексы:

- а) КПУ
- б) ТЭР-тест
- в) КОСРЭ-тест
- г) гигиенический индекс по Грину-Вермильону

13. Метод витального окрашивания выявляет очаги деминерализации эмали

- а) при эрозии эмали
- б) при кариесе в стадии белого пятна
- в) при гипоплазии эмали

14. Электровозбудимость пульпы при воспалении

- а) возрастает
- б) снижается
- в) не изменяется



15. Экзогенный фактор возникновения кариеса:

- 1) наследственные и соматические заболевания
- 2) кислотоустойчивость эмали
- 3) легкоусваиваемые углеводы
- 4) высокая резистентность эмали
- 5) резидентная флора

16. Пелликула зуба образуется за счет:

- 1) коллагена
- 2) кератина
- 3) скопления микроорганизмов и углеводов
- 4) гликопротеидов слюны
- 5) слущенного эпителия

17. Иммунные зоны зуба:

- 1) фиссуры и углубления на зубах
- 2) пришеечная треть видимой коронки зуба
- 3) жевательные поверхности зубов
- 4) бугры, экватор и вестибулярные поверхности зубов
- 5) режущий край

18. Одним из факторов, приводящих к возникновению кариеса, являет(-ют-)ся:

- 1) резидентная флора
- 2) нерастворимые белки
- 3) кариесогенная флора
- 4) высокая резистентность эмали
- 5) растворимые белки

19. Кариес в стадии пятна характеризуется:

- 1) некрозом эмали
- 2) нарушением формирования эмали
- 3) поверхностной деминерализацией
- 4) подповерхностной деминерализацией
- 5) гиперминерализацией

20. Начальные повреждения эмали возникают при рН:

- 1) 3,5-4,5
- 2) 4,5-5,5
- 3) 5,5-6,5
- 4) 6,5-7,5
- 5) 8,5-10,5

21. Дифференциальный диагноз кариеса дентина (среднего кариеса) проводится с:

кариесом в стадии пятна  
хроническим фиброзным пульпитом  
глубоким кариесом  
острым диффузным пульпитом  
обострением хронического пульпита

22. Для пломбирования кариозной полости II класса по

Блеку применяют:

- а) микрофильные композиционные материалы;
- б) амальгамы;
- в) поликарбоксилатный цемент.

23. Для пломбирования кариозной полости III класса по Блеку применяют:

- а) микрофильные композиционные материалы;
- б) амальгамы;
- в) поликарбоксилатный цемент.

24. План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов требует включения:

- 1) осмотра полости рта
- 2) клинического анализа крови
- 3) генеалогического метода (метода родословных)
- 4) рентгенологического метода
- 5) биохимического анализа крови

**25. Наличие меловидных пятен на вестибулярной поверхности зуба отмечается при:**

- 1) местной гипоплазии эмали
- 2) системной гипоплазии эмали
- 3) кариеса в стадии пятна
- 4) флюорозе зубов
- 5) все ответы верны

**26. Окрашивание зубов при травме обусловлено действием:**

- 1) меди
- 2) железа
- 3) билирубина
- 4) биливердина
- 5) серебра

**27. Показания для отбеливания зубов**

- 1) наличие зубного налета
- 2) наличие зубного камня
- 3) девитальные зубы
- 4) эрозия эмали
- 5) клиновидные дефекты

**28. Местные абсолютные противопоказания к отбеливанию зубов:**

- 1) «тетрациклиновые зубы»
- 2) изменения цвета зубов из-за травмы
- 3) эрозия эмали
- 4) гипоплазия эмали
- 5) флюороз

**29. Для профессионального отбеливания зубов применяют:**

- 1) 3% перекись водорода

	<p>2) 6% перекись водорода  3) 10% перекись карбомида  4) 15% перекись карбомида  5) 25% перекись водорода</p> <p><b>30. Повышение чувствительности дентина связывают с:</b>  1) открытием дентинных канальцев  2) увеличением диаметра дентинных канальцев  3) раздражением нервных окончаний  4) уменьшением внеклеточной концентрации калия вокруг нервного волокна  5) все вышеперечисленное</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2  «Эндодонтия»</p>	<p>31. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:  1) по артериолам (гематогенное инфицирование)  2) по дентинным канальцам из кариозной полости  3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана  4) по лимфатическим сосудам  5) травматическое повреждение пульпы</p> <p>32. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти производят в области:  1) валика  2) фиссуры впереди валика  3) фиссуры позади валика  4) щечного бугра  5) язычного бугра</p> <p>33. Гидроокись кальция обладает в основном действием:  1) противовоспалительным  2) реминерализующим  3) антисептическим  4) повышает рН в очаге воспаления  5) одонотропным</p> <p>34. Ампутация пульпы проводится:  1) острым бором  2) гладилкой  3) экскаватором  4) кюреткой  5) скальпелем</p> <p>35. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:  1) хронического фиброзного периодонтита  2) хронического гранулематозного периодонтита  3) хронического гранулирующего периодонтита  4) кистогранулемы  5) хронического гангренозного пульпита</p>

36. Для кистогранулемы характерен признак:
- 1) четкие контуры очага деструкции на рентгенограмме до 5 мм
  - 2) отсутствие костной структуры в очаге деструкции
  - 3) расширение периодонтальной щели
  - 4) очаг деструкции с нечеткими контурами
  - 5) сужение периодонтальной щели
7. Остановить кровотечение из корневых каналов можно:
- 1) сухой тампонадой
  - 2) аминокaproновой кислотой
  - 3) ортофосфорной кислотой
  - 4) гидроокисью кальция
  - 5) гемостатической губкой
38. Механизм действия мышьяковистой пасты:
- 1) кератопластический
  - 2) мумифицирующий
  - 3) кровоостанавливающий
  - 4) девитализирующий
  - 5) антисептический
39. Лечение пульпита может проводиться в одно посещение в случае:
- 1) непроходимых корневых каналов
  - 2) частично проходимых каналов зуба
  - 3) аллергической реакции на анестетики
  - 4) хорошо проходимых корневых каналов
  - 5) плохого самочувствия больного
40. Для профилактики заапикальной гематомы применяется:
- 1) лазеротерапия
  - 2) капрофер
  - 3) аминокaproновая кислота
  - 4) каустинерв
  - 5) диатермокоагуляция
41. Зона гранулемы, характеризующаяся активностью остобластов и фибробластов:
- 1) зона некроза
  - 2) зона контаминации
  - 3) зона раздражения
  - 4) зона стимуляции
  - 5) зона распада и деминерализации
42. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:
- 1) ЭОД
  - 2) реопародонтография
  - 3) рентгенография
  - 4) реоплетизмография
  - 5) температурная проба

43. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) хронический гранулирующий периодонтит
- 3) хронический гранулиматозный периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) хронический гангренозный пульпит

44. Первым этапом эндодонтической техники «Step back» (шаг назад) является:

- а) введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
- б) определение временной рабочей длины
- в) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- г) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- д) введение в корневой канал пульпэкстрактора

45. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения корневых каналов является:

- а) 3% раствор гипохлорита натрия
- б) этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
- в) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
- г) смесь соляной и серной кислот
- д) раствор перекиси водорода

46. При проведении антисептической обработки сильнодействующие препараты (камфарафенол, крезофен и т.д.):

- а) вводят в корневой канал на ватной турунде или бумажном штифте под временную повязку
- б) оставляют на хорошо отжатом ватном тампоне в устье корневого канала под временную повязку
- в) выводят за верхушку корня на бумажном штифте
- г) оставляют на обильно смоченном ватном тампоне в устье корневого канала
- д) не используют

47. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:

- а) равна рентгенологической длине корня
- б) на 0,5 мм меньше
- в) на 1,0 мм меньше
- г) на 1,5 мм меньше
- д) на 2 мм меньше

48. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- а) канал запломбирован не полностью
- б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным

карманом  
в) канал запломбирован полностью  
г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку  
д) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

49. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:

- а) хронический пульпит
- б) удаление зуба
- в) переход в фиброзную форму
- г) переход в кистогранулему
- д) физиологическое выздоровление

50. Удаление инфицированного преддентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

- 1) корневой иглой
- 2) пульпоэкстрактором
- 3) К-файлом
- 4) каналонаполнителем
- 5) экскаватором

51. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

- 1) плагер
- 2) экскаватор
- 3) спредер
- 4) корневую иглу
- 5) файлы

52. Требования, предъявляемые к препарированию верхушки корневого канала:

- 1) верхушечная треть канала не подвергается обработке
- 2) верхушка корня не обрабатывается инструментально, только медикаментозно
- 3) верхушка расширена
- 4) формируется апикальный уступ
- 5) проводится резекция верхушки

53. Первый этап техники «Step back» («шаг назад»):

- 1) формирование апикального упора
- 2) прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины
- 3) инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала
- 4) заключительное выравнивание стенок корневого канала
- 5) инструментальная обработка средней и верхней частей корневого канала

54. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:

- 1) хлорамин Т, хлоргексидин
- 2) протеолитические ферменты

- 3) гидроокись меди-кальция
- 4) бетадин, йодиол
- 5) перекись водорода

55. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

- 1) диклофенак натрия
- 2) метронидазол
- 3) гипохлорит натрия
- 4) фурациллин
- 5) перекись водорода

56. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

- 1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
- 2) закрытие кариозной полости искусственным дентином
- 3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
- 4) адекватное обезболивание
- 5) проведение некрэктомии

**57. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:**

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) вейлонеллы
- 4) лактобактерии
- 5) простейшие

**58. Причиной острой травмы периодонта может быть:**

- 1) грубая эндодонтическая обработка канала
- 2) вредные привычки
- 3) скученность зубов
- 4) травматическая окклюзия
- 5) употребление мягкой пищи

**59. Появление боли при накусывании при остром периодонтите в стадии интоксикации связано:**

- 1) накоплением молочной кислоты в тканях
- 2) развитием ацидоза
- 3) отеком соединительной ткани
- 4) увеличением проницаемости сосудов
- 5) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта

**60. Симптом вазопареза определяется при обследовании пациентов с:**

- 1) хроническим фиброзным периодонтитом
- 2) хроническим гранулирующим периодонтитом
- 3) хроническим гранулематозным периодонтитом
- 4) острым периодонтитом в фазе интоксикации
- 5) хроническим гангренозным пульпитом

**Б 1.Б.6.3** Раздел 3  
«Пародонтология»

61.Полярография тканей пародонта позволяет определить:

- 1)содержимое пародонтальных карманов
- 2)уровень резорбции альвеолярной кости
- 3)регионарную гемодинамику в пародонте
- 4)парциальное давление кислорода в тканях
- 5)интенсивность и распространенность воспалительных изменений

62.Причиной воспаления в пародонте является:

- 1) микробная зубная бляшка и травма тканей пародонта
- 2) травма тканей пародонта и нарушение обмена веществ
- 3) уменьшение секреции слюны и эндокринная патология
- 4) чрезмерное потребление мягкой пищи и нарушение обмена веществ
- 5) нависающий край пломбы зуба и чрезмерное потребление мягкой пищи

63.Отсутствие контактного пункта между зубами может привести к пародонтиту:

- 1) локализованному
- 2) генерализованному
- 3) ювенильному
- 4) быстро прогрессирующему
- 5) верно и 2) и 4)

64.Промывание пародонтального кармана осуществляют:

- 1) при проведении ротовой ванны
- 2) для нанесения лечебной повязки
- 3) активным полосканием полости рта
- 4) антисептическим раствором при помощи шприца с затупленной иглой
- 5) при проведении орошения

65. Лечебную повязку наносят для:

- 1) изолирования просвета пародонтального кармана
- 2) продления действия лекарственного препарата
- 3) защиты раневой поверхности от действия факторов полости рта
- 4) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
- 5) прекращения оттока из пародонтального кармана

66. Аппликацию целесообразно проводить при местном лечении:

- 1) фиброматоза дёсен
- 2) пародонтальной кисты
- 3) катарального гингивита
- 4) хронического пародонтита
- 5) язвенного гингивита

67. Изолирующую повязку накладывают для:

- 1) прекращения оттока из пародонтального кармана



- 2) защиты послеоперационной раны и сохранения кровяного сгустка
- 3) при подготовке к физиотерапии
- 4) изоляции микроорганизмов кармана с целью предотвращения генерализации инфекции
- 5) при подготовке к хирургическому лечению

68. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

- 1) микробный зубной налет (микробная бляшка)
- 2) зубной налет курильщика
- 3) плотный зубной налет
- 4) наддесневой зубной камень
- 5) поддесневой зубной камень

69. Пародонтит - заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное
5. инфекционное

70. Воспаление межзубной и маргинальной десны характерно для:

- 1) пародонтита легкой степени
- 2) пародонтита средней степени
- 3) пародонтита тяжелой степени
- 4) пародонтоза средней степени
- 5) пародонтоза тяжелой степени

71. О наличии пародонтального кармана судят:

- 1) по погружению зонда на глубину менее 3 мм
- 2) по обнаружению поверхности корня зуба
- 3) по погружению зонда на глубину 3 мм и более
- 4) независимо от глубины кармана
- 5) по кровоточивости десны

72. При обнажении поверхности корня зуба на 6 мм и кармане в 5 мм следует предположить:

- 1) язвенно-некротический гингивит
- 2) пародонтит тяжелой степени
- 3) пародонтоз тяжелой степени
- 4) гипертрофический гингивит фиброзной формы
- 5) фиброматоз десны

73. Короткие уздечки губ и мелкое предверие полости рта рецессию десны:

- 1) уменьшают
- 2) увеличивают
- 3) не изменяют
- 4) исправляют
- 5) затрудняют

74. Пародонтоз следует дифференцировать с:

- 1) катаральным гингивитом
- 2) гипертрофическим гингивитом отечной формы
- 3) гипертрофическим гингивитом фиброзной формы
- 4) пародонтитом
- 5) пародонтитом в стадии ремиссии

75. Контрольное обследование послеоперационной области после кюретажа целесообразно провести через:

- 1) 1 неделю
- 2) 10 дней
- 3) 1 месяц
- 4) 6 месяцев
- 5) 1 год

76. Противопоказания к лоскутной операции:

- 1) пародонтальный карман 4 мм
- 2) фуркационный дефект альвеолярной кости III класса
- 3) «ложный» карман
- 4) герпетический гингивостоматит
- 5) все вышеперечисленное

77. Антибактериальные препараты и антибиотики применяют местно для:

- 1) усиления генерации активных форм кислорода и азота, приводящего к гибели клеточных мембран
- 2) повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови и угнетения их элиминации
- 3) бактерицидного и бактериостатического воздействия на пародонтопатогены
- 4) угнетения синтеза простагландинов и стабилизации клеточных мембран
- 5) снижения агрессивного действия микроорганизмов

78. Стероидные противовоспалительные препараты для лечения патологии пародонта применяют:

- 1) местно
- 2) системно
- 3) в виде орошений
- 4) для приготовления изолирующих повязок
- 5) для ротовых ванн

79. Кюретаж пародонтального кармана обеспечивает удаление:

- 1) наддесневого и поддесневого зубного камня
- 2) поддесневого зубного камня и грануляций
- 3) поддесневого зубного камня, грануляций и десневого эпителия
- 4) наддесневого зубного камня и десневого эпителия

80. Пародонтальную повязку применяют для:

- 1) шинирования зубов перед операцией

- 2) шинирования зубов после операции
- 3) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- 4) заполнения кармана во время гингивэктомии
- 5) верно 1) и 2)

81. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

- 1) кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»
- 2) операция «открытый кюретаж»
- 3) лоскутная операция
- 4) гингивотомия
- 5) гингивэктомия

82. Специализированная помощь больным с патологией пародонта включает этапы:

- 1) профессиональную гигиену, медикаментозное и хирургическое лечение,
- 2) базовую терапию, хирургическое лечение, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
- 3) коррекцию гигиены полости рта, удаление зубных отложений, поддерживающую терапию и динамическое наблюдение
- 4) инструментальное удаление зубных отложений, лечение кариеса и некариозных поражений, хирургическое лечение

83. Плановое хирургическое лечение начинают:

- 1) после удаления зубных отложений
- 2) после завершения базового лечения
- 3) в случае появления гнойного экссудата
- 4) при неотложных показаниях к удалению зуба

84. Лечебные мероприятия, проводимые при пародонтите:

- a. обучение гигиене полости рта
- b. обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений
- c. обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов
- d. обучение гигиене полости рта, удаление зубных отложений, кюретаж пародонтальных карманов, назначение физиотерапии

85. После операций на пародонте физиотерапию можно назначить:

- a. сразу после операции
- b. спустя 2 нед после операции
- c. спустя 1 мес после операции
- d. спустя 2 мес после операции
- e. спустя полгода после операции

86. Укажите план лечения, наиболее эффективный при хроническом генерализованном катаральном гингивите:

- a. антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям;
- b. антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда;
- c. антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая склерозирующие препараты;
- d. инъекции в десну биологически активных веществ;
- e. обработка зубов фторсодержащими препаратами.

87. Укажите план лечения острого язвенного гингивита:

- a. обезболивание, антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, аппликации препаратов, улучшающих эпителизацию;
- b. антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов;
- c. антисептическая обработка, аппликации растворов ферментов, повязки с кортикостероидами;
- d. введение антибиотиков;
- e. снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию.

88. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:

- a. нормализация прикуса;
- b. устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травматической окклюзии;
- c. восстановление анатомической формы зубов;
- d. устранение воспалительного процесса; эстетические показания.

89. Клиническим признаком пародонтального кармана является погружение измерительного инструмента между поверхностью зуба и тканями пародонта от края десны в апикальном направлении на глубину (мм):

1) 1 и более

	<p>2) 2 и более  3) 3 и более  4) 4 и более  5) 5 и более</p> <p>90. Очаги остеосклероза и остеопороза в теле челюстных костей при пародонтозе сопровождаются:</p> <p>1) резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты  2) резорбцией кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и снижением ее высоты  3) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки без снижения ее высоты у всех зубов  4) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и равномерным снижением ее высоты у всех зубов  5) сохранением целостности кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки и равномерным снижением ее высоты у отдельных зубов</p>
<p><b>Б1.Б.6.4</b>  Раздел 4  «Заболевания  слизистой оболочки  полости рта и губ»</p>	<p>91. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на:</p> <p>1) мягком небе  2) дне полости рта  3) щеках  4) губах  5) твердом небе</p> <p>92. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:</p> <p>1) бугорок  2) рубец  3) гнойничок  4) узелок  5) пятно</p> <p>93. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:</p> <p>1) паракератоз  2) гиперкератоз  3) акантоз  4) акантолиз  5) гранулез</p> <p>94. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:</p> <p>1) акантозе  2) акантолизе  3) гиперкератозе  4) паракератозе  5) папилломатозе</p> <p>95. Пузырек - первичный морфологический элемент поражения при:</p> <p>1) плоском лишае  2) простом герпесе</p>

- 3) лейкоплакии
- 4) пузырчатке
- 5) сифилисе

96. Ороговевающие элементы поражения свойственны:

- 1) пузырчатке
- 2) кандидозу
- 3) простому герпесу
- 4) ящтуру
- 5) лейкоплакии

97. Утолщение клеток шиповатого слоя:

- 1) спонгиоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантоз
- 4) баллонизирующая дегенерация
- 5) акантолиз

98. Декубитальная язва вызвана фактором:

- 1) физическим
- 2) химическим
- 3) механическим
- 4) трофическим
- 5) радиологическим

99. Признаки озлокачествления травматической язвы:

- 1) изменение размеров язвы
- 2) блюдцеобразная форма язвы
- 3) эозинофилия
- 4) уплотнение краев и дна язвы
- 5) изменение цвета окружающих тканей

100. Имеют тенденцию к озлокачествлению язвы:

- 1) трофическая
- 2) сифилитическая
- 3) туберкулезная
- 4) травматическая
- 5) афта Сеттона

101. Возможные осложнения, возникающие после наложения мышьяковистой пасты:

- 1) декубитальная язва
- 2) трофическая язва
- 3) щелочной некроз
- 4) кислотный некроз
- 5) деминерализация тканей зуба

102. Антидотом мышьяка является:

- 1) раствор бикарбоната натрия
- 2) раствор марганцево-кислого калия
- 3) 3% раствор гипохлорита натрия
- 4) унитиол
- 5) 3% раствор перекиси водорода

103. Первичный элемент поражения при остром герпетическом стоматите носит название:

- 1) афта

- 2) корка
- 3) папула
- 4) эрозия
- 5) пузырек

104. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:

- 1) атопическим хейлитом
- 2) гиперпластическим кандидозом
- 3) атрофическим кандидозом
- 4) десквамативным глосситом
- 5) аллергическим (медикаментозным) стоматитом

105. Возбудитель хронического рецидивирующего герпетического стоматита:

- 1) актиномицеты
- 2) палочка Леффлера
- 3) дрожжеподобные грибы
- 4) вирус простого герпеса
- 5) фузоспирохета Венсана

106. При герпесе патологический процесс в эпителии называется:

- 1) акантозом
- 2) гиперкератозом
- 3) паракератозом
- 4) папилломатозом
- 5) баллонизирующей дегенерацией

107. Симптомы, характерные для опоясывающего лишая:

- 1) регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемизированном фоне слизистой оболочки
- 2) невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволов на коже и слизистой оболочке
- 3) одиночный пузырь на слизистой оболочке с геморрагическим содержимым
- 4) одиночные округло-овальные эрозии с венчиком гиперемии
- 5) обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки на губах и коже

108. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) плоская лейкоплакия
- 2) волосистая лейкоплакия
- 3) веррукозная лейкоплакия
- 4) эрозивная лейкоплакия

109. Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

- 1) плоский лишай
- 2) хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- 3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- 4) многоформная экссудативная эритема
- 5) глоссалгия

110. Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с:

- 1) плоским лишаем
- 2) десквамативным глосситом
- 3) глоссалгией

- 4) невралгией тройничного нерва
- 5) верно 1) и 2)

111. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического гингивита Венсана проводят с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) ВИЧ-инфекцией
- 3) сахарным диабетом
- 4) глоссалгией
- 5) верно 1) и 2)

112. Средства местного лечения язвенно-некротического гингивита Венсана:

- 1) раствор 0,05% хлоргексидина
- 2) гель метрогил-дента
- 3) трипсин
- 4) индометациновая мазь
- 5) верно 1) , 2) и 3)

113. Налет при кандидозе состоит из:

- 1) смешанной флоры полости рта, клеток эпителия
- 2) единичных грибов Candida, клеток эпителия и фибрина
- 3) лептотрихий, вейлонелл, фибрина, клеток эпителия
- 4) почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, фибрина, клеток эпителия, лейкоцитов
- 5) фузобактерий, единичных грибов Candida, фибрина и десквамированных клеток эпителия

114. Острый псевдомембранозный кандидоз дифференцируют с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) лейкоплакией
- 3) невритом язычкового нерва
- 4) многоформной экссудативной эритемой
- 4) язвенно-некротическим стоматитом

115. К противогрибковым препаратам относят:

- 1) метронидазол
- 2) флуконазол
- 3) тиосульфат натрия
- 4) тетрациклин
- 5) гистаглобулин

116. Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы:

- 1) синдром Бехчета
- 2) афтоз Сеттона
- 3) синдром Шегрена
- 4) синдром Розенталя
- 5) синдром Стивенса-Джонсона

117. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на коже:

- 1) пятно, папула, «кокарда»
- 2) волдырь, пузырь, «кокарда»
- 3) эрозия, чешуйка, трещина
- 4) папула, волдырь, «кокарда»
- 5) пятно, пузырь, «кокарда»



	<p>118. Десквамативный глоссит - это результат нарушений:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематопоэтических</li> <li>2) нервно-трофических</li> <li>3) психогенных</li> <li>4) сердечно-сосудистых</li> <li>5) венозного оттока</li> </ol> <p>119. Синдром Мелькерссона-Розенталя включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) складчатый язык и десквамативный глоссит</li> <li>2) складчатый язык и макрохейлит</li> <li>3) складчатый язык и макроглоссит</li> <li>4) складчатый язык и ромбовидный глоссит</li> <li>5) складчатый язык и эксфолиативный хейлит</li> </ol> <p>120. Сочетание эрозивной формы плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонической болезнью - это синдром:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Гриншпана</li> <li>2) Мелькерссона-Розенталя</li> <li>3) Бехчета</li> <li>4) Стивенса-Джонсона</li> <li>5) Шегрена</li> </ol> <p>121. Патологические процессы в эпителии при красной волчанке:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперкератоз</li> <li>2) акантолиз</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) акантоз</li> <li>5) верно 1) и 3)</li> </ol>
--	--

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 <b>«Карнесология и заболевания твёрдых тканей»</b></p>	<p><b>Задача № 1.</b></p> <p>На прием к стоматологу обратился пациент 22 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оцените состояние гигиены полости рта.</li> <li>2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.</li> <li>3. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.</li> <li>4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.</li> <li>5. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.</li> </ol>
---	--

**Задача № 2.**

Пациент 28 лет, обратился в клинику с жалобами на откол пломбы и кратковременные боли от термических раздражителей в 21 зубе.

Объективно: 21 – откол пломбы, после снятия пломбы глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба (апроксимально-медиальная поверхность с нарушением целостности режущего края), зондирование дна кариозной полости болезненно.

1. Дообследуйте пациента и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите этапы лечения данного заболевания.
4. К какому классу классификации кариозных полостей по Блэку относится эта кариозная полость?
5. Каковы особенности препарирования кариозной полости в данном случае?
6. Какие материалы используются для наложения лечебной и изолирующей прокладок? Обоснуйте выбор пломбировочных материалов для наложения лечебной и изолирующей прокладок.

**Задача № 3.**

У пациентки 43 лет, в течение суток отмечается боль в области 46 зуба. Боль началась внезапно ночью, приступы боли непродолжительные (10-15 минут), боль усиливается от температурных раздражителей. Две недели назад 46 зуб был лечен, наложена пломба из композиционного материала; из анамнеза было выявлено, что пациентка жаловалась на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.

1. Назовите наиболее вероятные ошибки, которые врач мог допустить при диагностике и лечении 46 зуба ранее, приведшие к развитию осложнения.
2. Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика глубокого кариеса.
3. Назовите особенности лечения глубокого кариеса.

**Задача № 4.**

Пациент 50 лет, обратился в клинику с жалобами на кратковременные боли при приеме пищи в области жевательной группы зубов верхней челюсти справа.

Объективно: 17 – кариозная полость на контактно-медиальной поверхности, средних размеров, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование, перкуссия, термодиагностика безболезненны. В 16 зубе на контактно-дистальной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненно по дну.

1. Дообследуйте пациента.
2. Поставьте диагноз.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика в этой клинической ситуации?
4. Перечислите этапы лечения 17 и 16 зубов.

**Задача № 5.**

При рентгенологическом обследовании у больного М., 25 лет в области 4.4; 4.5; было обнаружено в периапикальных тканях, ближе к верхушке 4.5; очаг разрыхления костной ткани диаметром 3мм x 3мм округлой формы. Периодонтальная щель без изменений, непрерывность кортикальной пластинки не нарушена. 4.4; 4.5 запломбированы по поводу среднего кариеса. Жалоб со стороны этих зубов больной не предъявляет. Перкуссия безболезненная, слизистая оболочка в области 4.4; 4.5; бледно-розового цвета.

- Поставьте диагноз;
- Проведите дифференциальную диагностику;
- Уточните план обследования.

#### **Задача № 6.**

Больной Р., 21 год, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта. При обследовании выявлено большое количество мягкого зубного налета, в области нижних фронтальных зубов с язычной поверхности определяется зубной камень в межзубных промежутках. ИГ по Грину-Вермильону составляет 2,2 балла.

Дайте характеристику гигиене полости рта данного больного, дайте оценку гигиеническому индексу и общей гигиене полости рта.

#### **Задача № 7.**

К стоматологу обратился пациент В. 20 лет с жалобами на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов. Зубы чистит не регулярно.

При осмотре: имеется большое количество мягких и твердых зубных отложений, наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4. Поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта по Грину-Вермильону – 2,5.

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Укажите способы удаления зубных отложений при проведении профессиональной гигиены.
6. Подберите средства индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту.

Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий

#### **Задача № 8.**

Задача № 1. Пациенту П. (18 лет) был поставлен диагноз «кариес пазухи 4б». Кариозная полость I класса по Блэку была отпрепарирована под проводниковой анестезией. Во время препарирования врач обнаружил на дне кариозной полости сообщение с полостью зуба.

Какую ошибку допустил врач? Что следует сделать для предотвращения ситуации?

	<p><b>Задача № 9.</b>  Пациент обратился с жалобами на выпадение пломбы 36. Жалобы боли отсутствовали. Клинически: 36 глубокая кариозная полость, зондирование безболезненно. Зуб изменен в цвете. Врач поставил диагноз «кариес дентина». Какие ошибки допустил врач во время лечения и диагностики?</p> <p><b>Задача № 10.</b>  Больной В., 48 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области 26 зуба, припухлость десны около зуба. Из анамнеза: зуб лечил в другой клинике, под анестезией была поставлена пломба.  Назовите возможные ошибки при диагностике и лечении данного зуба.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2  «Эндодонтия»</p>	<p><b>Задача № 11.</b>  Пациент 48 лет жалуется на острую самопроизвольную боль, приступообразного характера, усиление боли в ночное время, боль от всех видов раздражителей, долго не проходящую после их устранения, иррадиирующую в подглазничную область справа.  Объективно: 14 – коронка зуба интактна, маргинальная часть десны цианотична, при зондировании определяется глубокий пародонтальный карман; пальпация безболезненна, слегка болезненна вертикальная перкуссия 14. При воздействии термических раздражителей возникает боль, переходящая в приступ.  1)Дообследуйте пациента.  2)Поставьте диагноз.  3)Составьте план лечения.</p> <p><b>Задача № 12.</b>  У пациента К. 25 лет, два месяца назад появилась кариозная полость в 24. При попадании в кариозную полость пищи возникала непродолжительная боль, которая исчезала в течение нескольких минут после полоскания рта. За помощью к стоматологу не обращался. Накануне ночью появились сильные болевые приступы кратковременного характера, не связанные с действием раздражителя, боль усиливается от температурных раздражителей, долго не проходит после устранения раздражителя. Объективно: при осмотре зубов верхней челюсти слева на медиальной поверхности 24 отмечается глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином светлого цвета, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке, при проведении температурной пробы холодной водой отмечается резкая болевая реакция, не проходящая после удаления раздражителя. Перкуссия 24 безболезненная.  1. Назовите причины воспаления пульпы в данной клинической ситуации.  2. Перечислите дополнительные методы диагностики для постановки диагноза.  3. Поставьте диагноз.  4. С чем проводится дифференциальная диагностика данного заболевания?</p>

**Задача № 13.**

Пациентка 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 25, на боли от температурных раздражителей, которые приобретают ноющий характер и не исчезают после устранения раздражителя. Боль также возникает в ответ на попадание в кариозную полость пищи при жевании. Приступ длится достаточно долго, боль остается еще некоторое время и после освобождения полости от пищевых остатков. За помощью к врачу не обращалась, хотя кариозный процесс появился около восьми месяцев назад. Объективно: слизистая оболочка десны в области 25 не изменена, пальпация в проекции верхушки корня 25 безболезненна. 25 в цвете не изменен, на дистальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование кариозной полости болезненно в точке сообщения с полостью зуба, пульпа кровоточит.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?

**Задача № 14.**

Пациент 40 лет, жалуется на изменение цвета 14, кроме того, иногда отмечается чувство неловкости и болезненности при приеме горячей пищи. Зуб ранее болел - около года назад возникали приступообразные боли. За помощью к стоматологу не обращался, через несколько дней острая боль уменьшилась, а затем практически исчезла.

Объективно: контуры лица не изменены, в 14 на контактной поверхности глубокая кариозная полость, при зондировании полости обнаруживается широкое сообщение с полостью зуба. В устьях корневых каналов отмечается боль при зондировании, перкуссия зуба безболезненная, пальпация слизистой оболочки десны в области проекции верхушки корня безболезненна.

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями пульпы зуба проводится дифференциальная диагностика этой формы пульпита?
4. Какой окончательный диагноз Вы поставите?
5. Какие изменения имеются патанатомически при данной форме пульпита?

**Задача № 15.**

Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 26 зубе. Объективно: кариозная полость по I классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 30 мА.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Выберите метод лечения и обоснуйте его.

- 3) Назовите последовательность этапов лечения.
- 4) Какие препараты можно применять для лечения?

**Задача № 16.**

Больной М., 24 года, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую ноющую боль от всех видов раздражителей, на наличие кариозной полости в 1.2 зубе. Объективно: кариозная полость по III классу, зондирование болезненно в одной точке. Дополнительное обследование – ЭОД 45 мА.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Выберите метод лечения и обоснуйте его.
- 3) Назовите последовательность этапов лечения.
- 4) Какие препараты для пломбирования каналов предпочтительно использовать и почему?

**Задача № 17.**

Больной Ц., 38 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли, усиливающиеся от всех видов раздражителей в зубе 3.7. Больной страдает астмой и ревматизмом. Кариозная полость на жевательной поверхности.

- 1) Какой диагноз можно предположить?
- 2) Выберите оптимальный метод лечения данного больного.
- 3) Назовите этапы лечения.

**Задача № 18.**

Пациент Н., 33 года, жалобы на постоянные боли, ноющего характера в 15 зубе, усиливающиеся при накусывании. Анамнез: 5 дней назад в 15 зуб была наложена мышьяковистая паста. В назначенный срок больной на прием не явился. Боли при накусывании появились 3 дня назад.

Объективно: слизистая оболочка десны в области 15 зуба без изменений. На жевательной поверхности 15 зуба временная пломба. Перкуссия 15 зуба болезненная. Показания ЭОД= 100 мкА. На рентгенограмме 15 зуба патологических изменений в периапикальных тканях нет.

1. Перечислите заболевания, вероятные при этой симптоматике.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите диф. диагностику.
4. Перечислите antidotes мышьяковистой пасты.

**Задача № 19.**

Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции вершины 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области

	<p>верхушки корня очаг деструкции костной ткани с не четкими контурами размером 1-2 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите диф. диагностику.</li> <li>3. План и этапы лечения.</li> </ol> <p><b>Задача № 20.</b></p> <p>Больной 37 лет. Жалобы на деформацию верхней губы. 21 зуб интактный, коронка изменена в цвете, ранее была травма. На рентгенограмме - очаг разряжения костной ткани в области проекции верхушки корня 21, 22 зубов круглой формы с четкими границами до 2,0 см. в размере. Диагноз: радикулярная киста верхней челюсти в области 21, 22 зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какова тактика врача?</li> <li>2. Обоснуйте план лечения.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Пародонтология»</p>	<p><b>Задача № 21.</b></p> <p>Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфатические узлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> </ol> <p><b>Задача № 22.</b></p> <p>Пациент Л., 19 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание десны в области передних зубов нижней челюсти, неудовлетворительный внешний вид при улыбке и разговоре. Впервые заметила кровоточивость десны 5 лет назад, последние 3 года изменилась форма десны, появилось ощущение дискомфорта. В поликлинике по месту жительства врач порекомендовал пользоваться мягкой зубной щеткой, полоскать полость рта настоями трав. Состояние ухудшилось: кровоточивость десны усилилась. В детстве перенесла ветряную оспу и другие детские инфекции, в настоящее время считает себя практически здоровой. При внешнем осмотре отделы лица симметричные, поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. Осмотр полости рта: зубные ряды интактны, скученность зубов в переднем отделе нижней челюсти. На зубах обильный мягкий налет. На язычной поверхности резцов и клыков нижней челюсти зубной камень. Цианоз десневых сосочков и края десны у передних зубов нижней челюсти. Десневые сосочки отечны, перекрывают коронки зубов на 1/3, при зондировании отмечается кровоточивость десны; клинический карман 4—5 мм; зубодесневое соединение не нарушено. В остальных отделах челюстей десна без изменений.</p>

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания.
3. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача № 23.**

Больной Н. 32 лет. Считает себя здоровым. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 10 лет, прогрессирование этих симптомов.

Объективно: слизистая десны на всем протяжении бледная, анемична десневых карманов нет, ретракция десны 43 и 33 до 1/2 длины корней. Отмечаются клиновидные дефекты на 43, 44, 33, 34 зубах.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование, дайте подробное описание его результатов.
3. С каким заболеванием тканей пародонта необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие клинические данные свидетельствуют о дистрофическом процессе?

**Задача № 24.**

Пациентка К., 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на повышенную чувствительность и оголение корней зубов. Молодая женщина была обеспокоена по поводу прогрессирующего, по ее словам, «оголения корней зубов». При клиническом осмотре было выявлено генерализованная рецессия десны глубиной 3-5 мм, мелкое преддверие полости рта от 2 до 3 мм, вестибулярное положение клыков на верхней челюсти и тонкая слизистая оболочка. Пациентка сказала, что пользуется жесткой зубной щеткой. Около 6 месяцев назад пациентка закончила лечение у врача-ортодонта, после чего «десна начала уходить».

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача - терапевта.

**Задача № 25.**

Пациентка, 44 года. Обратилась в стоматологическую клинику для лечения зубов и протезирования. При осмотре было выявлено: Генерализованная патологическая стираемость зубов; спазм жевательной мускулатуры; патологические процессы в тканях пародонта, пародонтальные карманы глубиной 5-7 мм; снижение высоты нижнего отдела лица и межжюкклюзионной высоты; мелкое преддверие полости рта 3 мм; уздечка верхней губы низко прикреплена и широкая, вплетается в межзубной сосочек; неудовлетворительная эстетика, рецессия десны; множественные клиновидные дефекты.

1. Составьте план лечения.

**Задача № 26.**

Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на



подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождается болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.

2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.

3. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.

4. Наметьте план лечебных мероприятий.

#### **Задача № 27.**

Пациент Ш., 38 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Кровоточивость десны отмечает с юношеского возраста, за стоматологической помощью обращался по поводу лечения кариеса и для протезирования, лечение по поводу патологии пародонта не проводилось. Считает себя практически здоровым. Опасные вирусные инфекции и непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

При осмотре конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны. В полости рта: тесное положение (скученность) зубов 32, 31, 41, 42; десна в этом участке отечна, гиперемирована (РМА в области резцов нижней челюсти 75 %). Определяется зубной камень и микробный налет (ОН1-S 2,45 балла). Пародонтальные карманы в области резцов нижней челюсти 5 мм. На указанных зубах нависающие края пломб по III классу. Кариозные полости в зубах 15, 16, 26 КПУ=10 (К=3, П=5, У=2). На контактной внутривисочной рентгенограмме в области зубов 32, 31, 41, 42 определяется воспалительная резорбция межальвеолярных перегородок со снижением их высоты до 1/2 длины корней (Р1 0,8 балла).

1) Определите диагноз заболевания.

2) Проведите дифференциальную диагностику.

3) Перечислите симптомы заболевания.

4) Обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5) Составьте план лечения.

#### **Задача № 28.**

Пациент Р. 27 лет, обратился с жалобами на отсутствие зубов, их подвижность, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9° С. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической

	<p>крови натошак 7,5 ммоль/л. Пародонтальные карманы 6—9 мм. Патологическая подвижность зубов I—III степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.</li> <li>2) Установите предполагаемый диагноз.</li> <li>3) Какие методы диагностики необходимо применить для уточнения диагноза?</li> <li>4) Какой план лечебных мероприятий следует определить?</li> </ol> <p><b>Задача № 29.</b></p> <p>Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов, что беспокоит больную уже в течение 3 лет. В анамнезе – хронический гастрит в течение 5 лет.</p> <p>При объективном осмотре полости рта выявлено: отёк и гиперемия с цианозом межзубных десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточащей при дотрагивании до неё зондом. Имеется мягкий зубной налёт в области шеек зубов, отложения наддесневого зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное. Гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной равен 2,5 баллам. Проба Шиллера-Писарева положительная, при этом окрасились все десневые сосочки и маргинальная десна в области большинства зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте диагноз.</li> <li>2) Определите степень тяжести заболевания.</li> <li>3) Составьте план обследования и лечения больной.</li> </ol> <p><b>Задача № 20.</b></p> <p>Больной 50 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов 2 степени, пародонтальные карманы 6-7 мм, частое появление абсцессов на деснах, плохое самочувствие с периодическим повышением температуры тела. Кровоточивость десен появилась 10 лет назад, но за последние 3 года усилилась, появилась подвижность зубов, гноетечение из карманов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Составьте план обследования больного.</li> <li>▪ Поставьте диагноз.</li> <li>▪ Наметьте план комплексного лечения.</li> </ul>
<p><b>Б1.Б.6.4</b> Раздел 4 «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ»</p>	<p><b>Задача № 31.</b></p> <p>Пациент 43 лет обратился к стоматологу с жалобами на шероховатость, чувство стянутости и неприятные ощущения от приёма горячей пищи в углах рта. Жевание затруднено из-за отсутствия некоторых жевательных зубов. Иногда во рту появляется металлический привкус.</p> <p>Жалобы пациент связывает с протезированием искусственными коронками зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22,23, 24 три года назад. К стоматологу не обращался, так как не было болевых ощущений.</p> <p>При внешнем осмотре: пациент пониженной упитанности, конфигурация лица нарушена из-за снижения высоты нижней трети лица. Слизистая оболочка губ, преддверия и полости рта нормального цвета, достаточно увлажнена. Язык покрыт сероватым налётом, на боковых поверхностях имеются отпечатки зубов. На</p>

слизистой оболочке в углах рта обнаружены очаги серо-белого цвета в виде бляшек, возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой. Очаги размером 1,5/ 2,0 см при покабливании не снимаются. При пальпации очагов болезненности и уплотнения в основании не определяется.

Прикус ортогнатический. Зубы 14, 13, 23, 24 покрыты искусственными металлическими коронками, а 11, 12, 21, 22- с пластмассовой облицовкой. Отсутствуют зубы 18,17,16,15, 26, 25, 31, 37, 38, 48, 46, 45. Имеются кариозные полости в зубах 34 и 44, дефекты пломб из амальгамы в зубах 35, 36 и 47. Коронка зуба 28 значительно разрушена, пальпация по переходной складке слегка болезненна. Индекс гигиены 2,3 балла, состояние пародонта соответствует клинической картине хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Подвижность зубов 32,41,42 – второй степени. В настоящее время страдает хроническим гиперацидным гастритом, шесть лет назад перенёс холецистэктомию, после операции отказался от острой и жирной пищи. Курит с 15 лет, алкоголь употребляет умеренно.

1. Какой диагноз можно предположить в данной ситуации.
2. Назовите признаки озлокачествления.
3. Назовите средства для общего и местного лечения данного заболевания.
4. Какой метод лечения нужно рекомендовать при неэффективном терапевтическом лечении.

#### **Задача № 32.**

Больной Э., 40 лет обратился к врачу с жалобами на жжение в полости рта и обильное слюноотделение.

Анамнез: после употребление молока у больного через 2-е суток повысилась температура до 38-39.С, общая слабость, боль в суставах и мышцах.

Объективно: СОПР гиперемирована, отечна. На СОПР афтоподобные элементы со светлым содержимым, окружённые ободком гиперемии. Подобные патологические элементы на коже лица вблизи крыльев носа.

- 1.Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте противовирусные препараты;
5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания.

#### **Задача № 33.**

Пациент 41 года обратился с жалобами на жжение, сухость в полости рта. Болен в течение нескольких недель. Отмечает постоянную слабость, ночную потливость. Сифилофобия.

При *осмотре*: тревожен, кожные покровы бледные. Лимфатические узлы всех регионарных групп увеличены более 1 см.

На слизистой оболочке мягкого неба, щек. на гиперемированном фоне - большое количество творожистого налета. В соскобе - почкующиеся бластоспоры Кандида. В анализе крови - анемия, лейкопения.

1. Поставьте диагноз.

**Задача № 4.**

Пациент М. 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела – 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах изо рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гиперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план общего лечения.
5. Составьте план местного лечения.

**Задача № 35.**

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 мес.

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 слабомкнувшие 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.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача № 36.**

Пациентка К. 23 года, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие язвы на кончике языка, чувство дискомфорта во время разговора и еды. Образование на языке появилось 1,5 месяца назад. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, плотно эластичные, малоподвижные. При осмотре полости рта: на кончике языка имеется безболезненная язва 2,5х2 см. овальной формы с плотными краями и дном.

1. Определите дополнительные методы исследования, необходимые для постановки диагноза.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите причину заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Тактика врача - стоматолога при определении лечения.

**Задача № 37.**

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 и 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, 25,31,32. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии, болезненные при пальпации.

1. Установите диагноз, назначьте лечение.

### **Задача № 38.**

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи, извращение вкуса. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились эти симптомы. В анамнезе ахилический гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8—10 ч. Бледность, сухость кожных покровов. Из анамнеза выяснено, что пациент жалуется на расслаивание ногтей, выпадение волос. Красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). На боковой поверхности языка видны отпечатки зубов. Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит слизистую оболочку, плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита. В зубах 36, 46 кариозные полости.

1. Установите диагноз. Что является причиной данного заболевания.
2. Назначьте дополнительное обследование. Какие данные лабораторных анализов необходимы для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте план лечения.

### **Задача № 39.**

Больной К., 31-го года, служащий, обратился с жалобами на слабость, недомогание, повышенную температуру тела до 38,0 °С, боль в суставах, мышцах, во рту при приеме пищи и глотании, кровоточивость десен при легком дотрагивании языком. Заболел постепенно, небольшое повышение температуры отмечал в течение двух дней, накануне почувствовал себя плохо. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные, поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны при пальпации. Красная кайма губ бледная, сухая, отмечается шелушение в зоне Клейна. Обилие мягкого зубного налета, коронки зубов закрыты на . - 1/3 рыхлым, кровоточащим, местами изъязвленным валом преимущественно с

	<p>оральной стороны. На слизистой мягкого неба определяются язвы, болезненные при пальпации. Отсутствует ободок инфильтрации и гиперемии десны по периферии язв. Легкое касание десны вызывает резкую боль и сильную кровоточивость. Петехиальная сыпь по линии смыкания зубов и на мягком небе.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику?</li> <li>2. При каком системном заболевании характерны такие изменения в полости рта?</li> <li>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Выберете тактику лечения врачом-стоматологом.</li> <li>5. Каков прогноз заболевания?</li> </ol> <p><b>Задача № 40.</b></p> <p>Мужчина, 49 лет, работает строителем, обратился в клинику с жалобами на сухость, чувство «стягивания» и шелушения нижней губы. Пациент имеет привычку ее облизывать и скусывать чешуйки.</p> <p>При осмотре нижняя губа гиперемирована, слегка инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими полупрозрачными чешуйками. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз Вы поставите?</li> <li>2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?</li> <li>3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?</li> <li>4. Определите план лечения данного пациента.</li> </ol>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100
<b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения

<b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	23.Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25.Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 13.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 14.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами  
компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология  
терапевтическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседования по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
У	1	1-201	1-40	1-40	1-200	
К	1	1-201	1-40	1-40	1-200	
	4	11,12,24	1,22,23,25-27,30,31,35,36	32-34	9,12-14,17,31,99-101,108	
	5	7-10, 20,21,25,26,35,36, 57-60,63,70-73,89-100, 103-111,114,116,117,119-121.	1-7, 9-40	9,10,12-14,16,17, 22-27,32, 33-40	9,11-16,21-24,31-35,39-46,56-63,78,79,81,88,102-104,110-114,117-125,127,128,143-148,150-154,159,160-166,170-172,174-188,190-200	
	6	-	39	1,2,20	-	
	7	19,21-23,27-34,37-40, 44-46,50-55,64,67,75-100,102,112,113.115, 118	1-5,7,8, 10-12, 15-31,34-40	5-10,12,14, 16-20, 23-28,30-40	17,25-30,32-34, 35-47,54,64-67, 69-76,80-87, 89,179-187, 189-196,199,200	



9	86,87	7,15,26-30,32,34,39,40	28,34-40	33,34,153	
10	15,17,18,40,82,84	1,7,27,28,30,32,34,40	4,9,10,14,17,22,29,37,40	32-34,40-44,97-41,158,162,167,170,171,175,178,185	
11	1-6	-	1,2	1-8,149	
12	26,48,49,63,101	3,7-10,24,39	2,17,20,22	29,66,68,97	

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОРТОДОНТИЯ»

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 "Организация ортодонтической помощи"</i></p>	<p>001. Наиболее целесообразным и точным способом определения нужды детей в ортодонтической помощи является</p> <p>а) обращаемость больных в поликлинику</p> <p><b>б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования</b></p> <p>в) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом</p> <p>г) выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом</p> <p>д) полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом</p> <p>002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено</p> <p>а) 1 ставка среднего медицинского персонала</p> <p><b>б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала</b></p> <p>в) 2 ставки среднего медицинского персонала</p> <p>г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала</p> <p>д) 3 ставки среднего медицинского персонала</p> <p>003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено</p> <p>а) 0.5 ставки зубного техника</p> <p>б) 1 ставка зубного техника</p> <p><b>в) 0.25 ставки зубного техника</b></p> <p>г) 2 ставки зубного техника</p> <p>д) 3 ставки зубного техника</p> <p>004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено</p> <p>а) 1 ставка младшего медицинского персонала</p> <p>б) 2 ставки младшего медицинского персонала</p> <p>в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала</p> <p>г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала</p> <p><b>д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала</b></p> <p>005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет</p>
--	--

	<p>а) 1 группу  б) 2 группы  в) 3 группы  <b>г) 4 группы</b>  д) 5 групп</p> <p>006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит  а) в аппаратурном ортодонтическом лечении  б) в борьбе с вредными привычками  в) в нормализации нарушений функций  г) в протезировании  <b>д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам</b></p> <p>007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей  а) с выраженными зубочелюстными аномалиями  б) с ранней потерей зубов  в) с неправильным положением отдельных зубов  г) с начальной стадией аномалии прикуса  <b>д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе</b></p> <p>008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать  а) в детских стоматологических поликлиниках  б) в детских садах  в) в школах  г) в детских соматических поликлиниках  <b>д) в специализированных ортодонтических центрах</b></p> <p>009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества  а) посещений больных  б) примененных ортодонтических аппаратов  <b>в) вылеченных детей</b>  г) трудовых единиц  д) детей, взятых на ортодонтическое лечение</p> <p>010. К III диспансерной группе следует отнести детей  а) с выраженными аномалиями прикуса  б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе  <b>в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов</b>  г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов  д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2</b>  <b>"Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды"</b></p>	<p>001. Отграничение ротовой полости от носовой происходит  а) на 3-4 неделе беременности  <b>б) на 6-7 неделе беременности</b>  в) на 9-10 неделе беременности  г) на 12-14 неделе беременности  д) на 14-16 неделе беременности</p> <p>002. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит  а) на 8-9 неделе беременности  <b>б) на 12-16 неделе беременности</b>  в) на 20-24 неделе беременности  г) на 30-32 неделе беременности  д) на 33-40 неделе беременности</p> <p>003. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан  а) сначала с ростом языка  <b>б) сначала с формированием зачатков временных зубов</b></p>

	<p>в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов  <b>г) с сочетанным действием всего перечисленного</b>  д) ни с чем из перечисленного</p> <p>004. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме  а) ортогнатическое  <b>б) ретрогнатическое</b>  в) прогнатическое  г) переменное  д) латерогнатическое</p> <p>005. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания  а) существенная  б) не существенная  <b>в) существенная, но до определенного возраста</b>  г) не имеет значения  д) очень существенная</p> <p>006. Видами роста челюстных костей являются  а) интерстициальный рост  б) суставной рост  в) суставной и шовный рост  <b>г) суставной, шовный и аппозиционный рост</b>  д) ремоделирующий рост</p> <p>007. Временные резцы прорезываются  <b>а) в 6-12 месяцев</b>  б) в 12-18 месяцев  в) в 18-24 месяцев  г) в 24-30 месяцев  д) в 34-40 месяцев</p> <p>008. Временные первые моляры и клыки прорезываются  а) в 6-12 месяцев  <b>б) в 16-20 месяцев</b>  в) в 20-24 месяцев  г) в 28-32 месяцев  д) в 34-40 месяцев</p> <p>009. Временные клыки прорезываются  а) в 6-12 месяцев  б) в 16-20 месяцев  <b>в) в 20-24 месяцев</b>  г) в 28-30 месяцев  д) в 34-40 месяцев</p> <p>010. Вторые временные моляры прорезываются  а) в 6-12 месяцев  б) в 16-20 месяцев  в) в 20-24 месяцев  <b>г) в 28-30 месяцев</b>  д) в 34-40 месяцев</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3  "Закономерности  развития  краниофациального  комплекса в период  пренатального  онтогенеза"</p>	<p>001. Пульпа формируется  а) из мезенхимы зубного мешочка  <b>б) из мезенхимы зубного сосочка</b>  в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа  г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа  д) из передней половины эпителиальной пластинки</p> <p>002. Дентин формируется</p>

- а) из мезенхимы зубного мешочка  
**б) из мезенхимы зубного сосочка**  
в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа  
г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа  
д) из передней половины эпителиальной пластинки
003. Цемент корня зуба формируется  
**а) из мезенхимы зубного мешочка**  
б) из мезенхимы зубного сосочка  
в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа  
г) из передней половины эпителиальной пластинки  
д) из эпителиального влагалища
004. Периодонт формируется  
**а) из мезенхимы зубного мешочка**  
б) из мезенхимы зубного сосочка  
в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа  
г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа  
д) из передней половины эпителиальной пластинки
005. Эмаль зуба формируется  
а) из мезенхимы зубного мешочка  
б) из мезенхимы зубного сосочка  
**в) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа**  
г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
006. Насмитова оболочка формируется  
а) из мезенхимы зубного мешочка  
б) из мезенхимы зубного сосочка  
в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа  
**г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа**
007. Минерализация 51,61,71,81 зубов начинается  
а) на 2-3 месяце утробной жизни  
**б) на 4-5 месяце утробной жизни**  
в) на 6-7 месяце утробной жизни  
г) на 7-8 месяце утробной жизни  
д) на 8-9 месяце утробной жизни
008. Минерализация 52,62,72,82 зубов начинается  
а) на 3-4 месяце утробной жизни  
б) на 4-4.5 месяце утробной жизни  
**в) на 5-6 месяце утробной жизни**  
г) на 6-7 месяце утробной жизни  
д) на 8-9 месяце утробной жизни
009. Минерализация 53,63,73,83; 55,65,75,85 зубов начинается  
а) на 3-м месяце утробной жизни  
б) на 5-м месяце утробной жизни  
**в) на 6-м месяце утробной жизни**  
г) на 7-м месяце утробной жизни  
д) на 8-м месяце утробной жизни
010. Минерализация 54,64,74,84 зубов начинается  
а) на 3-м месяце утробной жизни  
**б) на 5-м месяце утробной жизни**  
в) на 6-м месяце утробной жизни  
г) на 7-м месяце утробной жизни

	<p>д) на 8-м месяце утробной жизни</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4</b>  <b>"Методы</b>  <b>обследования в</b>  <b>клинике</b>  <b>ортодонтии"</b></p>	<p>001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике  а) Нансе  <b>б) Герлаха</b>  в) Шварца  г) Фуса  д) Хорошилкиной</p> <p>002. Площадь неба изучают по методике  <b>а) Коркзаузе</b>  б) Снагиной  в) Хауса  г) Герлаха  д) Шмута</p> <p>003. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют  <b>а) по методике Мичиганского университета</b>  б) по Миргазизову  в) по Долгополовой  г) по Герлаху  д) по Шварцу</p> <p>004. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют  <b>а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге</b>  б) по Нансе  в) по Миргазизову  г) по методике Мичиганского университета  д) по данным рентгенографии</p> <p>005. Рентгенографию кистей рук делают  а) для уточнения сроков окостенения  <b>б) для прогноза роста челюстей</b>  в) для сопоставления костного и зубного возраста  г) для изучения динамики роста организма  д) для выяснения аномалий развития скелета</p> <p>006. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить  а) возможности роста челюстей  <b>б) форму и размер суставных головок</b>  в) характер движения суставов  г) размеры суставной щели  д) форму и размер суставного диска</p> <p>007. Ортопантограммы челюстей делают  <b>а) для определения количества и расположения зубов</b>  б) для изучения строения лицевого отдела черепа  в) для прогноза роста челюстей  г) для изучения динамики роста челюстей  д) для определения показаний к удалению зубов</p> <p>008. Методом исследования боковых ТРГ головы является  а) метод Парма  <b>б) метод Шварца</b>  в) метод Шулера  г) метод Паатера</p>

	<p>д) метод Колоткова</p> <p>009. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят</p> <p>а) для уточнения показаний к удалению зубов</p> <p><b>б) для выявления характера морфологической перестройки</b></p> <p>в) для лицевого отдела черепа</p> <p>г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании</p> <p>д) для уточнения костного и зубного возраста</p> <p>010. На прямых ТРГ головы возможно выявить</p> <p>а) количество и положение зубов</p> <p><b>б) форму и размеры лицевого отдела черепа</b></p> <p>в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением</p> <p>г) динамику роста челюстей</p> <p>д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5</b>  <b>"Лечение</b>  <b>зубочелюстных</b>  <b>аномалий"</b></p>	<p>001. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p>а) припаивают на вестибулярной поверхности</p> <p><b>б) припаивают на небной поверхности</b></p> <p>в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности</p> <p>г) место припаивания не имеет значения</p> <p>д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p>002. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги</p> <p><b>а) припаивают на вестибулярной поверхности</b></p> <p>б) припаивают на небной поверхности</p> <p>в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности</p> <p>г) место припаивания не имеет значения</p> <p>д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)</p> <p>003. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой</p> <p>а) можно применять с вертикальной тягой</p> <p>б) можно применять с горизонтальной тягой</p> <p>в) можно применять с косой тягой</p> <p>г) можно применять с любой тягой</p> <p><b>д) применять не рекомендуется</b></p> <p>004. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса усиливается в возрасте</p> <p>а) 3-6 лет</p> <p><b>б) 6-7 лет</b></p> <p>в) 10-11 лет</p> <p>г) 15-16 лет</p> <p>д) после 20 лет</p> <p>005. При ношении бионатора величина разобращения в переднем участке</p> <p>а) без разобращения</p> <p><b>б) составляет 2-3 мм</b></p> <p>в) составляет до 5 мм</p> <p>г) составляет более 5 мм</p> <p>д) не имеет значения</p> <p>006. Применение бионатора показано</p> <p>а) во временном прикусе</p> <p><b>б) в раннем смешанном прикусе</b></p> <p>в) в позднем смешанном прикусе</p> <p>г) в постоянном прикусе</p>

	<p>д) в любом периоде формирования прикуса</p> <p>007. Применение регулятора функции I типа показано  а) при дистальном блокирующем прикусе  <b>б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти</b>  в) при мезиальном прикусе  г) при перекрестном прикусе  д) при прямом прикусе</p> <p>008. Применение регулятора функции II типа показано  <b>а) при дистальном блокирующем прикусе</b>  б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти  в) при мезиальном прикусе  г) при перекрестном прикусе</p> <p>009. Применение регулятора функции III типа показано  а) при дистальном блокирующем прикусе  б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти  <b>в) при мезиальном прикусе</b>  г) при перекрестном прикусе  д) при открытом прикусе</p> <p>010. У регулятора функции I типа боковые щиты  а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках  б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках  в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках  <b>г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках</b>  д) не имеют существенного значения</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.6 Раздел 6</b>  <b>"Ретенция</b>  <b>результатов</b>  <b>ортодонтического</b>  <b>лечения"</b></p>	<p>001. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта развиваются в результате  а) изменения расположения зубов  б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов  <b>в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов</b>  г) всего перечисленного  д) множественной потери зубов</p> <p>002. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта чаще наблюдается в области  а) 17, 16, 26, 27 зубов  б) 12, 11, 21, 22 зубов  <b>в) 31, 32, 41, 42 зубов</b>  г) всех зубов верхней и нижней челюсти  д) воспаление не наблюдается</p> <p>003. Формированию глубокого прикуса способствуют  а) нарушение функции дыхания  б) нарушение функции глотания  в) нарушение функции смыкания губ  г) парафункции жевательных и мимических мышц  <b>д) все перечисленные функциональные нарушения</b></p> <p>004. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса  а) имеют значение  б) не имеют значения</p>

- в) имеют ограниченное значение  
**г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей**  
д) имеют значение при наличии у родителей
005. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса проводят на основании  
а) клинического обследования пациентов  
б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования  
**в) изучения боковых ТРГ головы**  
г) изучения диагностических моделей челюстей  
д) изучения фотографии лица
006. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов на развитие глубокого прикуса влияют  
а) абсолютная макродентия  
б) нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица  
**в) нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом**  
г) микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними  
д) все перечисленные нарушения размеров зубов
007. На формирование глубокого прикуса влияет  
а) несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда  
б) несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов  
в) несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов  
**г) несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов**  
д) ничего из перечисленного
008. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов  
а) уменьшение количества зубов не влияет  
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти  
**в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти**  
г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти  
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
009. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов  
а) уменьшение количества зубов не влияет  
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях  
в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти  
**г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти**  
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
010. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов  
а) уменьшение количества зубов не влияет  
б) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях  
**в) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти**  
г) влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти  
д) влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти



**Б 1.В.ОД.1.7 Раздел 7**  
**"Рецидив**  
**зубочелюстных**  
**аномалий"**

1. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом и нейтральным типом роста наблюдается
  - а) в области зубных рядов**
  - б) в области апикальных базисов**
  - в) в гнатической области
  - г) в краниальной области
  - д) в целом
2. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета
  - а) благоприятный**
  - б) неблагоприятный
  - в) благоприятный для уменьшения глубины резцового перекрытия
  - г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей
  - д) не имеет значения
3. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета
  - а) благоприятный
  - б) неблагоприятный
  - в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед и вверх способствует углублению резцового перекрытия**
  - г) благоприятный, если лечение проводится в периоды физиологического повышения прикуса**
  - д) не имеет значения
4. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают
  - а) возраст
  - б) период формирования прикуса
  - в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)
  - г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета
  - д) все перечисленные факторы**
5. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса заключаются
  - а) в исправлении формы зубных дуг
  - б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях
  - в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов
  - г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней
  - д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг, зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов, оптимизации роста нижней челюсти**
6. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно
  - а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
  - б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет**
  - в) в периоде постоянного прикуса
  - г) во всех периодах физиологического прикуса
  - д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет
7. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить у пациентов с глубоким прикусом, являются
  - а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
  - б) санация носоглотки
  - в) устранение функциональных нарушений
  - г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
  - д) все перечисленные мероприятия**

	<p>8. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь необходимо</p> <p>а) устранить функциональные и морфологические нарушения и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей</p> <p>б) лечение ортодонтическими аппаратами</p> <p><b>в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов</b></p> <p>г) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения</p> <p>д) создание множественных контактов между зубными рядами</p> <p>9. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов проводится</p> <p>а) в период временного прикуса</p> <p>б) в начальном периоде смешанного прикуса</p> <p>в) в конечном периоде смешанного прикуса</p> <p>г) в начальном периоде постоянного прикуса</p> <p><b>д) в различных периодах формирования прикуса</b></p> <p>10. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании</p> <p>а) клинического обследования</p> <p>б) изучения диагностических моделей челюстей</p> <p>в) определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений</p> <p>г) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы</p> <p><b>д) всех перечисленных методов исследования</b></p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.8 Раздел 8</b>  <b>"Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий"</b></p>	<p>001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является</p> <p>а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе</p> <p>б) применение вестибулярной пластинки</p> <p><b>в) применение метода внушения, гипноза</b></p> <p>г) одевание перчатки</p> <p>д) применение вестибуло-оральной пластинки</p> <p>002. Методом устранения вредной привычки сосания языка является</p> <p>а) пластика аномалийной уздечки языка</p> <p>б) применение вестибулярной пластинки</p> <p><b>в) применение вестибуло-оральной пластинки</b></p> <p>г) применение пластинки с наклонной плоскостью</p> <p>д) санация носоглотки</p> <p>003. Функцию смыкания губ можно нормализовать</p> <p><b>а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта</b></p> <p>б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы</p> <p>в) устранением аномалии прикуса</p> <p>г) пластикой укороченной уздечки нижней губы</p> <p>д) тренировкой правильного глотания</p> <p>004. Методом нормализации функции жевания является</p> <p>а) исправление аномалий прикуса</p> <p><b>б) своевременная санация и протезирование полости рта</b></p> <p>в) пластика укороченной уздечки языка</p> <p>г) пластика укороченной уздечки нижней губы</p> <p>д) миотерапия для тренировки жевательных мышц</p> <p>005. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является</p> <p><b>а) изготовление съёмного протеза</b></p> <p>б) рентгенообследование, массаж</p> <p>в) удаление зубов на противоположной челюсти</p>

	<p>г) наблюдение д) закрытие дефекта за счет соседних зубов</p> <p>006. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является а) протезирование - изготовление съемного протеза б) изготовление несъемного протеза <b>в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов</b> г) удаление зубов на противоположной челюсти д) наблюдение</p> <p>007. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является <b>а) углубление резцового перекрытия</b> б) увеличение степени фронтального перекрытия в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей д) уменьшение высоты нижней части лица</p> <p>008. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует а) стимулировать рост верхней челюсти б) задержать рост нижней челюсти в) устранить причину, способствующую усугублению патологии <b>г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей</b> д) пришлифовать бугры отдельных зубов</p> <p>009. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует а) стимулировать рост нижней челюсти б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед в) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед г) задержать рост верхней челюсти <b>д) устранить причины развития дистального прикуса</b></p> <p>010. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования временного прикуса, следует а) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса б) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей <b>д) устранить вредные привычки, нормализовать функции</b></p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.9 Раздел 9</b> <b>"Профилактика</b> <b>зубочелюстных</b> <b>аномалий"</b></p>	<p>1. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит а) в медико-генетической консультации б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин г) в устранении вредных привычек у беременной женщины <b>д) во всем перечисленном</b></p> <p>2. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить а) устранение вредных привычек б) пришлифовывание бугров временных зубов в) нормализацию функции жевания, глотания г) миотерапию, массаж <b>д) все перечисленное</b></p> <p>3. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять <b>а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания</b></p>

	<p>б) миотерапию  в) стандартные вестибулярные пластинки  г) нормализацию функции дыхания  д) устранение вредных привычек сосания языка</p> <p>4. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена  а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса  б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса  в) на регулирование роста челюстей  г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения  <b>д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса</b></p> <p>5. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют  а) нормализация осанки, положения головы  б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта  <b>в) санация носоглотки</b>  г) упражнения для нормализации положения языка  д) дыхательная гимнастика</p> <p>6. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является  а) сужение зубных рядов  б) мезиальное смещение боковых зубов  <b>в) макродентия</b>  г) чрезмерное развитие одной из челюстей  д) недоразвитие одной из челюстей</p> <p>7. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются  а) сужение зубных рядов  б) укорочение зубных рядов  в) смещение отдельных зубов  г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов  <b>д) все перечисленные последствия</b></p> <p>8. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде  а) сосания пальцев  б) прикусывания губ  в) сосания языка  <b>г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта</b>  д) неправильного глотания</p> <p>9. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате  а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали  б) роста челюстей  в) устранения вредных привычек  г) нормализации функций зубочелюстной системы  <b>д) всего перечисленного</b></p> <p>10. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено  а) на правильное положение головы и осанки  б) на тренировку носового дыхания  в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи  г) на понимание негативных последствий вредных привычек  <b>д) на все перечисленное</b></p>
--	---

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1**

Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонт с целью профилактического осмотра и определения нуждемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щечные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

#### **Задание:**

1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
2. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?
3. Какие виды учетно-отчетной документации необходимо оформить?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2**

Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережёвывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.

#### **Задание:**

1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.
2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.
3. Оформите учетно-отчетную документацию.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3**

Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы болезненны при пальпации.

В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.

**Задание:** Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.

<p><b>Б 1.В.ОД.1. 2</b> Раздел 2 "Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды"</p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4</b></p> <p>Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка. Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5</b></p> <p>Пациентка А., 9 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. Объективно: губы не сомкнуты, увеличена гнатическая часть лица, при выполнении функции глотания выражение лица у ребенка изменяется, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка». В полости рта: вертикальная щель между резцами 3 мм, прокладывание языка между зубными рядами.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз. Укажите степень выраженности аномалии.</li> <li>2. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6</b></p> <p>Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?</li> <li>2. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 "Закономерности развития краниофациального комплекса в период пренатального онтогенеза"</p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7</b></p> <p>Пациент Д., 6 лет. В данный момент находится на приеме. Родители обратились с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи. Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный,</p>

	<p>чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p><b>Задание:</b> Составьте план комплексного обследования и лечения ребенка.</p> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8</b></p> <p>В клинику обратилась пациентка Э. 15-ти лет, с жалобами на отсутствие некоторых зубов, затрудненное откусывание и пережевывание пищи, выступание центрального резца. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица не изменена. Губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно. Адентия 32,33,34. выраженная протрузия 21 зуба</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.</li> <li>2. Поставьте диагноз.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9</b></p> <p>Пациентка А., 14 лет, жалуется на эстетический недостаток, разрастание десны в области клыков, наличие желто-коричневого пятна на 21 зубе. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно. В полости рта: слизистая оболочка десны гиперемирована, имеются патологические изменения, на языке отмечается налет желтого цвета, отпечатки зубов. КПУ = 4, ИГПР = 3; проба Шиллера-Писарева положительная, РМА = 18%.</p> <p><b>Задание:</b> Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите причины возникновения данной патологии.</li> </ol>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4</i> "Методы обследования в клинике ортодонтии"</p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10</b></p> <p>Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.</p> <p>Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.</li> <li>2. Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11</b></p> <p>Пациентка И., 16 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток и неправильный прикус.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы</p>

	<p>пальпируются безболезненно.  В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. вестибулярное положение 23зубов, отсутствие 13 зуба в полости рта</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставьте диагноз. Опишите ОПТГ.</li> <li>2.Тактика лечения</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12</b></p> <p>Пациент Р., 8 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие зуба у ребёнка. Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица не изменена. Губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета.Сменный прикус. Отсутствует 11зуба.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опишите ОПТГ. В чем причина задержки прорезывания?</li> <li>2. Поставьте диагноз.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13</b></p> <p>Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка, затрудненное жевание, внезапное появление сухости полости рта, повышение температуры до 38-39,9°С.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица изменена, за счет припухлости околоушно-жевательной области слева, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы смыкаются без напряжения, открывание рта затруднено, лимфатические узлы болезненны и увеличены при пальпации.</p> <p>В полости рта: нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Какое заболевание можно заподозрить в данной ситуации.</li> <li>1. Ваша тактика.</li> <li>2. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.</li> </ol>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел5</i>  "Лечение зубочелюстных аномалий"</p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14</b></p> <p>Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите возможные причины ретенции 11.</li> <li>2. Составьте план комплексного лечения ребенка.</li> </ol>



	<p>3. Назовите отдаленные результаты лечения.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15</b></p> <p>Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.</p> <p>Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.</li> <li>2.Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.</li> </ol>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.6 Раздел 6</i> "Ретенция результатов ортодонтического лечения"</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16</b></p> <p>Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами. Ранее получали консультацию ортодонта, но лечение назначено не было.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.</li> <li>2.Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.</li> <li>3. Возможные результаты лечения.</li> </ol> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17</b></p> <p>Родители пациента Д. 4х лет обратились с жалобами на отсутствие контактов между передними зубами.</p> <p>Объективно: период прикуса молочных зубов, вертикальная резцовая дизокклюзия, прокладывание языка между зубами во время глотания.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите причины вертикальной резцовой дизокклюзии и неправильного расположения языка в полости рта.</li> <li>2. Какой аппарат используется пациентом? Перечислите какие еще аппараты можно предложить при данной патологии.</li> <li>3. Перечислите возможные результаты лечения.</li> </ol> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18</b></p> <p>Пациентка Е., 33 года, обратилась с жалобами на неправильный прикус затрудненное откусывание пищи, и на эстетический недостаток. Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета,</p>

	<p>щель между зубами по вертикали 3,0 мм, тремы, прокладывание языка при глотании</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз. Какие аномалии отдельных зубов и зубных рядов имеются у пациентки</li> <li>2. Какие методы диагностики необходимо провести?</li> <li>3. Тактика лечения. Особенности ретенционного периода.</li> </ol>
<p><i>Б1.В.ОД.1.9</i> Раздел 7 "Рецидив зубочелюстных аномалий"</p>	<p align="center"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19</b></p> <p>Пациент К., 13 лет. Жалобы на затрудненное откусывание пищи, неправильный прикус.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, вогнутый профиль лица, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p>В полости рта: обратное перекрытие, аномалии формы зубов 14, 13, 23, 24, 33, 34, 43, 44 – шиповидной формы, тремы между зубами на верхней и нижней челюсти, диастемы между центральными зубами на верхней и нижней челюсти, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите, в какой плоскости классифицируется данная аномалия прикуса.</li> <li>2. Составьте план комплексного лечения пациента.</li> <li>3. Какова вероятность рецидива заболевания.</li> </ol> <p align="center"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20</b></p> <p>Пациент Д., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, эстетический недостаток.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Латеральные резцы расположены небно, скученность зубов, смещение центра, дефицит места для зубов</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставте диагноз. Класс по Энгляю. Аномалии отдельных зубов.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> <li>3. Оцените вероятность рецидива заболевания после проведенного лечения.</li> </ol>
<p><i>Б1.В.ОД.1.8</i> Раздел 8 "Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий"</p>	<p align="center"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21</b></p> <p>Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами</p>

	<p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.</li> <li>2. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.</li> <li>3. Расскажите о «вредных привычках», способах их устранения и профилактики.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22</b></p> <p>Пациент К., 13-ти лет, обратился в клинику с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное откусывание пищи.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица уменьшена. Губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Первичная адентия 11,12,14,15,21,22,24,25,31,32,34,35,41,42,44,45,47 зубов.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.</li> <li>2. Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.</li> <li>3. Перечислите этиологические факторы, способствующие развитию данной патологии.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23</b></p> <p>Пациентка А., 22 года, обратилась с жалобами на отсутствие зубов.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без патологических изменений, зев чистый, язык влажный, чистый, I класс по Энглу, отсутствие латеральных резцов, промежутки между 13 и 11, 21 и 23</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы диагностики необходимо провести? Назовите причины возникновения данной патологии.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> </ol>
<p><i>Б1.В.ОД.1.9 Раздел 9</i> "Профилактика зубочелюстных аномалий"</p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24</b></p> <p>Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти.</p> <p>Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.</li> </ol>

	<p>3. Определите диспансерную группу данного пациента, профилактические мероприятия.</p> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25</b></p> <p>Пациентка В., 13 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на затруднения при откусывании и пережевывании пищи, эстетический недостаток, неправильное произношение некоторых звуков.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, увеличение гнатической части лица, губы смыкаются с напряжением, дыхание ротовое, нарушение речеобразования, открывание рта в полном объеме, отмечается вынужденное напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы, на подбородке появляются точечные углубления и отмечается «симптом наперстка», лимфатические узлы не пальпируются.</p> <p>В полости рта: Гипоплазия 23 зуба, бугорковый контакт между зубами, отсутствие контактов во фронтальном отделе, щель по вертикали, переднее положение языка.</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный ортодонтический диагноз.</li> <li>2. Перечислите причины, которые могли привести к данной аномалии.</li> <li>3. Профилактика данной патологии в различные возрастные периоды.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26</b></p> <p>Пациент Н., 18 лет, обратился в клинику с жалобами на неправильный прикус, скученное положение зубов, смещение центра.</p> <p>Объективно: Конфигурация лица не изменена, гнатическая часть лица без изменений, губы смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы пальпируются безболезненно.</p> <p>В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета. Скученное положение зубов на верхней и нижней челюсти. перекрестный прикус справа</p> <p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите класс по Энгля. Аномалии отдельных зубов, аномалии зубных рядов.</li> <li>2. Какие методы профилактики данной патологии необходимо проводить.</li> </ol>
--	--

### Вопросы для устного собеседования

<p><i>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1</i> "Организация ортодонтической помощи"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методы обследования ребенка в клинике. Анатомо-физиологические особенности временных зубов. Сроки прорезывания, формирования, рассасывания корней. Типы резорбции корней зубов. Рентгенологические отличия между физиологической и патологической резорбцией.</li> <li>2. Проявление ВИЧ инфекции у детей. Профилактика ВИЧ инфекции в детской стоматологической поликлинике. Асептика, антисептика, методы стерилизации стоматологического инструментария.</li> </ol>
--	--

<p><b>Б 1. В.ОД.1.2 Раздел 2</b> "Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ в различные возрастные периоды"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных костей в различные возрастные периоды.</li> <li>4. Анатомо-физиологические особенности полости рта новорожденного.</li> <li>5. Анатомо-физиологические особенности полости рта ребенка в период сменного прикуса.</li> <li>6. Изучение функции глотания, дыхания, жевания и речи. Причины их нарушения, связь с патологией прикуса.</li> <li>7. Жевательная и мимическая мускулатура. Значение функции для нормального и аномального развития.</li> </ol>
<p><b>Б 1. В.ОД.1.3 Раздел 3</b> "Закономерности развития краниофациального комплекса в период пренатального онтогенеза"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Пороки развития слизистой оболочки полости рта (короткая и добавочная уздечка губ, языка, мелкое преддверие полости рта). Методы исследования. Клиника. Лечение.</li> <li>9. Пренатальный период развития зубов. Факторы, нарушающие процесс эмбриогенеза.</li> </ol>
<p><b>Б 1. В.ОД.1.4 Раздел 4</b> "Методы обследования в клинике ортодонтии"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Методы исследования в ортодонтии. Антропометрические и биометрические методы исследования.</li> <li>11. Рентгенологические методы исследования. Расшифровка ОПТГ, ТРГ.</li> <li>12. Лабораторные методы исследования. Электромиография. Миотонометрия. Гнатодинамометрия. Реопародонтография. Измерения подвижности зуба.</li> <li>13. Функциональная норма по Катцу.</li> <li>14. Определение глубины преддверия полости рта. Мелкое преддверие полости рта. Клиника. Показания и подготовка к хирургическому лечению.</li> </ol>
<p><b>Б 1. В.ОД.1.5 Раздел 5</b> "Лечение зубочелюстных аномалий"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Применение компьютерной техники в клинике ортодонтии.</li> <li>16. Современные методы лечения различных аномалий и деформаций зубных рядов и прикуса у детей и взрослых.</li> <li>17. Основные принципы ортодонтического лечения (миогимнастика, аппаратное и аппаратурно-хирургическое лечение, комбинированный метод).</li> <li>18. Особенности изготовления съемных пластиночных протезов в детском возрасте.</li> <li>19. Особенности изготовления несъемных протезов в детском возрасте.</li> <li>20. Ретенционные аппараты. Классификация. Показания к использованию.</li> <li>21. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов функционального действия.</li> <li>22. Клинико-лабораторные этапы изготовления аппаратов механического действия.</li> <li>23. Современные аппараты функционального действия.</li> <li>24. Классификация ортодонтической аппаратуры. Элементы функционально-направляющих и функционально-действующих аппаратов.</li> </ol>

	<p>25. Современная несъемная ортодонтическая аппаратура.</p> <p>26. Аппаратура Френкеля. Элементы конструкции.</p>
<p><i>Б 1. В.ОД.1.6 Раздел 6</i> "Ретенция результатов ортодонтического лечения"</p>	<p>27. Врожденная и наследственная патология ЧЛЮ. Ортодонтическое лечение. Ретенция результатов лечения.</p> <p>28. Патология твердых тканей зубов. Методы лечения в детском возрасте. Результаты лечения.</p>
<p><i>Б 1. В.ОД.1.7 Раздел 7</i> "Рецидив зубочелюстных аномалий"</p>	<p>29. Ошибки и осложнения при ортодонтическом лечении.</p>
<p><i>Б 1. В.ОД.1.8 Раздел 8</i> "Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий"</p>	<p>30. Открытый прикус. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение в различные возрастные периоды.</p> <p>31. Дистальная окклюзия. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды. Профилактика.</p> <p>32. Мезиальная окклюзия. Этиология. Клиника. Классификация. Методы лечения в различные возрастные периоды. Профилактика.</p> <p>33. Глубокий прикус. Этиология. Клиника. Методы лечения в зависимости от формы аномалии и возраста. Профилактика.</p> <p>34. Трансферсальные аномалии прикуса. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>35. Классификации зубочелюстных аномалий.</p> <p>36. Аномалии отдельных зубов. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>37. Аномалии и деформации зубных рядов. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>38. Аномалии соотношения челюстей. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.</p> <p>39. Функциональная недостаточность жевательной и мимической мускулатуры как фактор риска аномалий и деформаций ЧЛЮ. Методы лечения.</p>
<p><i>Б 1. В.ОД.1.9 Раздел 9</i> "Профилактика зубочелюстных аномалий"</p>	<p>40. Профилактика стоматологических заболеваний в различные возрастные периоды. Методы и средства профилактики кариеса, некариозных поражений, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и зубочелюстно-лицевых аномалий.</p> <p>41. Профилактика формирующихся аномалий прикуса у детей.</p>

### **Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

#### **15.Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75

- 76 – 90%	<b>Хорошо (4)</b>	76– 90
-91-100 %	<b>Отлично (5)</b>	91 – 100

### 16.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия 27. Знание алгоритма решения 28. Уровень самостоятельного мышления 29. Аргументированность решения 30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 17.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Ортодонтия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	Разделы: 1-9	1-26	1-41
<b>ПК</b>	<b>1</b>	Раздел: 2	1,2,4,6	1,5,7,8,19,20,40
	<b>2</b>	Разделы: 2-9	1,2,4,6	1,5,7,8,19,20,40
	<b>5</b>	Раздел: 4	3,5,6,7,8,13,15, 21,23	6,22,26,37,38,39, 41
	<b>6</b>	Разделы: 1,4,5-9	1,3,7	7-9,18-36,40
	<b>7</b>	Разделы: 5-9	1,2,4,9,10-12, 16-20,24-26	7-9,18-36,40
	<b>9</b>	Разделы: 5-9	1-26	7-9,18-36,40
	<b>12</b>	Раздел: 1	1,3,7,12,24	41

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.1</b> «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p>58. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков. 59. Классификация местных анестетиков. 60. Вазоконстрикторы. 61. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии. 62. Инфильтрационная анестезия. 63. Теберальная анестезия. 64. Торусальная анестезия. 65. Резцовая анестезия. 66. Палатинальная анестезия. 67. Мандибулярная анестезия. 68. Неотложная помощь при развитии общих осложнений местного обезболивания.</p>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.2</b> «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»</p>	<p>69. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов. 70. Классификация одонтогенных воспалительных процессов. 71. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон. 72. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение. 73. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. 74. Периостит челюстей. 75. Остеомиелиты челюстей. 76. Лимфадениты челюстей. 77. Абсцессы и флегмоны ЧЛЮ. 78. Принципы разрезов на лице. 79. Местное лечение ран в ЧЛЮ.</p>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.3</b> «Заболевания слюнных желез»</p>	<p>80. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез. 81. Классификация заболеваний слюнных желез. 82. Анатомия строения слюнных желез. 83. Эпидемический паротит. 84. Острые воспалительные заболевания слюнных желез. 85. Паренхиматозный сиаладенит. 86. Интерстициальный сиаладенит. 87. Сиалозы. 88. Слюнокаменная болезнь. 89. Показания к хирургическому лечению заболеваний слюнных желез</p>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.4</b> «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</p>	<p>90. Анатомия строения челюстно-лицевой области. 91. Анатомия строения ВНЧС. 92. Классификация заболеваний и повреждений нервов лица. 93. Классификация заболеваний и повреждений ВНЧС. 94. Методы диагностики в нейростоматологии. 95. Методы диагностики заболеваний ВНЧС. 96. Неврит тройничного нерва. 97. Невралгия тройничного нерва. 98. Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение. 99. Артрозы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. 100. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение.</p>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.5</b> «Дентальная имплантация»</p>	<p>101. История развития дентальной имплантации. 102. Теоретическое обоснование метода дентальной имплантации. 103. Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. 104. Феномен остеоинтеграции, факторы влияющие на оптимизацию этого процесса. 105. Виды дентальных имплантатов. 106. Системы дентальных имплантатов 107. Показания и противопоказания к дентальной имплантации. 108. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов. 109. Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов.</p>



<p><b>Б 1.В.ОД1.6</b> «Заболевания пародонта»</p>	<p>110. Анатомия строения пародонта. 111. Классификация заболеваний пародонта. 112. Методы диагностика заболеваний пародонта. 113. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 114. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта. 115. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта 116. Гингивэктомия 117. Лоскутные операции. 118. Хирургические методы закрытия рецессий 119. Френулоэктомия, френулотомия 120. Открытый кюретаж</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.7</b> «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица.»</p>	<p>121. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти. 122. Методика обследования больного с переломом верхней челюсти. 123. Методика обследования больного с переломом скуловой кости. 124. Методы репозиции скуловой кости. 125. Методика репозиции отломков при переломе костей носа. 126. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме. 127. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка. 128. Методика проведения трахеотомии. 129. Методика пальцевого прижатия сонной артерии. 130. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.8</b> «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛЮ»</p>	<p>131. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области. 132. Профилактика опухолей и предрака 133. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация. 134. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ. 135. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители. 136. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этом процессе. 137. Методика проведения пункционной биопсии. 138. Предрак — критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения. 139. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли. 140. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.9</b> «Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области»</p>	<p>141. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. 142. Классификация дефектов и деформаций ЧЛЮ. 143. Пластика местными тканями, взятыми по соседству с дефектом, "лоскутами на ножке", взятыми из близлежащих тканей. 144. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания. 145. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области. 146. Замещение дефектов губ лоскутами со щек, с области носогубных борозд, с другой губы, укорочения уздечки губы и языка. 147. Математическое обоснование планирования пластических операций местными тканями (А.А. Лимберг). 148. Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур. 149. Врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Клиника и диагностика 150. Особенности планирования восстановительных операций в челюстно-лицевой области. 151. Показания и противопоказания к восстановительным операциям</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.1</b> <b>Раздел 1. «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков.</li> <li>2. Классификация местных анестетиков.</li> <li>3. Вазоконстрикторы.</li> <li>4. Премедикация и потенцированное обезболивание в стоматологии.</li> <li>5. Инфильтрационная анестезия.</li> <li>6. Теберальная анестезия.</li> <li>7. Торусальная анестезия.</li> <li>8. Резцовая анестезия.</li> <li>9. Палатинальная анестезия.</li> <li>10. Мандибулярная анестезия.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.2</b> <b>Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛО»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных процессов.</li> <li>12. Классификация одонтогенных воспалительных процессов.</li> <li>13. Принципы топической диагностики абсцессов и флегмон.</li> <li>14. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика и лечение.</li> <li>15. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.</li> <li>16. Периостит челюстей.</li> <li>17. Остеомиелиты челюстей.</li> <li>18. Лимфадениты челюстей.</li> <li>19. Абсцессы и флегмоны ЧЛО.</li> <li>20. Принципы разрезов на лице.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.3</b> <b>Раздел 3. «Заболевания слюнных желез»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Методы обследования пациентов с заболеваниями слюнных желез.</li> <li>22. Классификация заболеваний слюнных желез.</li> <li>23. Анатомия строения слюнных желез.</li> <li>24. Эпидемический паротит.</li> <li>25. Острые воспалительные заболевания слюнных желез.</li> <li>26. Паренхиматозный сиаладенит.</li> <li>27. Интерстициальный сиаладенит.</li> <li>28. Сиалозы.</li> <li>29. Слюнокаменная болезнь.</li> <li>30. Показания к хирургическому лечению заболеваний слюнных желез</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.4</b> <b>Раздел 4. «Заболевания и повреждения нервов и ВНЧС»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>31. Анатомия строения челюстно-лицевой области.</li> <li>32. Анатомия строения ВНЧС.</li> <li>33. Классификация заболеваний и повреждений нервов лица.</li> <li>34. Классификация заболеваний и повреждений ВНЧС.</li> <li>35. Методы диагностики в нейростоматологии.</li> <li>36. Поражение лицевого нерва.</li> <li>37. Парез и паралич мимической мускулатуры.</li> <li>38. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика).</li> <li>39. Невралгия ветвей тройничного нерва, клинические проявления, дифференциальная диагностика.</li> <li>40. Аурикуло-темпоральный синдром (гемигидроз). Невралгия языкоглоточного нерва.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.5</b> <b>Раздел 5. «Дентальная имплантация»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>41. История развития дентальной имплантации.</li> <li>42. Виды дентальных имплантатов.</li> <li>43. Системы дентальных имплантатов</li> <li>44. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.</li> <li>45. Ошибки и осложнения при дентальной имплантации.</li> <li>46. Синус-лифтинг.</li> <li>47. Операции по увеличению объема костной ткани.</li> <li>48. Подготовка к проведению операции дентальной имплантации.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД1.6</b> <b>Раздел 6. «Заболевания пародонта»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>49. Анатомия строения пародонта.</li> <li>50. Классификация заболеваний пародонта.</li> <li>51. Методы диагностика заболеваний пародонта.</li> <li>52. Заболевания слизистой оболочки полости рта.</li> <li>53. Консервативные методы лечения заболеваний пародонта.</li> <li>54. Показания к хирургическим методам лечения заболеваний пародонта</li> <li>55. Гингивэктомия</li> <li>56. Лоскутные операции.</li> <li>57. Хирургические методы закрытия рецессий</li> </ol>

	<p>58. Френулоэктомия, френулотомия</p> <p>59. Открытый кюретаж</p> <p>60. Комплексное лечение заболеваний пародонта.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.7</b> <b>Раздел 7.</b> <b>«Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица.»</b></p>	<p>61. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти.</p> <p>62. Методика обследования больного с переломом верхней челюсти.</p> <p>63. Методика обследования больного с переломом скуловой кости.</p> <p>64. Методы репозиции скуловой кости.</p> <p>65. Методика репозиции отломков при переломе костей носа.</p> <p>66. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме.</p> <p>67. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка.</p> <p>68. Методика проведения трахеотомии.</p> <p>69. Методика пальцевого прижатия сонной артерии.</p> <p>70. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.8</b> <b>Раздел 8. «Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО»</b></p>	<p>71. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области.</p> <p>72. Профилактика опухолей и предрака</p> <p>73. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация.</p> <p>74. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ.</p> <p>75. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители.</p> <p>76. Патогенез опухолей.</p> <p>77. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этом процессе.</p> <p>78. Методика проведения пункционной биопсии.</p> <p>79. Методика проведения аспирационной биопсии.</p> <p>80. Техника выполнения биопсии методом отпечатка.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.9</b> <b>Раздел 9.</b> <b>«Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области»</b></p>	<p>81. Этиология и патогенез возникновения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.</p> <p>82. Задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.</p> <p>83. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.</p> <p>84. Врожденные дефекты, аномалии развития, деформации, связанные с нарушением роста различных участков лица.</p> <p>85. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.</p> <p>86. Дефекты после удаления опухолей лица и органов полости рта.</p> <p>87. Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений.</p> <p>88. Разработка плана лечения.</p> <p>89. Основные методы пластических операций.</p> <p>90. Врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Клиника и диагностика</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ОД1.1</b> Раздел 1 «Местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p>1 ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а) к амину</p> <p>б) к эфиру</p> <p><b>в) к амиду</b></p> <p>г) к производному изохинолина</p> <p>д) к ацетамидному радикалу</p> <p>2 КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ:</p> <p>а) азакаин</p> <p>б) совкаин</p> <p>в) новокаинамид</p> <p><b>г) новокаин</b></p>
---	---

д) мезокаин

3 ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ИННЕРВИРУЮТ:

- а) слизистую оболочку ретромолярной области
- б) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба**
- в) слизистую оболочку задней части носовой полости
- г) моляры нижней челюсти
- д) моляры верхней и нижней челюсти

4 БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ - ЭТО КАКАЯ ПАРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:

- а) V пара
- б) VII пара
- в) IX пара
- г) X пара**
- д) XII пара

5 ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ МЫШЦЫ:

- а) всего языка**
- б) соответствующей половины языка
- в) передней части языка
- г) задней части языка
- д) дно полости рта

6 КОМПАКТНАЯ ПЛАСТИНКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ТАКОВОЙ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- а) менее плотная и менее толстая
- б) более плотная и более толстая**
- в) менее плотная и более толстая
- г) более плотная и менее толстая
- д) одинаковой толщины

7 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО ЕГОРОВУ - ЭТО:

- а) разновидность интраоральной анестезии
- б) разновидность туберальной анестезии**
- в) обезболивание у верхнего зубного сплетения
- г) один из видов палатинальной анестезии
- д) разновидность инфильтрационной анестезии

8 ВЕРХНЕЕ ЗУБНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ОБРАЗОВАНО:

- а) передними и средними луночковыми нервами
- б) средними и задними луночковыми нервами
- в) передними, средними и задними луночковыми нервами**
- г) венами верхней челюсти
- д) артериями верхней челюсти

9 НА КАКОМ РАССТОЯНИИ К ПЕРЕДИ ОТ ЗАДНЕГО КРАЯ ТВЕРДОГО НЁБА НАХОДИТСЯ БОЛЬШОЕ НЁБНОЕ ОТВЕРСТИЕ:

- а) 1-2 мм
- б) 2-3 мм
- в) около 5 мм**
- г) до 1 см
- д) до 1,5 см

10 ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ:

- а) слизистая оболочка в пределах резцов одной стороны
- б) слизистая оболочка в пределах резцов двух сторон
- в) слизистая оболочка в пределах резцов и клыков одной стороны
- г) слизистая оболочка в пределах резцов и клыков с обеих сторон**
- д) слизистая оболочка в пределах моляров

**Б 1.В.ОД1.2**  
Раздел 2  
«Воспалительные  
заболевания  
челюстно-лицевой  
области»

12. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- а) прямые щипцы
- б) прямой элеватор
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) **штыковидные щипцы**
- д) штыковидный элеватор

13. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- а) клювовидные
- б) **штыковидные**
- в) S-образные сходящиеся
- г) S-образные с шипом справа
- д) S-образные несходящиеся

14. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) **выбор обезболивания**
- б) пол
- в) время суток
- г) опыт врача
- д) стоимость лечения

15. ПРОВЕДИТЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОДГОТОВКУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ:

- а) морфиноподобные препараты
- б) снотворные
- в) **седативные**
- г) нейролептики
- д) наркотические анальгетики

16. ПРИ КАКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА:

- а) тиреотоксикоз
- б) аллергическая реакция на сульфаниламиды
- в) хронический гепатит
- г) **гемофилия, тромбопения**
- д) сахарный диабет в стадии компенсации

17. КАКИЕ ИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ:

- а) хронический гастрит
- б) **острый септический эндокардит**
- в) хронический панкреатит
- г) хронический тонзилит
- д) постинфарктное состояние (8 месяцев)

18. БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ КАКОЙ АНЕСТЕТИК ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) **1% р-р тримекаина**
- б) 2% р-р новокаина
- в) 2% р-р лидокаина
- г) 2% р-р новокаина + 0,1% р-р адреналина
- д) 40% р-р глюкозы

19. ПРИ КАКИХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА:

- а) тиреотоксикоз

	<p>б) аллергическая реакция на сульфаниламиды  в) хронический гепатит  г) сахарный диабет в стадии компенсации  д) <b>инфаркт в анамнезе 2 месяца назад</b></p> <p>20. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:</p> <p>а) паротит  <b>б) отлом бугра верхней челюсти</b>  в) невралгия тройничного нерва  г) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава  д) артрит височно-нижнечелюстного сустава</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.4</b>  Раздел 4 «Заболевания нервов и ВНЧС»</p>	<p>21. НЕВРИТ-ЭТО:</p> <p>а) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипостезией в зоне его иннервации;  б) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации  в) аллергическая реакция на анестетик  г) хроническое заболевание  д) реакция сосудов на введение анестетика</p> <p>22. НЕВРАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а) интенсивной болью по ходу нерва с гипер- или гипостезией в зоне его иннервации  б) повреждением нерва с выпадением функции в зоне иннервации.  в) отсутствием симптомов  г) повышением температуры, ознобом  д) «крапивницей»</p> <p>23 . БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в нижней трети лица</li> <li>2. в средней трети лица</li> <li>3. по всему лицу</li> <li>4. в верхней трети лица +</li> <li>5. в затылочной области</li> </ol> <p>24. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в нижней трети лица</li> <li>2. в средней трети лица +</li> <li>3. по всему лицу</li> <li>4. в верхней трети лица</li> <li>5. в затылочной области</li> </ol> <p>25. БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в нижней трети лица +</li> <li>2. в средней трети лица</li> <li>3. по всему лицу</li> <li>4. в затылочной области</li> <li>5. в верхней трети лица</li> </ol> <p>26. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острым отитом +</li> <li>2. острым гайморитом</li> <li>3. околоушным гипергидрозом</li> <li>4. переломом верхней челюсти</li> <li>5. флегмоной поднижнечелюстной области</li> </ol> <p>27. ДИАГНОЗ АРТРИТА ВНЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. данных клинического анализа крови</li> </ol>

	<p>2. ЭОД 3. кожных проб 4. клинико-рентгенологического исследования + 5. данных синциаграфии</p> <p>28. ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 1. комплексное + 2. хирургическое 3. консервативное 4. физиотерапевтическое 5. гомеопатическое</p> <p>29. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ 1. острого неспецифического артрита 2. синдрома болевой дисфункции 3. вывиха ВНЧС 4. остеоартроза + 5. калькулезного сиалоаденита</p> <p>30. К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ДИСКУ И КАПСУЛЕ ВНЧС ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ 1. жевательная мышца 2. глубокие слои височной мышцы 3. латеральная крыловидная мышца + 4. медиальная крыловидная мышца 5. двубрюшная мышца</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.5</b> Раздел 5 «Дентальная имплантация»</p>	<p>31. Остеоинтеграция – это 1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии. + 2. Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него. 3. Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата. 4. Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца. 5. Снижение общего объема костной ткани.</p> <p>32. К биоинертным материалам относятся: 1. Нержавеющая сталь. 2. Хромокобальтовые сплавы. 3. Титан, цирконий. + 4. Гидроксиапатит. 5. Серебряно-палладиевые сплавы.</p> <p>33. К биотолерантным материалам относятся: 1. Нержавеющая сталь. + 2. Титан и его сплавы. 3. Цирконий. 4. Тантал. 5. Трикальцийфосфат.</p> <p>34. К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относятся: 1. Локализованный пародонтит. 2. Множественный кариес. 3. Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса. + 4. Отсутствие одного зуба. 5. Полная адентия.</p> <p>35. Контактный остеогенез – это 1. Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.</p>

	<p>2. Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата. +</p> <p>3. Восстановление участков кости после травмы.</p> <p>4. Неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе.</p> <p>5. Снижение функциональной нагрузки на костную ткань.</p> <p>36. Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 200-300.</li> <li>2. 500-800.</li> <li>3. 1000-1500. +</li> <li>4. 3000-5000.</li> <li>5. 30000- 35000.</li> </ol> <p>37. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тактильными ощущениями врача.</li> <li>2. Степенью подвижности супраструктуры.</li> <li>3. Инструкциями по применению элементов системы имплантатов. +</li> <li>4. Показаниями динамометрического ключа.</li> <li>5. Приблизительно 30-40 дин/см.</li> </ol> <p>38. О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О перфорации верхнечелюстной пазухи.</li> <li>2. О перфорации полости носа.</li> <li>3. О перфорации поднутрения стенки альвеолярного отростка.</li> <li>4. О выходе инструмента за пределы костной ткани. +</li> <li>5. О переломе бора.</li> </ol> <p>39. Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.</li> <li>2. Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.</li> <li>3. Инъекционной травмой нервного ствола.</li> <li>4. Травмой подбородочного нерва крючком при работе ассистента.</li> <li>5. Все перечисленные факторы. +</li> </ol> <p>40. Аллогенный материал это –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специально обработанная трупная кость. +</li> <li>2. Остеопластический материал синтетического происхождения.</li> <li>3. Материал животного происхождения.</li> <li>4. Субстрат для изготовления имплантатов.</li> <li>5. Тонкая прослойка соединительной ткани на границе имплантата и костного ложа.</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.7</b> Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица»</p>	<p>41. Какие шины применяют при лечении переломов челюстей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>гнутые из алюминиевой проволоки;</b></li> <li>2) шины из быстротвердеющих пластмасс;</li> <li>3) <b>стандартные шины назубные ленточные;</b></li> <li>4) сочетание проволочных шин с быстро твердеющими пластмассовыми;</li> <li>5) шина Ванкевич.</li> </ol> <p>42. Тактика врача в отношении зубов вклиненных в щель перелома, когда они препятствуют вправлению отломков:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) консервативное лечение;</li> <li>б) шинирование самотвердеющей пластмассой;</li> <li>в) лечение с применением антибиотиков;</li> <li>г) <b>удаление;</b></li> <li>д) перемещение с помощью репозирующего аппарата.</li> </ol>



	<p>43. Повреждения ЧЛЮ по механизму ранения делятся на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) неогнестрельные и огнестрельные;</li> <li>б) одиночные и множественные;</li> <li>в) проникающие и непроникающие в полости ЧЛЮ;</li> <li>г) комбинированные;</li> <li>д) <b>изолированные и сочетанные.</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.8</b> Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p>44. . Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперсаливация</li> <li>2) частичная адентия</li> <li>3) массивные зубные отложения</li> <li>4) <b>хроническая травма слизистой оболочки</b></li> <li>5) заболевания желудочно-кишечного тракта</li> </ol> <p>45 . При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>районному онкологу</b></li> <li>2) специалисту-радиологу</li> <li>3) участковому терапевту</li> <li>4) хирургу общего профиля</li> <li>5) хирургу-стоматологу</li> </ol> <p>46. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) физикальный</li> <li>2) биохимический</li> <li>3) <b>цитологический</b></li> <li>4) иммунологический</li> <li>5) биометрический</li> </ol> <p>47. Под онкологической настороженностью понимают знание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ранних симптомов заболевания</b></li> <li>2) препаратов для лечения</li> <li>3) профессиональных вредностей</li> <li>4) допустимых доз лучевой терапии</li> </ol> <p>48. Под онкологической настороженностью понимают знание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ранних симптомов заболевания</b></li> <li>2) препаратов для лечения</li> <li>3) профессиональных вредностей</li> <li>4) допустимых доз лучевой терапии</li> <li>5) расположения онкологических служб</li> </ol> <p>49. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпулис</li> <li>2) <b>твердую фиброму</b></li> <li>3) фиброматоз десен</li> </ol> <p>50. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпулис</li> <li>2) <b>мягкую фиброму</b></li> <li>3) фиброматоз десен</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.9</b> Раздел 9 « Восстановительная хирургия ЧЛЮ»</p>	<p>51. ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. короткой уздечке языка +</li> <li>2. линейных звездчатых рубцах</li> <li>3. обширных дефектах костей лица</li> <li>4. обширных дефектах мягких тканей</li> <li>5. дефект концевой отдела носа</li> </ol> <p>52. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО</p>

	<p><b>ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1:3 +</li> <li>2. 1:4</li> <li>3. 31:5</li> <li>4. 1:8</li> <li>5. 2:3</li> </ol> <p><b>53. ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0.2-0.4мм</li> <li>2. 0.5-0.6мм</li> <li>3. 0.6-0.7мм</li> <li>4. 0.8-1мм +</li> <li>5. 1-1.5мм</li> </ol> <p><b>54. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. периостита</li> <li>2. секвестрэктомии</li> <li>3. постлучевой некрэктомии</li> <li>4. склерозирующей терапии</li> <li>5. удаления доброкачественных опухолей +</li> </ol> <p><b>55. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недоразвитие</li> <li>2. смещение кзади +</li> <li>3. чрезмерное развитие</li> <li>4. несимметричная деформация</li> <li>5. сагиттальный сдвиг</li> </ol>
--	---

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ОД1.1</b> Раздел 1 «местное и общее обезболивание в стоматологии»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 1</b></p> <p>Родители пациента М., возрастом 15 лет, страдающего болезнью Дауна обратились в поликлинику по поводу санации полости рта их сыну. После осмотра, который сопровождался значительными трудностями, удалось установить, что пациенту необходимо лечить множественный кариес зубов и удалить пять разрушенных зубов по поводу хронического периодонтита.</p> <p><b>Какой вид обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта у данного пациента?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфльтрационное обезболивание,</li> <li>2. проводниковое обезболивание,</li> <li>3. общее обезболивание. (+)</li> </ol> <p><b>В каких условиях и кем должно проводиться данный вид обезболивания?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-стоматологом,</li> <li>2. в условиях стационара анестезиологом-реаниматологом.(+)</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 2</b></p> <p>Пациент 30 лет, в анамнезе аллергия на анилиновые красители. Через 15 минут после местной анестезии новокаином в стоматологическом кресле, почувствовал: интенсивный зуд всей поверхности кожи; затем на коже появились гиперемированные участки сыпи, выступающие над ее поверхностью. При этом отмечалось: нарастающая слабость, головокружение и головная боль, тошнота, повышение температуры тела – 38,5 °С, АД 100/60 мм.рт. ст., ЧСС 100 в мин., ЧД 20 экс. в мин. После проведенной неотложной терапии все явления исчезли.</p> <p><b>Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?</b></p>
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипертонический криз</li> <li>2. развивающийся обморок</li> <li>3. острая крапивница(+)</li> <li>4. острый отек Квинке</li> </ol> <p><b>Какие меры неотложной помощи следует предпринять?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию</li> <li>2. антигистаминные препараты</li> <li>3. антигистаминные препараты и глюкокортикоиды</li> <li>4. антигистаминные препараты и сосудосуживающие средства</li> <li>5. немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно сосудосуживающие средства. (+)</li> </ol> <p><b>Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитием коллапса,</li> <li>2. развитием инсульта,</li> <li>3. развитием инфаркта миокарда,</li> <li>4. возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и асфиксией.(+)</li> </ol> <p><b>Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции. Какие дополнительные диагностические возможности были упущены?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. самостоятельное проведение внутрикожных проб,</li> <li>2. скарификационных тестов,</li> <li>3. консультация врача-иммунолога, (+)</li> <li>4. консультация врача- анестезиолога.</li> </ol> <p><b>Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. проводится в стационаре,</li> <li>2. в стационаре под наркозом,</li> <li>3. амбулаторно - после консультации врача-анестезиолога,</li> <li>4. амбулаторно под наркозом,</li> <li>5. амбулаторно, после консультации врача-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными препаратами и местной анестезией рекомендованным иммунологом местноанестезирующим препаратом. (+)</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.2</b> Раздел 2 «Воспалительные заболевания ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 3</b></p> <p>Больная, 56 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие свищевых ходов на коже с гнойным отделяемым.</p> <p>Из анамнеза: считает себя больной в течение 2,5 месяцев, когда заболел ранее леченный по поводу осложненного кариеса 4.7. За медицинской помощью обратилась спустя три недели, 4.7 был удален. Через две недели в подчелюстной области справа появился функционирующий свищ с гнойным отделяемым, отмечался подъем температура тела до 37,5 С.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости подчелюстной области справа. В этой же области определяется функционирующий свищ с умеренным гнойным отделяемым. Отмечается гипестезия кожи подбородка и нижней губы. При пальпации тела нижней челюсти справа определяется утолщение. Кожа над утолщенной костью несколько истончена и натянута. Подчелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены болезненны. В полости рта: 4.5,4.6,4.8 интактные, лунка удаленного 4.7 выполнена выбухающими грануляциями, обильно кровоточащими при зондировании.</p> <p>При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкции костной ткани, внутри которых видны тени еще отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклероза.</p>

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте план лечения больного.

#### Задача 4

Больной, 47 лет, предъявляет жалобы на сильные пульсирующие боли в области твердого неба, усиливающуюся при приеме пищи, разговоре, появление припухлости твердого неба в области 1.3,1.2,1.1.

Из анамнеза: считает себя больным в течение четырех дней, когда заболел 1.3. За медицинской помощью обратился после того, когда в области твердого неба появилась припухлость.

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,3С. Со стороны полости рта: 1.1,1.2,1.3 под пломбами, перкуссия 1.2 резко болезненна. В переднем отделе твердого неба определяется воспалительный инфильтрат овальной формы, резко болезненный при пальпации, в центре которого имеется участок флюктуации, слизистая оболочка над очагом гиперемирована, отмечается незначительный отек окружающих тканей.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите топографическую анатомию твердого неба, анатомические образования, находящиеся на нем, пути распространения инфекции.
5. Назовите оперативный доступ и последовательность действий при флегмонах данной локализации.

#### Задача 5

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С.

Из анамнеза: 4 дня назад появились боли в области 1.6. Несколько лет назад зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Интенсивность болей постепенно нарастала. 2 дня назад появилась припухлость правой щеки, гноетечение из соответствующего носового хода.



Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости правой щеки. Кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации инфильтрат не определяется. Пальпация передней стенки верхнечелюстного синуса справа болезненная. При передней риноскопии в правом носовом ходе определяются гнойные корочки.

Открытие рта в полном объеме, незначительно болезненное. В полости рта: 16 – под искусственной коронкой, перкуссия болезненная, слизистая оболочка по переходной складке в области 15, 16, 17 отечна, гиперемирована, пальпация болезненная.

На рентгенограмме 16: зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, в периапикальных тканях разряжение костной ткани с нечеткими контурами.

	<p><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальный диагноз.</li> <li>3. Поставьте клинический диагноз.</li> <li>4. Назовите этиологию и патогенез данного заболевания.</li> <li>5. Назовите типы строения верхнечелюстного синуса.</li> <li>6. Опишите рентгенограмму.</li> <li>7. План лечения больного.</li> <li>8. Осложнения и исход заболевания.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 6</b></p> <p>Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.</p> <p><u>Анамнез:</u> Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.</p> <p><u>При осмотре:</u> в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.</p> <p>На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разрежения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз заболевания.</li> <li>2. Проведите обоснование диагноза.</li> <li>3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Определите план лечения.</li> <li>5. Прогноз заболевания?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.3</b> Раздел 3 «Заболевания слюнных желез»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 7.</b></p> <p>Больной К., 52 лет. Жалобы на припухлость в поднижнечелюстной области слева, наличие неприятного, сладковатого отделяемого в полости рта.</p> <p><u>Анамнез.</u> Несколько лет тому назад (8—9) после охлаждения (купался в холодной реке) появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повысилась температура тела до 37,7°, отмечал болезненное глотание. Лечился теплыми полосканиями, компрессами, УВЧ на поднижнечелюстную область. Через неделю состояние улучшилось, температура снизилась, улучшилось самочувствие, но припухлость в поднижнечелюстной области полностью не рассосалась. В последующие годы стал иногда отмечать увеличение припухлости в поднижнечелюстной области, не связанное с охлаждением. Иногда припухлость увеличивалась без видимых причин, иногда во время еды. В районной поликлинике диагностировали лимфаденит, тонзиллит. Проводилась физиотерапия. Последние 2 года припухлость в поднижнечелюстной области не увеличивается, но и полностью не рассасывается, стал отмечать во рту неприятный привкус.</p> <p><u>Анамнез жизни.</u> В детстве корь, коклюш, свинка. Взрослым болел редко: грипп, ангина, последние годы повышается АД, оперирован по поводу паховой грыжи.</p> <p>При осмотре. В поднижнечелюстной области слева определяется едва заметная припухлость, кожа над ней в цвете не изменена.</p> <p><u>При пальпации</u> отмечается плотное, ограниченное, слегка болезненное, округлой формы образование, не спаянное с окружающими тканями, размером 4X4 см, располагающееся в среднезаднем отделе поднижнечелюстной области. Спереди от него пальпируются увеличенные, подвижные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без воспалительных изменений, за исключением участка щеки и ретромолярной области слева, где имеются белесоватые участки размером 1,5X2 см с неправильными границами гиперкератоза слизистой. При бимануальной пальпации четко определяется верхний полюс образования, от-</p>

	<p>меченного в поднижнечелюстной области. Кроме того, в заднем отделе подъязычной области, слева отмечается ограниченное плотное образование размером 0,8X0,8 см, при пальпации которого появляется колющая боль. Пальпация подъязычной области на остальном протяжении безболезненна. Из устья поднижнечелюстного протока слева выделяется секрет с примесью гноя.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дополнительное обследование.</li> <li>3. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.</li> <li>4. Наметьте план лечения.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 8.</b></p> <p>Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года.</p> <p><b>Анамнез.</b> Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличивающуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40— 50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.</p> <p><b>Анамнез жизни.</b> Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым пищевым продуктам.</p> <p><b>При осмотре</b> определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадичелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена.</p> <p><b>При пальпации</b> припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 78 покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3X0,4 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.</li> <li>2. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?</li> <li>4. Какое показано лечение?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.4</b> Раздел 4 «Заболевания нервов и ВНЧС»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 9</b></p> <p>Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?</li> <li>5. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для</li> </ol>

	<p>невралгии II-III ветви тройничного нерва?</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача 10</b></p> <p>Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?</li> <li>5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 11.</b></p> <p>Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.</li> <li>5. Методы лечения в данном случае?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 12</b></p> <p>Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> <li>4. Назначьте медикаментозное лечение.</li> <li>5. Показана ли физиотерапия этой больной?</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД1.5</b> Раздел 5 «Дентальная имплантация»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 13.</b></p> <p>Больной К., 43 года обратился в стоматологическую клинику с жалобами на болезненность в области установленного три недели назад имплантата. Объективно: конфигурация лица не нарушена, поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен, болезненный при пальпации. В полости рта: в области установленного имплантата на верхней челюсти справа имеется свищевой ход с серозно-гнойным экссудатом, слизистая альвеолярного отростка в области имплантата гиперемирована, отечна, болезненная при пальпации. При зондировании определяется импланто-десневой карман глубиной 4 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> </ol>

	<p>2. Назовите причины развития данной патологии.</p> <p>3. Какие методы дополнительного обследования необходимы для постановки окончательного диагноза.</p> <p>4. Какова тактика лечения данной патологии, прогноз заболевания?</p> <p>5. Какие виды дентальной имплантации Вам известны?</p> <p>6. Дайте определение понятию «остеоинтеграция».</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 14.</b></p> <p>Пациенту В. 56 лет 2 года назад был изготовлен на нижнюю челюсть съёмный протез с замковой системой фиксации в области внутрикостных имплантатов 33, 43. Обратился с жалобами на плохую фиксацию, подвижность протеза во время приема пищи. Ранее на профилактические приемы к стоматологу не являлся.</p> <p>1. Установите причину подвижности, плохой фиксации съёмного протеза.</p> <p>2. Назовите методы устранения в данном клиническом случае.</p> <p>3. Укажите виды имплантатов, абатментов для съёмного, несъёмного протезирования.</p> <p>4. Перечислите особенности ортопедического лечения с опорой на имплантаты.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.7</b> Раздел 7 «Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей и костей лица»</p>	<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 15.</b></p> <p>Больной К., 41год, обратился в поликлинику с жалобами на боль и ограничение движения нижней челюсти, затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: пять дней назад дома, упал, ударился лицом о твердый предмет, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.</p> <p>При осмотре: нарушение прикуса, разрыв слизистой оболочки десны между 3.5 и 3.6. На рентгенограмме определяется ровная линия перелома, проходящая вертикально по отношению к телу нижней челюсти.</p> <p>Установить диагноз. Составить план лечения.</p> <p>1. укажите основные факторы, влияющие на смещение отломков:</p> <p>а) направление силы удара б) сила тяги жевательных мышц в) сила тяжести отломков г) характер плоскости перелома д) все перечисленное выше (+)</p> <p>2. Укажите типичный вариант смещения отломков в данной ситуации:</p> <p>а) малый отломок смещается вверх, большой-вниз б) малый отломок смещается вверх, внутрь и вперед, большой-вниз и кзади в сторону перелома (+) в) малый отломок смещается вверх, кнаружи и кзади, большой-вниз, назад и внутрь.</p> <p>3. Смещение отломков в данной ситуации:</p> <p>а) минимально (+) б) максимально</p> <p>4. Разрыв сосудисто-нервного пучка при таком типе перелома нижней челюсти:</p> <p>а) возможен б) наблюдается, как правило (+) в) не происходит</p> <p>5. Укажите наиболее характерный клинический признак расположения зуба в щели перелома:</p> <p>а) подвижность зуба б) болезненная перкуссия зуба в) подвижность зуба вместе с отломком (+) г) отломок подвижен, зуб устойчив д) разрыв слизистой оболочки в области перелома.</p> <p>6. После наложения бимаксилярных шин резиновые кольца меняют:</p> <p>а) еженедельно</p>



	<p>б) ежедневно в) 2 раза в неделю (+) г) 3 раза в месяц.</p> <p>7. Хирургическо - ортопедический метод иммобилизации нижней челюсти: а) Адамса б) Айви в) Донского г) Макиенко (+)</p> <p>9. Документ, подтверждающий нетрудоспособность в данной ситуации а) бытовая справка (форма №66) б) больничный лист в) верно а) б) (+)</p> <p>10. Больничный лист при сроке лечения до 30 суток подписывается а) лечащим врачом б) МСЭК в) КЭК (+)</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.8</b> Раздел 8 «Опухоли и опухолеподобные новообразования ЧЛЮ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 16.</b></p> <p>Больной 49 лет, жалуется на наличие плотного образования на красной кайме нижней губы справа. Впервые заметил 2 года назад, к врачу не обращался. Объективно: на красной кайме нижней губы справа определяется резко ограниченный участок полигональной формы 2 мм x 8 мм. На поверхности очага плотно сидящая чешуйка, серовато-белого цвета. Очаг кажется слегка запавшим, окружающие ткани не изменены. При пальпации определяется поверхностное пластинчатое уплотнение.</p> <p>Вопросы: 1. Назовите предварительный диагноз. 2. Какова тактика врача-стоматолога, план обследования и лечения.</p> <p>Ответы: 1. Предварительный диагноз - ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы. 2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения диагноза.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача 17.</b></p> <p>Во время осмотра в стоматологической поликлинике у пациента 55 лет обнаружено ограниченное пятнисто-узелковое поражение размером 1 см x 1, 8 см на дне полости рта. Поверхность этого участка гиперемирована, бархатистая с папилломатозными разрастаниями. Пальпация участка поражения безболезненная.</p> <p>Вопросы: 1. Назовите предварительный диагноз. 2. Какова последующая тактика.</p> <p>Ответы: 1. Предполагаемый диагноз – болезнь Боуэна 2. Направить больного на консультацию в онкологический диспансер для уточнения диагноза.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача 18.</b></p> <p>У больного 60 лет на красной кайме нижней губы справа определяется эрозия овальной формы 0,5-1,0 см, поверхность гладкая, как бы полированная, интенсивно красного цвета. Из анамнеза установлено, что больной житель сельской местности, работа не в помещении. Данный очаг поражения периодически самостоятельно исчезает и снова появляется на том же месте и так продолжается более 1,5 лет.</p> <p>Вопросы: 1. Установите предварительный диагноз. 2. Составьте план лечения.</p> <p>Ответы: 1. Предварительный диагноз - бразильный преинвазивный хейлит Манганотти. 2. Лечение начинается с применения средств, стимулирующих эпителизацию</p>

	<p>эрозий, устранения раздражающих факторов внешней среды (холод, чрезмерная инсоляция и др.). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения необходимо хирургическое лечение (криотерапия, хирургическое иссечение).</p>
<p><b>Б 1.В.ОД1.9</b> Раздел 9 «Восстановительная хирургия лица и челюстей»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 19</b></p> <p>Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> <li>3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?</li> </ol> <p>Ответы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.</li> <li>2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде “Z” у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.</li> <li>3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 20</b></p> <p>У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?</li> <li>2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?</li> </ol> <p>Ответы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.</li> <li>2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желателно закрывать как можно раньше</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 21</b></p> <p>Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела</p>

	<p>нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Составьте план лечения больного.</li> <li>2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?</li> </ol> <p>Ответы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?</li> <li>2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.</li> </ol>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 18. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

#### 19. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	32. Знание алгоритма решения
	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 20. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткость</li> <li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая</li> </ol>

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

## 21.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология хирургическая»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-118	1-21	1-219	1-225	
	1	84, 85, 87, 88	1-21	170, 171, 198	18, 170, 171, 173-176, 180, 194	
ПК	2		1-21	18, 19, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 198	170, 171, 172, 193	
	4			43, 156	43, 155, 182, 195	
	5	43, 45-51, 53-54, 86, 102-103, 105, 108, 112	1-21	20, 74-75, 86-90, 124, 134-136, 157, 177-179, 180-184	19, 21, 20, 45-73, 74-83, 90-91, 100-112, 124, 128-131, 140-142, 156, 158, 177-179, 184-185	

<b>6</b>		1-21	42, 85, 196	42, 85, 192	
<b>7</b>	1-33, 36-39, 41-42, 52, 55-61, 64-77, 80-83, 89-101, 104, 106-107, 109-11, 113, 114-118	1-21	1-17, 21-40, 44, 45-73, 76-83, 84, 91-113, 114-117, 119-123, 125-133, 137-154, 155, 158-169, 185-195, 199-218	1-17, 23-40, 92-97, 99, 113, 132-139, 143-154, 159-169, 180-183, 186-191, 196-225	
<b>9</b>	44, 84	1-21		44, 84, 98	
<b>10</b>		1-21		127	
<b>12</b>	34, 40, 62, 63, 78	1-21	118, 219	41, 125, 155	

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ФАКУЛЬТАТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>ФТД.1.1.</b> «Значение и возможности методов функциональной диагностики в системе комплексного обследования стоматологического больного»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реография как метод. Виды реографов. Зависимость электрического сопротивления тканей от функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы. Функциональные пробы общего и местного действия. Области применения реографии и методика проведения. Интерпретация.</li> <li>2. Фотоплетизмография. Принцип работы фотоплетизмографов. Расшифровка и анализ ФПГ.</li> <li>3. Капилляроскопия и контактная биомикроскопия как методы исследования капилляров в стоматологии.</li> <li>4. Лазерная доплерфлоуметрия. Области применения. Значение.</li> <li>5. Применение полярографии и потенциометрии в клинической практике.</li> <li>6. Эхоостеометрия и периостестметрия.</li> </ol>
<p><b>ФТД.1.2.</b> «Методы исследования двигательной функции»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Методы исследования двигательной функции. Значение в стоматологии.</li> <li>8. Электромиография. Понятие. Методика проведения</li> <li>9. Мاستикациография. Понятие. Методика проведения</li> <li>10. Гнатодинамометрия. Понятие. Методика проведения</li> <li>11. Мандибулярная кинезиография. Понятие. Методика проведения</li> </ol>

	<p>12. Статические методы определения жевательной эффективности</p> <p>13. Динамические методы определения</p> <p>14. Пародонтограмма В.Ю.Курляндского. Заполнение. Анализ данных одонтопародонтограммы при выборе ортопедических конструкций.</p> <p>15. Функциональные пробы их значение в клинике ортопедической стоматологии.</p>
<p><b>ФТД.2.3.</b> «Графические методы регистрации движений нижней челюсти»</p>	<p>16. Внутриворотовой метод регистрации движений нижней челюсти – функциография Кляйнрок-Хватовой.</p> <p>17. Аксиография - внеротовой метод регистрации движений нижней челюсти. Показания. Разновидности аксиографов.</p>

### **Темы индивидуальных заданий**

1. Укажите последовательность Ваших действий при гнатометрии, составьте схему. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для проведения этой методики.
2. Укажите последовательность Ваших действий при проведении аксиографии. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики,
3. Укажите медикаментозные препараты и алгоритм медикаментозной обработки корневых каналов. Перечислите возможные ошибки и осложнения при использовании наиболее распространённых и эффективных средств. Опишите тактику врача.
4. Измерьте длину корневого канала на тренажёрном эндодонтическом блоке, используя имеющиеся на занятии технические возможности (эндодонтическая линейка, инструменты с метками длины).
5. Подготовьте апекслокатор к работе. Покажите, как правильно измерить рабочую длину зуба. Перечислите ситуации, когда не следует доверять показаниям прибора.
6. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с работой современного эндодонтического мотора SilverReciproc (VDW), работающего как в реципрокном режиме, так и в режиме постоянного вращения с классическими никель-титановыми системами. Изучите библиотеку файлов, работу функции реверса как в автоматическом, так и в ручном режиме.
7. Под руководством преподавателя научитесь самостоятельно проводить механическую обработку корневых каналов с использованием роторных NiTi-инструментов Mtwo (VDW) и однофайловой реципрокальной системы Reciproc

- (VDW). Оцените достоинства, техники «одной длины», себестоимость обработки одного канала.
8. Проведите механическую и медикаментозную обработку корневого канала на тренажерном эндодонтическом блоке, используя NiTi инструменты Mtwo (VDW, Германия) и Recipro (VDW, Германия). Для ирригации канала используйте эндодонтический шприц согласно алгоритму.
  9. Проведите высушивание корневого канала с использованием бумажных штифтов (пинов). Обратите внимание, на последовательность их применения для экономии расходных материалов. Сохраните пластиковый блок для следующего занятия.
  10. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с работой «BeeFillPack» (VDW) – аппарата для пломбирования апикальной части корневого канала по технике «Downpack» с использованием метода вертикальной конденсации разогретой термопластифицированной гуттаперчи и «BeeFill» (VDW) - аппарата для инъекционного введения разогретой гуттаперчи непосредственно в корневой канал.
  11. Оцените качество пломбирования канала: количество выведенного пломбировочного материала за пределы канала, дефекты заполнения, плотность прилегания гуттаперчи к стенкам канала, равномерность и гомогенность заполнения.
  12. Под руководством преподавателя определите минимальную и максимальную глубину погружения штифта в канал, размер коронковой части штифта.
  13. Определите диаметр последнего инструмента для расширения канала. Какие факторы влияют на этот показатель?
  14. Определите минимальное количество материала для перекрытия штифта на вестибулярной, небной, апроксимальной поверхности и по режущему краю. Оптимальная толщина материала, гарантирующая естественную цветопередачу и имеющую достаточную прочность.
  15. Создайте базу (основы) реставрации, в том числе контура геометрической формы дентина и мамелонов режущего края для обозначения боковых и нижних границ дентина.
  16. Моделируйте признаки принадлежности к стороне (признака отклонения корня в полости рта, признаков кривизны и угла коронки) в виде смещения вершины десневого купола в дистальную сторону. В среднем отделе зуба создайте признак кривизны коронки посредством формирования наибольшей выпуклости в мезиальной области.

17. Воспроизведите индивидуальные особенности зуба, в том числе зубодесневой контур, макрорельеф, режущий край. Индивидуальные особенности режущего края, выраженные различной степенью его прозрачности и мамелонами, должны располагаться в нижнем ярусе.
18. Проведите этап окончательной обработки реставрации.

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>ФТД.1.</b> «Функциональная диагностика в стоматологии»</p>	<p>1. Гнатодинамометрия – это  <b>А) метод выявления силы развиваемой жевательной мускулатурой и измерения усилия сжатия мышечного аппарата на ткани пародонта зубов при нормальных и патологических состояниях зубочелюстной системы в различных участках зубного ряда.</b>          Б) метод количественной оценки состояния плотности костной ткани путем измерения времени прохождения УЗ-колебаний через исследуемый участок кости          В) метод исследования нейро-мышечной системы путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц</p> <p>2. Первый гнатодинамометр был создан  <b>А) Блеком</b>          Б) Кампером          В) Бонвилем</p> <p>3. Гнатодинамометры разделяют на  <b>А) механические</b>          Б) электронные          В) механические и электронные</p> <p>4. Периотестметрия – это  <b>А) это метод опосредованной оценки состояния опорных тканей зуба</b>          Б) метод изучения интенсивности микроциркуляций в исследуемом участке тела          В) метод изучения плотности костной ткани</p> <p>5. Симметроскопия – это  <b>А) графический метод изучения формы зубных рядов</b>          Б) метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов различных органов и тканей          В) метод исследования кровообращения в тканях пародонта</p> <p>6. Аксиография- это  <b>А) внеротовая регистрация движений нижней челюсти</b>          Б) внутриротовая регистрация движений нижней челюсти          В) регистрация силы сжатия жевательных мышц</p> <p>7. Аксиограф – это  <b>А) прибор для проведения аксиографии и записи аксиограмм в трех взаимно перпендикулярных плоскостях.</b>          Б) прибор для внутриротовой регистрации движений нижней челюсти          В) прибор для регистрации биопотенциалов с поверхности жевательных мышц</p> <p>8. К механическим аксиографам относятся:  <b>А) «SAM», «Arcus pro»</b>          Б) «Arcus digma»          В) «Cadiax Compact»</p> <p>9. К электронным аксиографам относят:  <b>А) «Arcus digma»</b></p>
--	--



<p>Б) «Arcus pro» В) «SAM»</p> <p>10. Функциограф – это <b>А) аппарат для внутриротовой регистрации движений нижней челюсти</b> Б) аппарат для определения жевательной эффективности В) аппарат для внеротовой регистрации движений нижней челюсти</p> <p>11. Клинические функциональные пробы по Ильиной - Маркосян применяют для: <b>А) дифференциальной диагностики смещений нижней челюсти</b> Б) для определения жевательной эффективности зубо-челюстной системы В) для выявления симптомов дисфункции височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>12. Всего функциональных проб по Ильиной-Маркосян <b>А) 4</b> Б) 6 В) 3</p> <p>13. Реакционные тесты основываются на <b>А) принципе определенной ответной активности (реакции) пациента на некоторые воздействия</b> Б) результаты эхоостеометрии В) данные гнатодинамометрии</p> <p>14. При помощи дистракционного теста Гербера оценивают <b>А) наличие сжатия или растяжения в одном или обоих ВНЧС</b> Б) силу сжатия жевательных мышц В) кровенаполнение сосудов пародонта</p> <p>15. Эхоостеометрия- это <b>А) метод количественной оценки состояния плотности костной ткани путем измерения времени прохождения УЗ-колебаний через исследуемый участок кости</b> Б) метод оценки поглощения звуковых волн костной тканью В) метод оценки кровоснабжения костной ткани</p> <p>16. Метод эхоостеометрии основан на следующих данных <b>А) скорость прохождения звука в разных средах различна и зависит от плотности костной ткани</b> Б) регистрации электрических потенциалов жевательных мышц В) исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов</p> <p>17. С помощью метода эхоостеометрии можно <b>А) измерить плотность костной ткани альвеолярного отростка</b> Б) исследовать кровенаполнение костной ткани В) исследовать электрические потенциалы жевательных мышц в покое и во время функции.</p> <p>18. В стоматологических исследованиях радиоизотопный метод широко применяют с целью <b>А) изучения динамики минерального и белкового обмена твердых тканей зуба в норме и при различных заболеваниях</b> Б) изучить плотность костной ткани В) изучить кровенаполнение костной и мягких тканей челюстно-лицевой области</p> <p>19. Радиоизотопный метод позволяет также исследовать <b>А) влияние слюны на краевую проницаемость, зависимость краевой проницаемости от температуры</b> Б) жевательную эффективность зубочелюстной системы В) состояние пародонтального комплекса</p>
--

	<p>20. Электромиография (ЭМГ) это —  <b>А) метод исследования нейро-мышечной системы путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц</b>          Б) метод изучения интенсивности микроциркуляций в исследуемом участке тела          В) метод изучения плотности костной ткани</p> <p>21. Метод лазерной доплеровской флоуметрии основан на  <b>А) эффекте Доплера</b>          Б) эффекте Джонсона-Рабека          В) данных остеометрии</p> <p>22. Степень сосудистых нарушений зависит от  <b>А) от тяжести деструктивных изменений</b>          Б) от уровня глюкозы крови          В) от самотического состояния организма</p> <p>23. Анализ доплерограмм показывает  <b>А) что признаки гемодинамических нарушений нарастают с увеличением тяжести заболевания пародонта</b>          Б) что признаки гемодинамических нарушений не связаны с тяжестью деструктивных изменений          В) не используется в стоматологии</p> <p>24. Реография это –  <b>А) метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов различных органов и тканей, основанный на графической регистрации изменений полного электрического сопротивления тканей</b>          Б) метод изучения биопотенциалов с поверхности жевательных мышц          В) метод изучения плотности костной ткани</p> <p>25. Метод исследования кровообращения в зубе называется  <b>А) реодентография</b>          Б) реопародонтография          В) реоартрография</p> <p>26. Метод исследования кровообращения в тканях пародонта называется  <b>А) реопародонтография</b>          Б) реоартрография          В) реодентография</p> <p>27. Метод исследования кровообращения в тканях околоушной области называется  <b>А) реоартрография</b>          Б) реодентография          В) реопародонтография</p>
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы факультативной дисциплины «Актуальные проблемы эндодонтии»**

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Т – тестирование
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Тесты
УК	1		1 - 17	1-27
	2			
	3			
ПК	1		1 - 17	1-27
	2			
	3			
	4			
	5		1 - 17	1-27
	6			
	7		1 - 17	1-27
	8			
	9		1 - 17	1-27
	10			
	11			
	12		1 - 17	1-27

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ».**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p>Раздел 1. «Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ у детей»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анатомо-физиологические особенности временных зубов и их влияние на возникновение и течение кариозного процесса у детей раннего и дошкольного возраста.</li> <li>2. Анатомо-физиологические особенности пульпы молочных и постоянных зубов в разные сроки формирования корней, значение для клиники пульпитов.</li> <li>3. Анатомо-физиологические особенности периодонта у детей в возрастном аспекте. Зависимость течения периодонтитов временных зубов от анатомо-физиологических особенностей. Рентгенологическая картина различных форм периодонтита. Различия физиологической и патологической резорбции корней.</li> <li>4. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта и распространенность заболеваний пародонта в различные периоды детского возраста.</li> <li>5. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта и распространенность различных заболеваний слизистой оболочки полости рта в возрастном аспекте.</li> </ol>
--	---

<p>Раздел 2. «Методы обследования пациентов детского возраста».</p>	<p>6. Осмотр полости рта у ребенка, исследование слизистой оболочки полости рта и пародонта. Индексы гигиены, индексы, регистрирующие состояние пародонта (РМА, СРІ и др.)</p> <p>7. Профилактическое обследование ребенка у стоматолога детского. Цель и задачи, алгоритм обследования. Значение анамнеза и катамнеза для составления плана профилактики заболеваний полости рта у ребенка.</p> <p>8. Значение рентген-диагностики в детской стоматологии. Виды рентгенографии, методика чтения рентгенограмм, определение возраста ребенка.</p>
<p>Раздел 3. «Кариес зубов и его осложнения у детей»</p>	<p>9. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении кариеса молочных и постоянных зубов в детском возрасте.</p> <p>10. Классификация кариеса у детей по Т. Ф. Виноградовой. Зависимость клинического течения и особенностей лечения кариеса постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.</p> <p>11. Атрауматичные методы лечения кариеса у детей. Малоинвазивные методы лечения.</p> <p>12. Показания к выбору метода лечения пульпитов молочных зубов в детском возрасте. Проведение методов витальной и девитальной ампутации пульпы у детей с различной степенью сформированности или резорбции корней.</p> <p>13. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов зубов у детей, их профилактика.</p> <p>14. Особенности течения и лечения пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей. Диспансеризация</p> <p>15. Эндодонтическое лечение осложнений кариеса зубов в детском возрасте. Современные эндодонтические инструменты (техника их использования), медикаментозные и пломбировочные материалы для лечения корней зубов в детской практике.</p>
<p>Раздел 4. «Болезни пародонта в детском возрасте»</p>	<p>16. Классификация заболеваний пародонта у детей. Этиопатогенез воспалительных заболеваний пародонта.</p> <p>17. Клиника, диагностика гингивитов у детей.</p> <p>18. Комплексное лечение заболеваний пародонта в детском возрасте. Значение индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта у детей.</p>
<p>Раздел 5. «Заболевания слизистой оболочки полости рта»</p>	<p>19. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Принципы лечения детей с ОГС и РГС, современные медикаментозные средства лечения.</p> <p>20. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.</p> <p>21. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.</p> <p>22. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия). Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.</p> <p>23. Многоформная экссудативная эритема и рецидивирующие афты полости рта. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p>
<p>Раздел 6 . «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>24. Кариесрезистентность эмали зубов. Методы определения и пути повышения. Сравнительная характеристика местных кариеспрофилактических средств.</p> <p>25. Комплексная система профилактики стоматологических заболеваний. Выбор программ. Значение эпидемиологических исследований. Образовательные программы</p> <p>26. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта. Показания к их</p>

	<p>применению.</p> <p>27. Роль герметизации фиссур в профилактике кариеса жевательных поверхностей зубов у детей. Показания и техника герметизации фиссур.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б1.В.ДВ.2.1</b> Раздел 1. «Анатомо-физиологические особенности ЧЛО у детей»</p>	<p>1. Анатомическая шейка зуба – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Место, разделяющее зуб на две части</li> <li>2) <b>Переход эмали в цемент корня</b></li> <li>3) Переход надальвеолярной части зуба в подальвеолярную</li> <li>4) Экватор зуба</li> <li>5) Место прикрепления десны к зубу.</li> </ol> <p>2. Эмаль зуба состоит из:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Эмалевых призм, объединенных в пучки, и межпризматического вещества</b></li> <li>2) Кутикулы и пелликулы</li> <li>3) Остеобластов, коллагеновых волокон</li> <li>4) Амелобластов, эластических волокон</li> <li>5) Пелликулы и межпризменного вещества.</li> </ol> <p>3. Содержание неорганических веществ в эмали составляет (%):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2</li> <li>2) 34</li> <li>3) 52</li> <li>4) <b>95</b></li> <li>5) 100.</li> </ol> <p>4. Минеральная основа эмали представлена:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Кристаллами апатитов</b></li> <li>2) Эмалевыми пучками, веретёнами, ламеллами</li> <li>3) Водой, находящейся в связанном и свободном состоянии</li> <li>4) Обызвествленными коллагеновыми волокнами</li> <li>5) Кристаллами апатитов и водой, находящейся в связанном состоянии.</li> </ol> <p>5. Минерализация («созревание») эмали после прорезывания зуба наиболее активно протекает в течение (лет):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>2</b></li> <li>2) 5</li> <li>3) 8</li> <li>4) 10.</li> </ol> <p>1. Периодонтальная щель – это пространство между:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Десневым краем и поверхностью зуба</li> <li>2) <b>Цементом корня зуба и альвеолой</b></li> <li>3) Эмалью и цементом корня</li> <li>4) Двумя соседними зубами</li> <li>5) Двумя альвеолами.</li> </ol> <p>2. Слои слизистой оболочки полости рта называются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Покровный эпителий, собственно слизистая, подслизистый</li> <li>2) Многослойный эпителий, собственно слизистая, синовиальный</li> <li>3) <b>Многослойный плоский эпителий, собственно слизистая, подслизистый</b></li> <li>4) Многорядный мерцательный эпителий, жировая клетчатка,</li> </ol>
---	---

	<p>мышечная пластинка</p> <p>5) Покровный эпителий, жировая клетчатка, собственно слизистая.</p> <p>3. В норме в полости рта ороговевают эпителии слизистой оболочки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Десны</b></li> <li>2) Щеки</li> <li>3) Губы</li> <li>4) Мягкого нёба.</li> </ol> <p>4. Пародонт – это комплекс тканей, включающий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Десну, периодонт, слизистую оболочку губ и щёк</li> <li>2) <b>Десну, периодонт, кость альвеолы, цемент корня</b></li> <li>3) Десну, периодонт, кость альвеолы, переходную складку</li> <li>4) Периодонт, цемент корня, альвеолярные отростки челюстей.</li> </ol> <p>5. Выводной проток околоушной слюнной железы открывается на уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Нижних центральных резцов</li> <li>2) Верхних клыков</li> <li>3) Верхнего первого премоляра</li> <li>4) <b>Верхних центральных резцов</b></li> <li>5) <b>Верхнего второго моляра.</b></li> </ol>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.1</b> Раздел 2. «Методы обследования пациентов детского возраста»</p>	<p>11. Основным методом обследования пациентов в стоматологии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) визиография</li> <li>2) электроодонтодиагностика</li> <li>3) <b>осмотр</b></li> <li>4) рентгенография</li> <li>5) цитология.</li> </ol> <p>12. Внеротовое стоматологическое обследование включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>осмотр кожных покровов лица и шеи, пальпацию регионарных лимфатических узлов, обследование височно-нижнечелюстного сустава</b></li> <li>2) осмотр преддверия полости рта, уздечек верхней и нижней губы, твёрдых тканей зубов</li> <li>3) осмотр кожных покровов лица и шеи, преддверия полости рта, определение вида прикуса</li> <li>4) пальпацию регионарных лимфатических узлов, осмотр твёрдых тканей зубов, определение прикуса.</li> </ol> <p>13. Интенсивность кариеса в период смены зубов оценивается с помощью индекса:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кпу</li> <li>2) КПУ</li> <li>3) <b>КПУ+кп</b></li> <li>4)кп</li> </ol> <p>14. Последовательность проведения стоматологического обследования пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перкуссия зубов, пальпация мягких тканей полости рта, анамнез заболевания</li> <li>2) анамнез жизни, внеротовое обследование, выяснение жалоб</li> <li>3) внеротовое обследование, анамнез заболевания перкуссия зубов</li> <li>4) <b>выяснение жалоб, сбор анамнеза, внеротовое и внутриверотное обследование</b></li> <li>5) внеротовое и внутриверотное обследование, выяснение жалоб, сбор анамнеза.</li> </ol> <p>15. Основным методом выявления зубного налёта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) визуальный осмотр</li> </ol>

	<p>2) зондирование  <b>3) окрашивание</b>  4) рентгенография.</p> <p>16. Количество зубного налёта и зубного камня позволяет определить индекс:  1) КПУ  2) РНР  3) Фёдорова-Володкиной  <b>4) ОНI-S</b>  5) РМА</p> <p>17. Для определения состояния гигиены полости рта у детей раннего возраста используют индекс:  1) Фёдорова-Володкиной  2) кпу  <b>3) Кузьминой</b>  4) ОНI-S  5) РНР.</p> <p>18. У дошкольников состояние гигиены полости рта оценивают с помощью индекса:  1) кпу  2) РМА  3) Кузьминой  <b>4) Фёдорова-Володкиной</b>  5) РНР.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.3</b> Раздел 3.  «Кариес зубов и его осложнения у детей»</p>	<p>19. Форма кариеса, наиболее часто встречающаяся во временных зубах:  1) Стадия пятна  2) Поверхностный  3) <b>Средний</b>  4) Глубокий.</p> <p>20. Дентин при медленном течении кариеса:  1) Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором  2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом  3) Пигментированный, легко удаляется экскаватором  4) <b>Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом</b>  5) Светлый, при зондировании плотный.</p> <p>21. Дентин при активном течении кариеса:  1) <b>Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором</b>  2) Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом  3) Пигментированный, легко удаляется экскаватором  4) Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом  5) Светлый, при зондировании плотный.</p> <p>22. Деминерализация эмали начинается в её слое:  1) Поверхностном  2) <b>Подповерхностном</b>  3) Среднем  4) Глубоком  5) Одновременно во всех слоях.</p> <p>23. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:  1) 30% раствор серебра  2) <b>10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия</b>  3) Раствор Шиллера-Писарева</p>

	<p>4) 3% гипохлорит натрия 5) Аргенат.</p> <p>24. Метод серебрения при поверхностном кариесе временных зубов проводят: 1) однократно <b>2) 3 раза с интервалом 2-3 дня</b> 3) 2 раза с интервалом 5-7 дней.</p> <p>25. Наиболее часта причина пульпита во временных молярах: 1) Механическая травма пульпы 2) Термическая травма пульпы 3) Химическая травма пульпы 4) <b>Инфицирование из кариозной полости.</b></p> <p>26. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является: 1) <b>Перелом части коронки зуба</b> 2) Нарушение техники препарирования зуба 3) Инфицирование из кариозной полости 4) Наследственная предрасположенность.</p> <p>27. Форма пульпита, преобладающая во временных зубах у детей: 1) Острый очаговый 2) Острый диффузный 3) <b>Хронический фиброзный</b> 4) Хронический гангренозный 5) Хронический гипертрофический.</p> <p>28. Тактика врача при лечении хронического периодонтита временного моляра со свищем у ребёнка 3 группы здоровья: 1) проведение девитальной экстирпации 2) наблюдение до появления острой боли <b>3) удаление зуба.</b></p> <p>29.. О вовлечении зачатка постоянного зуба в воспалительный процесс при хроническом периодонтите временного зуба, по данным рентгенограммы, свидетельствуют: 1) наличие очага разрежения костной ткани у верхушек корней больного зуба 2) очаг разрежения в области бифуркации корне 3) ослабление рисунка костных балочек <b>4) нарушение целостности кортикальной пластинки, ограничивающей фолликул постоянного зуба.</b></p> <p>30. Тактика врача при хроническом периодонтите временного зуба в период резорбции корней: 1) консервативное лечение периодонтита с пломбированием корней зуба 2) проведение резорцин-формалинового метода лечения <b>3) удаление зуба.</b></p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.4</b> Раздел 4. «Болезни пародонта в детском возрасте»</p>	<p>31. К идиопатическим заболеваниям пародонта с прогрессирующим лизисом относят: 1) Гипертрофический гингивит 2) <b>Эозинофильная гранулёма</b> 3) Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана 4) Синдром Пьера-Робена.</p> <p>32. К воспалительным заболеваниям пародонта относятся: 1) Хронический катаральный гингивит 2) Хронический язвенный гингивит 3) Хронический гиперпластический гингивит</p>



	<p>4) Хронический пародонтит 5) <b>Все ответы верны.</b></p> <p>33. Основной клинический признак катарального гингивита: 1) Разрастание десны 2) <b>Кровоточивость десны</b> 3) Подвижность зубов 4) Некроз десны 5) Пародонтальные карманы.</p> <p>34. Наличие ложного пародонтального кармана характерно для: 1) Хронического катарального гингивита 2) Хронического язвенного гингивита 3) Пародонтита 4) Пародонтоза 5) <b>Гипертрофического гингивита</b></p> <p>35. Причиной хронического локализованного пародонтита может быть: 1) Неудовлетворительная гигиена полости рта 2) Сахарный диабет 3) Гиповитаминоз С 4) <b>Мелкое преддверие полости рта.</b></p> <p>36. Для удаления зубного камня с помощью ультразвука используют аппарат: 1) Аппарат для электроодонтодиагностики 2) «Диагност» 3) <b>«Пьезон-Мастер»</b> 4) “Pluraflex” 5) “Air-Flow”.</p> <p>37. Жалобы на разрастание и кровоточивость дёсен характерны для: 1) Острого катарального гингивита 2) Хронического катарального гингивита 3) Язвенно-некротического гингивита 4) <b>Отёчной формы гипертрофического гингивита</b> 5) Фиброзной формы гипертрофического гингивита.</p> <p>38. Триада симптомов: несахарный диабет, экзофтальм, очаги деструкции в плоских костях – характерны для: 1) Пародонтита; 2) Эозинофильной гранулёмы 3) Гипоглобулинемии 4) Циклической нейтропении 5) <b>Болезни Хенд-Крисчен-Шуллера (хронического ксантоматоза).</b></p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.5.</b> Раздел 5. «Заболевания слизистой оболочки полости рта»</p>	<p>39. При многоформной экссудативной эритеме очаги поражения выявляются на: 1) Коже 2) Слизистой оболочке 3) <b>Коже и слизистой оболочке.</b></p> <p>40. Первичный элемент поражения при ОГС: 1) Папула 2) Эрозия 3) <b>Пузырёк</b> 4) Корка.</p> <p>41. При кандидозе обработка полости рта включает: 1) Обезболивание, антисептическая обработка,</p>

- кератопластики
- 2) **Удаление верхнего рыхлого слоя налёта, обработка 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, аппликации 1% раствора канестена или клотримазола**
  - 3) Обезболивание ,антисептическая обработка, нанесение синтомициновой мази.

42. Причина возникновения ОГС у маленьких детей:

- 1) Сопутствующие заболевания
- 2) **Утрата пассивного иммунитета**
- 3) Аллергизация организма.

43. Причиной травматической эрозии слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей первых месяцев жизни чаще является:

- 1) Соски, резиновые рожки на бутылочках
- 2) Игрушки с острыми гранями
- 3) Средства гигиены полости рта новорождённых
- 4) **Преждевременно прорезавшиеся зубы.**

44. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

- 1) **Белый творожистый налёт**
- 2) Фибринозный налёт
- 3) Папулы округлой или овальной формы
- 4) Пятна Филатова-Коплика.

45. Для лечения пиодермии применяют мазь:

- 1) 0,25% оксолиновая
- 2) 2% теброфеновая
- 3) **2% неомициновая**
- 4) Клотримазол.

46. Для ускорения заживления афт при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите применяют:

- 1) Флореналевую мазь
- 2) Мазь ацикловир
- 3) Мазь клотримазол
- 4) Гидрокортизоновую мазь
- 5) **Масло шиповника.**

47. Афты Беднара встречаются:

- 1) **У детей первых месяцев жизни**
- 2) У детей 2-3 лет
- 3) У дошкольников
- 4) У подростков.

48. Противовирусные препараты и мази назначают:

- 1) **В первые 2-3 дня заболевания**
- 2) На 5-7-й день заболевания
- 3) В продромальный период
- 4) В период ремиссии.

49. Инкубационный период ОГС длится:

- 1) **От 2 до 6 дней**
- 2) От 2 до 15 дней
- 3) От 2 до 3 дней.

50. Для ХРАС характерны:

- 1) Множественные пузырьковые высыпания на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ
- 2) **Острый катаральный гингивит**

	<p>3) Пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта</p> <p>4) <b>Единичные эрозии округлой или овальной формы</b></p> <p>5) Эрозии разных размеров с фестончатыми краями на гиперемированном фоне.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.6</b> Раздел 6. «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p>51. К местным методам фторидпрофилактики относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) употребление фторированного молока</li> <li>2) <b>покрытие зубов фторлаком</b></li> <li>3) приём фторидсодержащих таблеток</li> <li>4) фторирование питьевой воды.</li> </ol> <p>52. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний пародонта является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Эффективное удаление зубных отложений (индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта)</b></li> <li>2) Сокращение употребления легко ферментируемых углеводов</li> <li>3) Санация полости рта</li> <li>4) Регулярное применение фторидсодержащих зубных паст.</li> </ol> <p>53. Показанием к проведению герметизации фиссур является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>узкие глубокие фиссуры на жевательной поверхности</b></li> <li>2) страх стоматологического вмешательства у пациента</li> <li>3) кариозное поражение фиссур</li> <li>4) интактность зубов более двух лет с момента прорезывания.</li> </ol> <p>54. Уровни интенсивности кариеса зубов определены ВОЗ для возрастных групп:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 6 и 12 лет</li> <li>2) 12 и 18 лет</li> <li>3) 6 и 18 лет</li> <li>4) <b>12 лет и 35-44 года</b></li> <li>5) 18 лет и 35-44 года.</li> </ol> <p>55. Единая международная система выявления и оценки кариеса зубов – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>ICDAS</b></li> <li>2) OHI-S</li> <li>3) CPITN</li> <li>4) PHF</li> <li>5) PMA</li> </ol>

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б1.В.ДВ.2.1</b> Раздел 1. «Анатомо-физиологические особенности ЧЛЮ у детей»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача №1</b></p> <p>Пациентка 16 лет обратилась в клинику с жалобами на наличие белых пятен на передних зубах верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что пятна обнаружены после окончания ортодонтического лечения. При осмотре на вестибулярной поверхности 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 выявлены меловые пятна и дефекты эмали.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Выберите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.</li> <li>4. Назовите причину данной патологии.</li> <li>5. Составьте план лечения и профилактики.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Очаговая деминерализация эмали. К 02.0 – кариес эмали.</li> <li>2) С пятнистой формой флюороза.</li> </ol>
---	---

	<p>3) Метод витального окрашивания, окрашивание кариес-индикаторами.</p> <p>4) Несоблюдение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении.</p> <p>5) Обучение индивидуальной гигиене полости рта, проведение профессиональной гигиены. Местное применение реминерализующих и фторидсодержащих препаратов (апликации, втирания, электро- и фонофорез), метод инфильтрации, микроабразия и восстановление пломбирочными материалами</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.2.</b> Раздел 2. «Методы обследования пациентов детского возраста»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 2.</b></p> <p>Родители обратились с жалобами на эстетический дефект передних зубов ребенка. Анамнез: у мамы был токсикоз первой половины беременности, ОРВИ и бронхит – во второй. Ребенок родился от первой беременности и развивался нормально, три раза болел ОРЗ. Зубы прорезались в срок, нормальной величины и формы. При осмотре полости рта ребенка: на вестибулярной поверхности 11, 21 – белые пятна с четкими контурами, 12,22 – пигментированные пятна с четкими контурами.</p> <p>1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза? 2. Проведите дифференциальную диагностику.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 3.</b></p> <p>На прием к стоматологу обратился ребенок 14 лет с жалобами на сухость и жжение губ. Из анамнеза: болен несколько месяцев. Аллергические реакции отрицает. Внешний осмотр: кожные покровы чистые. Красная кайма губ от линии смыкания до ее середины покрыта серыми прозрачными чешуйками, которые плотно прикреплены в центре и отстают по краям. При попытке снять чешуйки обнажается сухая ярко-красная поверхность. Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.3</b> Раздел 3. «Кариес зубов и его осложнения у детей»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 4.</b></p> <p>К врачу-стоматологу обратилась девочка 14 лет с жалобами на боли от термических и механических раздражителей в 3.7. При осмотре: 3.7 – глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно по дну, перкуссия безболезненна, реакция на холод положительная, быстро проходящая. КПУ = 10. Все зубы покрыты обильным налётом.</p> <p>1. Поставьте диагноз. 2. Определите степень активности кариеса. 3. Предложите план лечения. 4. В какой диспансерной группе надо наблюдать ребёнка? План диспансеризации. 5. Составьте план профилактических мероприятий.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <p>1) Глубокий кариес 3.7. К 02.1 – кариес дентина. 2) Высокая (3 степень) активность кариеса, декомпенсированная форма. 3) Отсроченный метод пломбирования 3.7 с использованием лечебной прокладки с гидроокисью кальция и временной лечебной пломбы из цинк-эвгеноловой пасты на 1-2 месяца. 4) 3 диспансерная группа. Осмотр и санация каждые 3 месяца. Профессиональная гигиена с обучением, выбором предметов и средств гигиены. Экзогенная профилактика каждые 2-3 месяца (апликации рем-растворов, покрытие фтор-лаком или гелем). Назначение эндогенных средств профилактики кариеса.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 5.</b></p> <p>Мальчик 8 лет жалуется на боли во время еды в зубе на нижней челюсти справа. Объективно: 4.6 – глубокая кариозная полость на жевательной поверхности, заполненная размягчённым дентином. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке. Реакция на холодную воду положительная, длительно не проходящая. При рентгенологическом обследовании выявлено сообщение кариозной полости с полостью зуба.</p> <p>1. Опишите рентгенологическую картину корней 4.6. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Поставьте диагноз.</p>

	<p>4. Выберите метод лечения. 5. Предположите прогноз.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <p>1) Корни зуба 4.6 не сформированы. 2) С глубоким кариесом, с различными формами периодонтита. 3) Хронический фиброзный пульпит – К 04.0. 4) Витальная пульпотомия с применением препаратов гидроокиси кальция. 5) Окончание формирования корней зуба – апексогенез при эффективном лечении. При неблагоприятном течении – апексификация.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.4</b> Раздел 4. «Болезни пародонта в детском возрасте»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 6.</b></p> <p>Девочка 14 лет обратилась с жалобами на увеличение объёма дёсен, которое появилось год назад и сопровождается обильной кровоточивостью. Зубы чистит нерегулярно, объясняет это тем, что щадит десну. При осмотре: слизистая десны отёчна, гиперемирована, кровоточит, зубодесневые сосочки увеличены в объёме, деформированы. На некоторых зубах гипертрофированная десна закрывает пришеечную часть коронок.</p> <p>1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Причины заболевания? 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Какие методы обследования необходимо провести? 5. В консультации каких специалистов нуждается девочка? 6. Составьте план лечения.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <p>1) Хронический генерализованный гипертрофический гингивит, отёчная форма. 2) Гормональная перестройка организма (пубертатный период) и плохая гигиена полости рта. 3) С хроническим катаральным гингивитом, фиброзной формой гипертрофического гингивита, пародонтитом. 4) Проба Шиллера-Писарева, индекс РМА, рентгенологическое исследование. 5) Эндокринолога, гинеколога. 6) Профессиональная гигиена полости рта, антисептики, противовоспалительные мази и гели (5% бутатионовая, гепариновая мазь, 0,5% гидрокортизоновая, солкосерил, холисал, метрогил-дента), лечебные повязки. После снятия воспаления – склерозирующая терапия (введение под десну гепариновой мази, аппликации раствором мараславина, инъекции 60% глюкозы). Физиотерапия.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.5</b> Раздел 5. «Заболевания слизистой оболочки полости рта»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 7.</b></p> <p>Мать с ребёнком 1,5 лет обратилась в поликлинику на третий день от начала болезни ребёнка. Жалобы на повышение температуры тела до 38 градусов, отказ от пищи, плохой сон, беспокойное поведение. Накануне в полости рта появились высыпания. При осмотре: на красной кайме верхней губы несколько пузырьков с прозрачным содержимым, в полости рта катаральный гингивит, отдельные и сливающиеся эрозии на языке, слизистой оболочке губ и щёк.</p> <p>1. 1) Поставьте диагноз. 2. 2) Назовите причину заболевания. 3. 3) Назначьте лечение. 4. 4) Для какого возраста характерно данное заболевание и почему?</p> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <p>1) Острый герпетический стоматит, средне-тяжёлая форма, стадия высыпания. 2) Вирус простого герпеса. 3) Местно: обезболивание, антисептическая обработка, ферменты, противовирусные мази, интерферон. При эпителизации эрозий – кератопластики. Общее лечение: щадящая диета, гипосенсибилизирующие, противовирусные, витаминотерапия, жаропонижающие средства при температуре тела выше 38,5 град. 4) Для детей от 6 месяцев до 3-х лет, когда теряется иммунитет, полученный от матери.</p>

	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 8.</b></p> <p>Мальчик 13 лет жалуется на боли во время еды, появление эрозий на слизистой оболочке полости рта, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>. При осмотре выявлены крупные кровяные корки на красной кайме губ, гиперемия и отёк слизистой оболочки полости рта, эрозии на нёбе. На коже тыльной поверхности рук – папулы розового цвета (кокарды).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предполагаемый диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Укажите признаки, являющиеся решающими для установления окончательного диагноза.</li> <li>4. Составьте план лечения.</li> <li>5. Какого специалиста Вы привлечёте для консультации?</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Многоформная экссудативная эритема.</li> <li>2) С острым герпетическим стоматитом, медикаментозным стоматитом.</li> <li>3) Папулы розового цвета на коже тыльной поверхности рук.</li> <li>4) Общее лечение: противовоспалительная, гипосенсибилизирующая терапия, иммуномодуляторы. Местное лечение: обезболивающие препараты, ферменты, антисептики, антибактериальные и кератопластические средства.</li> <li>5) Иммунолога-аллерголога.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ДВ.2.6</b> Раздел 6. «Профилактика стоматологических заболеваний»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 9.</b></p> <p>К стоматологу обратились родители ребёнка 2 лет с просьбой назначить ему капли от кариеса. Из анамнеза: беременность матери протекала с сильным токсикозом. Ребёнок получает витамин D для профилактики рахита. Семья постоянно проживает в городе, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,3 мг/л. При осмотре полости рта: прорезались 18 зубов, на медиальных и латеральных поверхностях зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 выявлены кариозные полости. Индекс гигиены по Кузьминой = 0,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите интенсивность кариеса.</li> <li>2. Оцените уровень гигиены полости рта.</li> <li>3. Какие факторы риска возникновения кариеса есть у ребёнка?</li> <li>4. Перечислите системные методы фторирования и показания к ним.</li> <li>5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Ответы.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Интенсивность кариеса: кпу (з)= 4, кпу(п)= 8.</li> <li>2) Уровень гигиены плохой.</li> <li>3) Зубной налёт, низкое содержание фтора в воде, нарушения развития зубов в антенатальном периоде.</li> <li>4) Фторирование питьевой воды, молока соли, таблетки фторида натрия. Показания к назначению системных методов фторидпрофилактики: низкое содержание фторида в питьевой воде, высокий или очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей региона.</li> <li>5) Обучение родителей чистке зубов у ребёнка. Индивидуальный подбор средств гигиены ребёнку: детская зубная щётка с очень мягкой щетиной, детская зубная паста, содержащая 500 ppm фторида. Лечение кариеса зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком каждые 3 месяца. Герметизация фиссур моляров после прорезывания. Назначение таблеток фторида натрия – по 0,5 таблетки, содержащей 1 мг фторида натрия, ежедневно, не менее 250 дней в году. Диспансерный осмотр ребёнка каждые три месяца.</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 22.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100

### 23.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	36. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	37. Знание алгоритма решения
	38. Уровень самостоятельного мышления
	39. Аргументированность решения
	40. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 24.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология детская»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	Т – тестирование	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Тесты	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-55	1-9	1-55	1-27	
ПК	1	23-25	1-9	1-55	6, 12, 16, 18, 26-28	+
	2	18-25	1-9	-	11	
	5	1-18, 26-39, 45-55	1-9	1-55	1-5, 7-10, 13-15, 17-19, 23, 28-31, 34-41	+
	7	54-55	1-9	1-55	25, 43	+
	9	23-25	1-9	-	24, 33, 43	
	12	1,2	1-9	-	32	+

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ».**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b><i>Б1.В.ДВ.1.1.1</i></b> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.</li> <li>2. Дополнительные методы обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии.</li> <li>3. Современные методы обследования при заболевании слизистой оболочки.</li> <li>4. Современные методы обследования при заболевании пародонта.</li> <li>5. Методы специального исследования ВНЧС.</li> </ol>
<b><i>Б1.В.ДВ.1.1.2</i></b> Раздел 2 «Заболевания пародонта»	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Современные представления об этиологии, патогенезе, заболеваний пародонта.</li> <li>7. Основные принципы проведения избирательного пришлифовывания окклюзионной поверхности зубов.</li> <li>8. Показания для временного шинирования.</li> <li>9. Основные виды временных шин (склеивание зубов фотокомпозитами, лигатурные, пластмассовые,</li> </ol>



	<p>комбинированные, шины-каппы).</p> <p>10. Основные виды постоянных съёмных и несъёмных шинирующих протезов.</p> <p>11. Основные диспансерные группы пациентов с заболеваниями пародонта и особенности их наблюдения.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.3 Раздел 3</b> «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p>12. Этиопатогенез, клиническую картину и комплексные методы лечения деформаций зубов и зубных рядов.</p> <p>13. Локализованная повышенная стираемость. Генерализованная повышенная стираемость. Методы диагностики и лечения.</p> <p>14. Клиническая картина травматической окклюзии, алгоритм диагностики. Методы коррекции и лечения.</p> <p>15. Принципы работы с артикуляторами и лицевой дугой. Виды артикуляторов.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.4 Раздел 4</b> «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p>16. Современные представления по анатомо-физиологическому строению ВНЧС.</p> <p>17. Современным методам обследования и диагностики заболеваний ВНЧС и мышц.</p> <p>18. Анатомо-физиологическое строение ВНЧС, биомеханика движений нижней челюсти.</p> <p>19. Современные представления; клинике и диагностике основных заболеваний ВНЧС, синдрома болевой дисфункции ВНЧС, парафункциях мышц.</p> <p>20. Клиника, диагностика и лечение артритов</p> <p>21. Клиника, диагностика и лечение артрозов.</p> <p>22. Клиника, диагностика и лечение мышечно-суставной дисфункции.</p> <p>23. Разновидности окклюзионных шины, методы изготовления.</p> <p>24. Реабилитация пациентов с заболеваниями ВНЧС.</p> <p>25. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями ВНЧС.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.5 Раздел 5</b> «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъёмными конструкциями протезов»</p>	<p>26. Этиология и патогенез частичного отсутствия зубов.</p> <p>27. Основные клинические классификации частичного отсутствия зубов.</p> <p>28. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением несъёмных конструкций.</p> <p>29. Особенности проведения ретракции маргинального пародонта.</p> <p>30. Основные факторы развития осложнений в результате ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов несъёмными мостовидными протезами.</p> <p>31. Особенности ортопедического лечения дефектов зубных рядов с применением несъёмных металлокерамических конструкций.</p> <p>32. Основные принципы препарирования зубов при лечении металлокерамическим, металлокомпозитными и безметалловыми мостовидными протезами.</p> <p>33. Особенности получения оттисков при изготовлении металлокерамических, металлокомпозитных и безметалловых мостовидных протезов.</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.6 Раздел 6</b> «Челюстно-лицевая ортопедия».</p>	<p>34. Принципы ортопедического лечения больных с неогнестрельными переломами верхней и нижней челюсти.</p> <p>35. Принципы ортопедического лечения больных с огнестрельными переломами верхней и нижней челюсти. Ортопедическое лечение пострадавших с дефектами и деформациями прилежащих и смежных областей.</p>

	<p>36. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти.</p> <p>37. Алгоритм ортопедического лечения пациентов с ложными суставами нижней челюсти. Виды зубочелюстных и челюстных протезов. Показания, преимущества, недостатки.</p> <p>38. Формирующие и замещающие аппараты при пластике мягких тканей.</p> <p>39. Этиология и патогенез дефектов твердого и мягкого неба.</p> <p>40. Методика получения маски лица и литья гипсовой модели лица.</p> <p>41. Особенности гигиенического ухода за протезом и протезным ложем.</p> <p>42. Реабилитация больных с челюстно-лицевыми аномалиями.</p> <p>43. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности пациентов с челюстно-лицевыми деформациями.</p>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1 «Современные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии»</p>	<p><b>Укажите номера правильных ответов.</b></p> <p><b>1. Перечислите методы исследования жевательных мышц:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миотонометрия</li> <li>2) мастикациография</li> <li>3) миография</li> <li>4) мастикациодинамометрия</li> <li>5) электромиография</li> <li>6) электромиомастикациография</li> </ol> <p>Ответ: 1,3,5,6</p> <p><b>2. Метод мастикациографии позволяет судить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) о тонусе определенных мышц жевательной системы при различных состояниях.</li> <li>2) об усилиях, затрачиваемых при жевании пищевых веществ различной твердости.</li> <li>3) о сочетанной рефлекторной деятельности различных групп мышц, осуществляющих движения нижней челюсти.</li> <li>4) о степени измельчения пищи во время жевания.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>3. Для выявления состояния мягких тканей височно-нижнечелюстного сустава используют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артрографию</li> <li>2) магниторезонансную томографию</li> <li>3) артроскопию</li> <li>4) ультразвуковую диагностику</li> </ol> <p>Ответ: 2,4</p> <p><b>4. Укажите способы рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) томография</li> <li>2) зонография</li> <li>3) ортопантомография</li> <li>4) электрорентгенография</li> <li>5) тензометрия</li> <li>6) реография</li> <li>7) артрография</li> <li>8) рентгеновизиография</li> <li>9) аускультация сустава.</li> </ol> <p>Ответ: 1,2,3,4,7,8</p>
--	--

	<p><b>5. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</li> <li>2) изменений гемодинамики</li> <li>3) движения головок нижней челюсти</li> <li>4) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>6. Метод объективного обследования больного в клинике ортопедической стоматологии включает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осмотр</li> <li>2) пальпацию</li> <li>3) опрос</li> <li>4) инструментальное исследование полости рта</li> <li>5) заполнение паспортной части истории болезни</li> </ol> <p>Ответ: 1,2,4</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2 «Заболевания пародонта»</p>	<p><b>7. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенограмму</li> <li>2) реограмму</li> <li>3) одонтопародонтограмму</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>8. С помощью гнатодинамометрии изучают:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) скорость кровотока</li> <li>2) проницаемость сосудов в тканях пародонта</li> <li>3) выносливость (мощность) пародонта</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>9. Глубину пародонтального кармана определяют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) щупом</li> <li>2) визуально</li> <li>3) зондом</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>10. Характер резорбции костной ткани альвеолярных отростков при пародонтозе</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) равномерный</li> <li>2) равномерный и горизонтальный</li> <li>3) неравномерный</li> <li>4) неравномерный, горизонтальный и вертикальный</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>11. Для записи данных о глубине пародонтальных карманов В.Ю.Курляндский предложил</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенограмму</li> <li>2) реограмму</li> <li>3) одонтопародонтограмму</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>12. Методика избирательного сошлифовывания зубов применяется при</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гингивите</li> <li>2) пародонтите</li> <li>3) пародонтозе</li> <li>4) кариесе</li> <li>5) патологической стираемости</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>

<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.3</b> Раздел 3 «Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии»</p>	<p><b>13. При частичной потере зубов зубные ряды в функциональном отношении распадаются на две основные группы зубов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наклоненные или перемещенные в сторону дефекта;</li> <li>2) имеющие или не имеющие соседних зубов;</li> <li>3) находящиеся под нормальной нагрузкой или в условиях функциональной перегрузки;</li> <li>4) имеющие антагонистов (функционирующая группа) или утратившие их (нефункционирующая группа).</li> </ol> <p>Ответ: 4</p> <p><b>14. При удалении верхнего зуба мудрости нижний зуб мудрости перемещается вверх и блокирует:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трансверзальные движения нижней челюсти;</li> <li>2) вертикальные движения нижней челюсти;</li> <li>3) передние движения нижней челюсти.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p> <p><b>15. У зубов, имеющих антагонисты, по сравнению с зубами, их лишенными, размер периодонтальной щели:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уже;</li> <li>2) шире.</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>16. Хирургический метод исправления деформаций применяется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при первой форме деформаций по Пономаревой;</li> <li>2) второй форме деформаций по Пономаревой;</li> <li>3) третьей форме деформаций по Пономаревой.</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>17. Реконструктивные операции на челюстных костях проводятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не ранее 18 лет;</li> <li>2) в возрасте 10 лет;</li> <li>3) в любом возрасте.</li> </ol> <p>Ответ: 1</p> <p><b>18. При всех формах повышенного стирания зубов предпочтительны ортопедические конструкции:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) паяные;</li> <li>2) штампованные;</li> <li>3) съемные;</li> <li>4) несъемные;</li> <li>5) цельнолитые.</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.4</b> Раздел 4 «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»</p>	<p><b>19. Височно-нижнечелюстной сустав образован:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти</li> <li>2) Суставной ямкой височной кости, головкой нижней челюсти, суставным диском, суставной капсулой, связками</li> <li>3) Головкой нижней челюсти, суставной капсулой</li> </ol> <p>Ответ: 2</p> <p><b>20. Какова функция внутрисуставного диска?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Плавное скольжение элементов сустава</li> <li>2) Разделение полости сустава на две части</li> <li>3) Амортизирующая функция и сглаживание инконгруэнтности суставных поверхностей</li> <li>4) Все ответы правильные.</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>

	<p><b>21. Какова функция связок сустава?</b>  1) Участвуют в движении сустава  2) Препятствуют растяжению суставной капсулы  3) Растягивают суставную капсулу  <b>Ответ: 2</b></p> <p><b>22. В каком положении находится суставная головка при центральной окклюзии?</b>  1) На вершине суставного бугорка  2) На скате суставного бугорка  3) У основания заднего ската суставного бугорка  <b>Ответ: 3</b></p> <p><b>23. При максимально открытом рте суставная головка находится</b>  1) На вершине суставного бугорка  2) На скате суставного бугорка  3) У основания заднего ската суставного бугорка  <b>Ответ: 1</b></p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.5.</b> Раздел 5  «Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»</p>	<p><b>24. Частичное отсутствие зубов - это</b>  1) зубы большего или меньшего размера по сравнению с нормой  2) отсутствие одного, нескольких или группы зубов  3) отклонение от формы и функции, присущей данному органу, возникшее вследствие нарушения развития организма  <b>Ответ: 2</b></p> <p><b>25. Частичное отсутствие зубов (как самостоятельное заболевание) это</b>  1) патологическое состояние зубо-челюстной системы, характеризующееся чрезмерной убылью эмали и дентина всех или только отдельных зубов  2) заболевание, характеризующееся нарушением целостности зубных рядов сформированной зубо-челюстной системы при отсутствии патологических изменений в остальных элементах этой системы  <b>Ответ: 2</b></p> <p><b>26. По данным ВОЗ частичное отсутствие зубов относится к</b>  1) мало распространенным заболеваниям (до 25 %)  2) распространенным заболеваниям  3) наиболее распространенным заболеваниям (более 75 %)  <b>Ответ: 3</b></p>
<p><b>Б1.В.ДВ.1.1.6</b> Раздел 6  «Челюстно-лицевая ортопедия»</p>	<p><b>27. Кто автор следующей классификации огнестрельных переломов нижней челюсти?</b>  I группа: переломы тела челюсти в пределах зубного ряда при наличии на обломках зубов;  2 группа: переломы тела нижней челюсти при наличии беззубых отломков;  3 группа: переломы за зубным рядом.  1) Д.А.Энтин,  2) И.Г.Лукомский,  3) В.Ю.Курляндский.  <b>Ответ: 3</b></p> <p><b>28. Перечислите основные клинические признаки LeFort III.</b>  1) затруднено жевание, речь,  2) нарушена окклюзия,  3) возможна крепитация,  4) боль при надавливании на линию перелома,  5) нарушение непрерывности края орбиты.  <b>Ответ: 1,2,3,4</b></p> <p><b>29. Перечислите линии перелома верхней челюсти по LeFort I.</b>  1) через латеральную стенку глазницы,  2) через медиальную стенку глазницы,</p>

- 3) переносицу,
  - 4) ниже-глазничную щель,
  - 5) крыловидные отростки основной кости,
  - 6) скуловые дуги.
- Ответ: 3,2,4,1,6,5

**30. Первая помощь при переломах челюстей.**

- 1) остановка кровотечения,
  - 2) снятие боли,
  - 3) предупреждение асфиксии,
  - 4) лабораторные шины,
  - 5) стандартные шины,
  - 6) лигатурные повязки,
  - 7) наложение костного шва.
- Ответ: 1,2,3,5,6

**Банк ситуационных клинических задач**

**Б1.В.ДВ.1.1.2.** Раздел 2  
«Заболевания пародонта»

**Задача №1.**

Больной Н., 55 лет, обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов, невозможность полностью разжевывать пищу. В основном растирает пищу на фронтальных зубах. Жалобы на подвижность фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, боли в области десневого края, на изменение соотношений между фронтальными зубами. Зубная формула:

					¼	½	½	½	½	¼					
					I	I	I	I	I	I					
0	0	6	0	0	3	2	1	1	2	3	4	0	0	0	8
0	7	0	0	4	3	2	1	1	2	3	0	0	6	0	0
					I	II	II	II	II	I					
					¼	½	½	½	½	¼					

Объективно: при осмотре отмечается воспаление слизистой в области оставшихся зубов, обильное отложение зубного камня, подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3 I степени, а 3.2, 3.1, 4.1., 4.2 зубов II степени. Глубокий прикус, между зубами верхней челюсти имеются диастемы и тремы. Зубы потерял постепенно, в основном удаляли из-за боязни лечить их у стоматолога. Длительное время был без жевательных зубов и не восстанавливал их.

Дайте оценку ситуации. Ваша тактика.

**Б1.В.ДВ.1.1.4** Раздел 4  
«Заболевания височно-нижнечелюстного сустава»

**Задача №2.**



Пациент Д. 49 лет учитель колледжа, проживающий в г. Москве, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность зубов, щелканье в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) справа, неудовлетворенность внешним видом зубов.

При внешнем осмотре выявляются: углубление носогубных и подбородочной складок, уменьшение высоты нижнего отдела лица, опущение углов рта.

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Отпечатки зубов 4.1,4.2,4.3 на небе в области резцового сосочка и зубов 1.1,1.2,1.3 на вестибулярной поверхности десны фронтального отдела нижней челюсти.

Зубная формула

0																0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

Имеется убыль твердых тканей передних зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, убыль твердых тканей боковых зубов по жевательной поверхности с обнажением дентина. Подвижность зубов 4.1, 4.2, 3.1 первой степени, обнажение корней зуба 4.7.

Выявляются незначительные отложения зубного налета на зубах нижней челюсти с язычной и вестибулярной сторон.

Прикус: глубокая резцовая окклюзия. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На томограмме ВНЧС при закрытом рте наблюдается:

- а) смещение головки нижней челюсти кзади и вверх;
- б) сужение суставной щели в заднем отделе.

На томограмме ВНЧС с базисом и окклюзионными валиками (в положении центральной окклюзии): относительно центрированное положение головки нижней челюсти в суставной впадине с обеих сторон.

Задания:

- 1) Предложите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Назовите классификацию Грозовского повышенного стирания твердых тканей зубов.
- 4) От чего зависит форма повышенного стирания?
- 5) Перечислите методы определения высоты нижнего отдела лица.

**Б1.В.ДВ.1.1.5** Раздел 5  
«Частичное отсутствие зубов. Ортопедическое лечение несъемными конструкциями протезов»»

Задача №3.

Ф.И.О. М. Пол ж Возраст 28 Профессия работник банка

Жалобы: на отсутствие зубов, эстетический дефект, невозможность полноценного пережевывания пищи

Объективно:


The image shows a panoramic radiograph with a dental formula overlaid. The formula is: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8. The upper right quadrant (maxilla) shows a root canal filling (RC) in the area of tooth 1.1. The lower right quadrant (mandible) shows a root canal filling (RC) in the area of tooth 4.1. The formula is highlighted in yellow in the original image.

Дополнительные данные: 15 - корень, разрушенный выше уровня десны, перкуссия безболезненна, устойчив, на рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки, изменений в периапикальных тканях нет.

Задание: Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №4.

**Б1.В.ДВ.1.1.6** Раздел 6  
«Челюстно-лицевая»

ортопедия»	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Укажите, из каких пространственных дефектов состоит данный комбинированный дефект средней зоны лица.</li> <li>2) Как называется хирургическое удаление содержимого орбиты.</li> <li>3) Укажите общее количество и отдельные названия полостей требуемых разграничения при протезировании данного дефекта средней зоны лица.</li> <li>4) Укажите виды ретенционных механизмов применяемых при фиксации окуло-орбитального протеза.</li> </ol>
------------	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 25.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 92 – 100

#### 26.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	41. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	42. Знание алгоритма решения
	43. Уровень самостоятельного мышления
	44. Аргументированность решения
	45. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 27.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------



При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология ортопедическая»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
			Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-30	1-4	-	1-43	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	1-30	1-4	-	6, 12, 16, 18, 26-28	
	<b>2</b>	1-12,19-23,27-30		-		
	<b>5</b>	1-30	1-4	-	1-5, 7-10, 13-15, 17-19, 23, 28-31, 34-41	
	<b>6</b>	7-12,19-23,27-30	1-4	-	25, 43	
	<b>7</b>	7-23	1-2	-	1-20	
	<b>9</b>	7-12,19-23,27-30	1-4	-	24, 33, 43	
	<b>12</b>	7-12, 19-23, 27-30	1-4	-	32	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ФАКУЛЬТАТИВНОЙ**

## ДИСЦИПЛИНЕ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОДОНТИИ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>ФТД.2.1.</b> «Современные методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Эндодонтический инструментарий: инструменты для ручной и машинной обработки корневых каналов. Классификация, маркировка, идентификация, конусность, технические характеристики, способ изготовления, стандарты рабочей длины, длина активной конической (рабочей) части инструмента, показания к использованию.</li><li>2. Методы определения рабочей длины зуба.</li><li>3. Формирование канала. Методики расширения корневых каналов. Варианты деформаций канала при работе ручными файлами.</li><li>4. Фрактура эндодонтических инструментов в канале: тактика врача, возможные способы извлечения инструмента.</li><li>5. Медикаментозная обработка корневых каналов. Препараты для химического расширения каналов. Техника ирригации, типы ультразвуковой ирригации.</li></ol>
<p><b>ФТД.2.2.</b> «Современные методы obturации корневых каналов»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Современные материалы для временного и постоянного пломбирования корневых каналов. Классификация, достоинства и недостатки, показания к применению.</li><li>7. Пломбирование корневых каналов гуттаперчей, эндообтураторами. Методы.</li><li>8. Критерии качества obturации. Отдалённые результаты эндодонтического лечения.</li><li>9. Классификация резорбции корня. Этиология и патогенез резорбции. Транзиторная резорбция. Внутренняя резорбция корня. Цервикальная резорбция.</li><li>10. Резорбция корня (наружная воспалительная, заместительная).</li></ol>

<p><b>ФТД.2.3.</b> «Внутриканальные штифты для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения»</p>	<p>11. Особенности депульпированных зубов (анатомические, функциональные, гистологические), прочностные характеристики.</p> <p>12. Металлические штифты (активные, пассивные), негативные моменты при использовании металлических штифтов.</p> <p>13. Стекловолоконные и карбоволоконные штифты. Преимущества и недостатки. Светопроводность штифтов, особенности фиксации. Причины различий в прочности штифтов. Показания к применению.</p> <p>14. Выбор размера и формы штифта. Ассортимент российских штифтов.</p> <p>15. Этапы клинического использования стекловолоконных штифтов.</p> <p>16. Цементы, используемые для фиксации стекловолоконных штифтов.</p> <p>17. Методы извлечения штифтов из каналов.</p>
<p><b>ФТД.2.4.</b> «Восстановление коронковой части зуба после эндодонтического лечения»</p>	<p>18. Подготовка тканей зуба к прямой реставрации после эндодонтического лечения (сроки, дизайн полости и её модификация для предотвращения дальнейшего разрушения зуба)</p> <p>19. Выбор материалов для восстановления жевательных и передних зубов. Материалы с высоким сопротивлением к сжатию и материалы, приспособленные к сопротивлению на изгиб. Материалы, замещающие дентин, амортизирующие, с низким коэффициентом усадки и теплового расширения.</p> <p>20. Принципы моделирования зубов на основе модульных технологий (Ломиашвили Л.М 2005)</p> <p>21. Альтернативные способы восстановления зубов после эндодонтического лечения. Показания к применению. Условное лечение.</p>

### Темы индивидуальных заданий

19. Укажите последовательность Ваших действий при расширении корневого канала ручными инструментами по методике «stepback», составьте схему. Укажите варианты деформаций канала ручными файлами. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики.
20. Укажите последовательность Ваших действий при расширении корневого канала с использованием машинных никель-титановых (NiNi) инструментов по методике «CrownDown». Укажите недостатки при работе активными и пассивными NiTi-файлами. Посчитайте количество манипуляций и минимальное количество необходимых инструментов для применения этой методики, если использовать активные NiTi-инструменты **RaCe (FKG Dentaire S.A.) «ProTaper»** (Maillefer/Dentsply); **«K3SybronEndo»** (KERR), и др. Определите себестоимость обработки одного корневого канала при применении каждого вида инструмента, соблюдая рекомендации производителей для использования в максимальном количестве каналов.
21. Укажите медикаментозные препараты и алгоритм медикаментозной обработки корневых каналов. Перечислите возможные ошибки и осложнения при использовании наиболее распространённых и эффективных средств. Опишите тактику врача.
22. Измерьте длину корневого канала на тренажёрном эндодонтическом блоке, используя имеющиеся на занятии технические возможности (эндодонтическая линейка, инструменты с метками длины).
23. Подготовьте апекслокатор к работе. Покажите, как правильно измерить рабочую длину зуба. Перечислите ситуации, когда не следует доверять показаниям прибора.
24. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с работой современного эндодонтического мотора SilverReciproc (VDW), работающего как в реципрокном режиме, так и в режиме постоянного вращения с классическими никель-титановыми системами. Изучите библиотеку файлов, работу функции реверса как в автоматическом, так и в ручном режиме.
25. Под руководством преподавателя научитесь самостоятельно проводить механическую обработку корневых каналов с использованием роторных NiTi-инструментов Mtwo (VDW) и однофайловой реципрокальной системы Reciproc(VDW). Оцените достоинства, техники «одной длины», себестоимость обработки одного канала.

26. Проведите механическую и медикаментозную обработку корневого канала на тренажерном эндодонтическом блоке, используя NiTi-инструменты Mtwo (VDW, Германия) и Recipro (VDW, Германия). Для ирригации канала используйте эндодонтический шприц согласно алгоритму.
27. Проведите высушивание корневого канала с использованием бумажных штифтов (пинов). Обратите внимание, на последовательность их применения для экономии расходных материалов. Сохраните пластиковый блок для следующего занятия.
28. Под руководством преподавателя ознакомьтесь с работой «BeeFillPack» (VDW) – аппарата для пломбирования апикальной части корневого канала по технике «Downpack» с использованием метода вертикальной конденсации разогретой термопластифицированной гуттаперчи и «BeeFill» (VDW) - аппарата для инъекционного введения разогретой гуттаперчи непосредственно в корневой канал.
29. Оцените качество пломбирования канала: количество выведенного пломбировочного материала за пределы канала, дефекты заполнения, плотность прилегания гуттаперчи к стенкам канала, равномерность и гомогенность заполнения.
30. Под руководством преподавателя определите минимальную и максимальную глубину погружения штифта в канал, размер коронковой части штифта.
31. Определите диаметр последнего инструмента для расширения канала. Какие факторы влияют на этот показатель?
32. Определите минимальное количество материала для перекрытия штифта на вестибулярной, небной, апроксимальной поверхности и по режущему краю. Оптимальная толщина материала, гарантирующая естественную цветопередачу и имеющую достаточную прочность.
33. Создайте базу (основы) реставрации, в том числе контура геометрической формы дентина и мамелонов режущего края для обозначения боковых и нижних границ дентина.
34. Моделируйте признаки принадлежности к стороне (признака отклонения корня в полости рта, признаков кривизны и угла коронки) в виде смещения вершины десневого купола в дистальную сторону. В среднем отделе зуба создайте признак кривизны коронки посредством формирования наибольшей выпуклости в мезиальной области.
35. Воспроизведите индивидуальные особенности зуба, в том числе зубодесневой контур, макрорельеф, режущий край. Индивидуальные особенности режущего края,

выраженные различной степенью его прозрачности и мамелонами, должны располагаться в нижнем ярусе.

36. Проведите этап окончательной обработки реставрации.

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><i>ФТД.2. Актуальные проблемы эндодонтии</i></p>	<p>1. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) по артериолам (гематогенное инфицирование)</li><li>2) <b>по дентинным канальцам из кариозной полости</b></li><li>3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана</li><li>4) по лимфатическим сосудам</li><li>5) травматическое повреждение пульпы</li></ol> <p>2. Гидроокись кальция обладает в основном действием:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) противовоспалительным</li><li>2) реминерализующим</li><li>3) антисептическим</li><li>4) повышает pH в очаге воспаления</li><li>5) <b>одонтотропным</b></li></ol> <p>3. Ампутация пульпы проводится:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) острым бором</li><li>2) гладилкой</li><li>3) <b>экскаватором</b></li><li>4) кюреткой</li><li>5) скальпелем</li></ol> <p>4. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) хронического фиброзного периодонтита</li><li>2) <b>хронического гранулематозного периодонтита</b></li><li>3) хронического гранулирующего периодонтита</li><li>4) кистогранулемы</li><li>5) хронического гангренозного пульпита</li></ol> <p>5. Остановить кровотечение из корневых каналов можно:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) сухой тампонадой</li><li>2) <b>аминокапроновой кислотой</b></li><li>3) ортофосфорной кислотой</li><li>4) гидроокисью кальция</li><li>5) гемостатической губкой</li></ol> <p>6. Механизм действия мышьяковистой пасты:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) кератопластический</li><li>2) мумифицирующий</li><li>3) кровоостанавливающий</li><li>4) <b>девитализирующий</b></li><li>5) антисептический</li></ol> <p>7. Лечение пульпита может проводиться в одно посещение в</p>
---	--

случае:

- 1) непроходимых корневых каналов
- 2) частично проходимых каналов зуба
- 3) аллергической реакции на анестетики
- 4) **хорошо проходимых корневых каналов**
- 5) плохого самочувствия больного

8. Для профилактики заапикальной гематомы применяется:

- 1) лазеротерапия
- 2) капрофер
- 3) аминокaproновая кислота
- 4) каустинерв
- 5) **диатермокоагуляция**

9. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

- 1) ЭОД
- 2) реопародонтография
- 3) **рентгенография**
- 4) реоплетизмография
- 5) температурная проба

10. Общую интоксикацию организма в большей степени вызывает:

- 1) хронический фиброзный периодонтит
- 2) **хронический гранулирующий периодонтит**
- 3) хронический гранулиматозный периодонтит
- 4) кистогранулема
- 5) хронический гангренозный пульпит

11. Основным действующим веществом препаратов для химического расширения корневых каналов является:

- а) 3% раствор гипохлорита натрия
- б) **этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)**
- в) оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)
- г) смесь соляной и серной кислот
- д) раствор перекиси водорода

12. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным, если:

- а) канал запломбирован не полностью
- б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- в) **канал запломбирован полностью**
- г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- д) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

13. Благоприятным исходом лечения хронического гранулирующего периодонтита является:

- а) хронический пульпит
- б) удаление зуба

	<p>в) <b>переход в фиброзную форму</b>  г) переход в кистогранулему  д) физиологическое выздоровление</p> <p>14. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:  1) корневой иглой  2) пульпоэкстрактором  3) <b>К-файлом</b>  4) каналонаполнителем  5) экскаватором</p> <p>15. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:  1) плагер  2) <b>экскаватор</b>  3) спредер  4) корневую иглу  5) файлы</p> <p>16. Йодсодержащие препараты для медикаментозной обработки каналов:  6) хлорамин Т, хлоргексидин  7) протеолитические ферменты  8) гидроокись меди-кальция  9) <b>бетадин, йодиол</b>  10) перекись водорода</p> <p>17. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:  6) диклофенак натрия  7) <b>метронидазол</b>  8) гипохлорит натрия  9) фурациллин  10) перекись водорода</p> <p>18. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:  1) <b>наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба</b>  2) закрытие кариозной полости искусственным дентином  3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба  4) адекватное обезболивание  5) проведение некрэктомии</p>
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы факультативной дисциплины «Актуальные проблемы эндодонтии»**



Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Т – тестирование
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Тесты
УК	1	1-18	1 - 21	1-18
	2			
	3			
ПК	1	1-18	21	10,12
	2	11	11,18	8,9,13
	3			
	4			
	5	2-4	9,10	4.9
	6			
	7	1-18	1-8, 12-17, 19,20	3,5-8, 11,14,15,18
	8			
	9	5	5	2,16,17
	10			
	11			
	12	3		

### **ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ.**

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

**Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.**

#### **4.1. Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенции**

№	Тестовые задания	Проверяемые
---	------------------	-------------

		<b>компетенции</b>
1.	<p>При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью:</p> <p><b>а) увеличения площади сцепления;</b>  б) химической связи композиционного материала с эмалью;  в) равномерного распределения нагрузки на ткани зуба;  г) улучшения полирования композита;  д) улучшения отдаленных результатов пломбирования.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-7
2.	<p>При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо:</p> <p>а) протравливать эмаль и дентин 15 сек.;  б) протравливать эмаль 30-60 сек;  в) протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.;  <b>г) протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.;</b>  д) не имеет значения.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-7
3.	<p>Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо:</p> <p><b>а) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал;</b>  б) выбрать инструмент соответственно толщине канала;  в) вообще отказаться от расширения канала;  г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала;  д) использовать только римеры.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-7
4.	<p>Проверка проходимости канала (рекапитуляция) это:</p> <p>а) последовательное использование инструментов возрастающих размеров для расширения канала;  <b>б) удаление дентинных опилок инструментом меньшего размера, чем окончательный инструмент для обработки апикальной части канала в сочетании с обильной ирригацией;</b>  в) использование файла № 35 для очистки апекса;  г) опиливающие движения Н — файла;  д) использование flexo- инструментов.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-7
5.	<p>В случае болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе с давно выпавшей пломбой, ранее леченном по поводу пульпита, если на рентгенограмме в области верхушки определяется разрежение костной ткани с нечеткими неровными контурами требуется:</p> <p>а) удалить зуб, ибо в дальнейшем костная ткань резорбирует дентин и цемент зуба;  б) применить девитализирующую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный;  в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование;  <b>г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную и медикаментозную обработку и запломбировать канал;</b>  д) не названа.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

6.	В начале механической обработки глубокой кариозной полости постоянного сформированного зуба, чтобы не допустить осложнения - перфорации дна необходимо предпринять: а) выбрать большие шаровидные боры для некротомии в области дна; б) установить небольшую скорость вращения бора (3000 об/мин); <b>в) к обработке дна приступать только после удаления нависающих краев и расширения входного отверстия полости;</b> г) не оказывать во время препарирования большого давления на бор; д) проводить индикацию размягченного дентина в области дна.	УК-1, ПК-7	ПК-1,
7.	Принятая рабочая длина корневого канала: а) точно соответствует анатомической длине зуба; <b>б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба;</b> в) длиннее на 1 мм, чем анатомическая длина зуба; г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям); д) всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям).	УК-1, ПК-7	ПК-1,
8.	У пациентов с гипертензией выше 200/115 стоматологические вмешательства с применением анестетиков: а) проводятся в обычном порядке в условиях поликлиники; б) противопоказаны; в) проводятся по экстренным показаниям в условиях поликлиники; г) <b>неотложные вмешательства проводятся в стационаре;</b> д) проводятся в обычном порядке в стационаре.	УК-1, ПК-5, ПК-7	ПК-1,
9.	При появлении постоперативной чувствительности необходимо: а) депульпировать зуб; б) тщательно отполировать пломбу; <b>в) подождать 2 недели и при отсутствии положительной динамики перепломбировать зуб, используя прокладку из СИЦ;</b> г) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом; д) удалить зуб.	УК-1, ПК-7	ПК-1,
10.	Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как: а) девитализация; б) витальная ампутация; <b>в) витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов;</b> г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы; д) йод- электрофорез.	УК-1, ПК-5, ПК-7	ПК-1,

#### Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

#### 4.3 Доклад, сообщение.

## **Отрабатываемые компетенции:**

УК-1, ПК-7

### **Требования к оформлению докладов.**

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

### **Критерии оценки доклада.**

**«5» (отлично)** – оценка **«отлично»** ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«4» (хорошо)** – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«3» (удовлетворительно)** – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и

причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

«2» (неудовлетворительно) – оценка «неудовлетворительно» ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.

#### 4.4. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

##### 4.4.1 Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей различной локализации при кариесе эмали.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Особенности препарирования и пломбирования кариозных полостей различной локализации при кариесе дентина.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти. Показания, противопоказания.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

9.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
10.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
11.	Мандибулярная анестезия. Показания, противопоказания.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
12.	Экстирпационные методы лечения пульпитов. Показания, противопоказания. Этапы эндодонтического лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
13.	Осмотр полости рта. Методика проведения.	УК-1, ПК-1, ПК-5,
14.	Консервативное лечение периодонтитов. Показания, противопоказания. Этапы эндодонтического лечения.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
15.	Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации. Методика проведения.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
16.	Сбор анамнеза у пациента /законных представителей пациента.	УК-1, ПК-1, ПК-5

#### 4.4.2 Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Методика осмотра полости рта. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5
3.	Методика препарирования и пломбирования кариозной полости при кариесе эмали. Методика препарирования и пломбирования кариозной полости при кариесе эмали.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Методика препарирования и пломбирования кариозной полости при кариесе дентина. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Инфильтрационная анестезия. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

8.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
10.	Пломбирование корневого канала методом латеральной конденсации. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-7
11.	Мандибулярная анестезия. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
12.	Механическая обработка корневого канала методом Step Back. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
13.	Создание эндодонтического доступа. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-7
14.	Механическая обработка корневого канала методом Crown Down. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7
15.	Сбор анамнеза у пациента. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5,

#### Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)

- «**зачтено**» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «**не зачтено**» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

#### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и	A	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5 (5+)

<p>несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	В	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	90-86	<b>СРЕДНИЙ</b>	4 (4+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	85-81	<b>СРЕДНИЙ</b>	4
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.</p>	О	80-76	<b>НИЗКИЙ</b>	4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить</p>	Е	75-71	<b>НИЗКИЙ</b>	3 (3+)



<p>существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.</p>				
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	70-66	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	65-61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Ех	60-41	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.</p>	Е	40-0	<b>НЕ СФОРМИР ОВАНА</b>	2

**Фонд оценочных средств по программе освоения факультативной дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Практические навыки из перечня
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-100	1-12	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	31-34, 40-53	1-12	
	<b>2</b>	60,61, 99,100	1-12	
	<b>4</b>			
	<b>5</b>	1, 4-21,22-30, 35-39, 41-51, 54-56, 76-82, 87-98	1-12	
	<b>6</b>		1-12	
	<b>7</b>	2-4, 57-59, 62-75, 83-86	1-12	
	<b>9</b>		1-12	
	<b>10</b>		1-12	
	<b>12</b>		1-12	

Этапы подготовки к первичной специализированной аккредитации в рамках программы подготовки ординаторов реализуются следующим образом:

**Тестирование** - первый этап аккредитации специалиста - проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем выбора **60 тестовых заданий** из единой базы оценочных средств.

Каждый тест содержит **4 варианта ответа**, среди которых только **один правильный**.

На решение аккредитуемым варианта тестовых заданий отводится **60 минут**.

**Результат** формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий:

**"сдано" при результате 70% и более правильных ответов;**

**"не сдано" при результате 69% и менее правильных ответов;**

Ознакомиться с банком тестовых заданий можно путем прохождения репетиционного экзамена в рамках подготовки к первому этапу аккредитации - раздел **Репетиционный экзамен.**

В случае отсутствия тестов на портале fmza.ru ординаторам предоставляется банк тестовых заданий, размещенный на информационных порталах ЭИОС [elearning.volgmed.ru](http://elearning.volgmed.ru).

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

Раздел 1 «Кариесология»	<p>1. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ <b>А) углеводистой пищи</b> Б) ультрафиолетового света В) глюконата кальция Г) фторидсодержащих зубных паст</p> <p>2. ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ <b>А) прокладки на основе гидроксида кальция</b> Б) пасты с гормональными препаратами В) пасты с антибиотиками Г) форфенан</p> <p>3. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК «ДАЙКАЛ», «КАЛЬЦИ-ПУЛЬП», «КАЛЬМЕЦИН» ЯВЛЯЕТСЯ <b>А) гидроксид кальция</b> Б) антибиотик В) антисептик Г) интерферон</p> <p>4. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПЯТЕН МЕТОДОМ ОКРАШИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ <b>А) 2 % раствор метиленового синего</b> Б) реактив Шиллера-Писарева В) раствор йодистого калия Г) бриллиантовый зеленый</p> <p>5. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО <b>А) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро</b> Б) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро В) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно Г) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно</p> <p>6. ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ <b>А) боль при препарировании стенок кариозной полости</b></p>
----------------------------	---

- Б) боль при зондировании в глубине полости зуба
- В) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
- Г) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

7. ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- А) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости**
- Б) боль при зондировании в глубине полости зуба
- В) боль при препарировании стенок кариозной полости
- Г) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

8. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ — СИМПТОМ

- А) кариеса**
- Б) пульпита
- В) периодонтита
- Г) альвеолита

9. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

- А) от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения**
- Б) от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения
- В) при накусывании на зуб
- Г) ночную

10. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА БОЛЬ

- А) от химических раздражителей**
- Б) от температурных раздражителей
- В) при накусывании на зуб
- Г) ночную

11. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ

- А) 2–6 мкА**
- Б) 10–12 мкА
- В) 25–30 мкА
- Г) 100 мкА 2630.

12. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) гиперемии пульпы**
- Б) хронического пульпита
- В) острого пульпита
- Г) острого периодонтита.

13. КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ

- А) высушивания и окрашивания пятна**
- Б) ЭОД
- В) рентгенодиагностики
- Г) зондирования поверхности пятна.

14. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ХАРАКТЕРНО

- А) кариозная полость средних размеров в эмали и дентине**
- Б) кариозная полость в пределах эмали
- В) пигментированное пятно
- Г) глубокая кариозная полость.

	<p>15. ГЛУБОКИЙ КАРИЕС СООТВЕТСТВУЕТ ПО МКБ-10  <b>А) гиперемии пульпы</b>  Б) кариесу дентина  В) кариесу цемента  Г) кариесу эмали.</p> <p>16. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА  <b>А) изменении оптических свойств эмали</b>  Б) уменьшении проницаемости эмали  В) увеличении проницаемости эмали  Г) стабильности эмали</p> <p>17. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С  <b>А) гиперемией пульпы</b>  Б) хроническим пульпитом  В) флюорозом  Г) острым диффузным пульпитом.</p> <p>18. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С  <b>А) хроническим фиброзным периодонтитом</b>  Б) хроническим гранулематозным периодонтитом  В) деструктивной формой флюороза  Г) кариесом в стадии пятна.</p> <p>19. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С  <b>А) эрозией эмали</b>  Б) хроническим периодонтитом  В) кислотным некрозом  Г) острым пульпитом.</p> <p>20. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С  <b>А) клиновидным дефектом</b>  Б) острым пульпитом  В) хроническим периодонтитом  Г) гиперемией пульпы.</p> <p>21. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ С  <b>А) гипоплазией эмали</b>  Б) гиперемией пульпы  В) очаговым пульпитом  Г) кариесом дентина</p>
<p>Раздел 2  «Некариозные поражения твердых тканей зубов»</p>	<p>22. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ  <b>А) зубы одного периода формирования</b>  Б) временные и постоянные резцы  В) зубы антагонисты  Г) только первые моляры</p> <p>23. УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА</p>

ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) **вколоченного вывиха**

Б) ушиба зуба

В) вывиха зуба без смещения

Г) полного вывиха

24. ОТВЕРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

А) **Гетчинсона**

Б) Пфлюгера

В) Фурнье

Г) Тернера

25. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ НА

А) **косметический недостаток**

Б) боли от горячего раздражителя

В) ночные боли

Г) подвижность зубов

26. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ

А) **слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах**

Б) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

27. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ

А) **пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба**

Б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

В) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

28. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА

А) **изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба**

Б) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

В) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

29. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ

А) **окрашивание коронок зубов в желтый цвет**

Б) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

Г) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

30. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) **корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания** зуба  
Б) расширение периодонтальной щели у верхушки корня  
В) корни зубов нормальной длины  
Г) просвет корневого канала широкий
31. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ  
А) **болезней ребенка после рождения**  
Б) травматических повреждений молочных зубов  
В) нарушения состава микроэлементов в воде  
Г) множественного кариеса молочных зубов
32. ПРИЧИНЫ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ  
А) **травматическое повреждение зачатка зуба**  
Б) болезни матери во время беременности  
В) болезни ребенка после рождения  
Г) вредные привычки матери во время беременности
33. ПРИЧИННЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА)  
А) **передача патологии твердых тканей по наследству**  
Б) хронический периодонтит молочного зуба  
В) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали  
Г) вколоченный вывих молочных зубов
34. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ  
А) **несовершенный амелогенез**  
Б) системная гипоплазия  
В) тетрациклиновые зубы  
Г) местная гипоплазия
35. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ  
А) **болью от всех раздражителей**  
Б) подвижностью зуба III степени  
В) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва  
Г) изменением цвета коронки зуба
36. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА  
А) **лунка зуба пустая**  
Б) укорочение видимой части коронки  
В) увеличение видимой части коронки  
Г) смещение коронки выше окклюзионной плоскости
37. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ УШИБЕ ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ  
А) **болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует**  
Б) смещение коронки в различном направлении  
В) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия  
Г) зуб короче симметричного, болезненная перкуссия
38. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

	<p>КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) <b>горизонтальные движения зубной щеткой</b>  Б) чрезмерное употребление углеводов  В) повышенное содержание фторида в питьевой воде  Г) неудовлетворительная гигиена полости рта</p> <p>39. ПРИЧИНОЙ ИСТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>А) <b>постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта</b>  Б) высокое содержание фторида в питьевой воде  В) низкое содержание фторида в питьевой воде  Г) употребление углеводистой пищи</p>
<p>Раздел 3 «Эндодонтия»</p>	<p>40. ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>А) <b>повышением гидростатического давления в полости зуба</b>  Б) изменением атмосферного давления  В) понижением гидростатического давления в полости зуба  Г) повышением температуры тела.</p> <p>41. САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ 10–30 МИН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>А) <b>острого пульпита</b>  Б) острого гнойного пульпита  В) хронического пульпита  Г) хронического язвенного пульпита</p> <p>42. ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ, ИНТЕНСИВНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ, С ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>А) <b>острый гнойный пульпит</b>  Б) острый пульпит  В) острый периодонтит  Г) хронический пульпит</p> <p>43. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В</p> <p>А) <b>висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти</b>  Б) затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти  В) шею, глаз, надбровную область  Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область.</p> <p>44. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В</p> <p>А) <b>затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти</b>  Б) висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти  В) шею, глаз, надбровную область  Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область.</p> <p>45. ПРИСТУПООБРАЗНАЯ САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ ИРРАДИИРУЮЩАЯ БОЛЬ В ЗУБЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>А) <b>острый пульпит</b>  Б) острый гнойный пульпит</p>



- В) хронический пульпит (ремиссия)
- Г) хронический пульпит (обострение).

46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ДО 2 СУТ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) острого пульпита**
- Б) острого гнойного пульпита
- В) хронического гипертрофического пульпита
- Г) хронического язвенного (гангренозного) пульпита

47. НОЮЩАЯ БОЛЬ, ДИСКОМФОРТ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЮЩАЯ БОЛЬ ПРИ СМЕНЕ НАРУЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

- А) хронический пульпит**
- Б) острый гнойный пульпит
- В) острый пульпит
- Г) хронический язвенный пульпит.

48. БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО) НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- А) хроническом язвенном пульпите**
- Б) кариесе цемента корня
- В) хроническом пульпите
- Г) кариесе дентина.

49. БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ (ПУЛЬПАРНОМ АБСЦЕССЕ)

- А) ночная**
- Б) постоянная
- В) локализованная
- Г) дневная.

50. ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА — СИМПТОМ ПУЛЬПИТА

- А) острого гнойного**
- Б) острого
- В) хронического
- Г) хронического гиперпластического.

51. НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ — СИМПТОМ ПУЛЬПИТА

- А) хронического**
- Б) острого гнойного
- В) острого
- Г) хронического язвенного.

52. БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (ФАЗА ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРИОДОНТА) СВЯЗАНА С

- А) ацидозом**
- Б) отеком соединительной ткани
- В) накоплением эндотоксинов в тканях
- Г) разволокнением коллагеновых волокон.

53. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА («УДЛИНЕНИЕ» ЗУБА) СВЯЗАНО С

- А) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта**

- Б) отеком и гиперемией в периапикальных тканях
- В) гиперемией и отеком десны
- Г) избыточной нагрузкой на зуб.

54. НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) **острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)**
- Б) острого апикального периодонтита (фаза экссудации)
- В) хронического периодонтита
- Г) обострения хронического периодонтита.

55. НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, - СИМПТОМ

- А) **интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой**
- Б) кариеса
- В) острого пульпита
- Г) хронического пульпита (ремиссия).

56. ОТСУТСТВИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА

- А) **подслизистый абсцесс**
- Б) острый периодонтит в фазе интоксикации периодонта
- В) острый периодонтит в фазе экссудации
- Г) обострение хронического гангренозного пульпита

57. ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАНАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ

- А) **2,5-3%**
- Б) 0,5-1%
- В) 10-15%
- Г) 20 %.

58. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) **хлоргексидин**
- Б) спирт
- В) лизетол
- Г) физиологический раствор

59. ИНДИКАТОРОМ ЧИСТОТЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) **йодиол**
- Б) гипохлорит натрия
- В) фурацилин
- Г) трипсин.

60. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ

- А) **2-14 дней**
- Б) 15-18 дней
- В) 20-24 дня
- Г) 26-30 дней.

61. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

	<p>А) <b>9-12 месяцев</b>  Б) 3-4 месяца  В) 5-6 месяцев  Г) 6-8 месяцев</p>
<p>Раздел 4  «Пародонтология»</p>	<p>62. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ  А) <b>профессиональная гигиена</b>  Б) гингивэктомия  В) общая антибиотикотерапия  Г) кюретаж .</p> <p>63. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО  А) <b>проведение реминерализующей терапии</b>  Б) уменьшение частоты индивидуальной гигиены  В) окклюзионное регулирование  Г) системное использование препаратов фтора.</p> <p>64. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ  А) <b>профессиональная гигиена полости рта</b>  Б) медикаментозное противовоспалительное лечение  В) хирургическое лечение  Г) ортопедическое лечение</p> <p>65. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ  А) <b>обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств</b>  Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию  В) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок  Г) устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа</p> <p>66. МЕСТНЫЕ АНТИСЕПТИКИ СОДЕРЖАЩИЕ ХЛОРГЕКСИДИН  А) <b>элюдрил и корсодил</b>  Б) эльгидиум и диоксиколь  В) пародиум и сангвиритрин  Г) корсодил и катамин.</p> <p>67. ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ  А) <b>ваготил</b>  Б) левомеколь  В) раствор бриллиантового зеленого  Г) банеоцин.</p> <p>68. ПАРОДОНТАЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ  А) <b>защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа</b>  Б) шинирования зубов после операции  В) шинирования зубов перед операцией  Г) заполнения кармана во время гингивэктомии.</p> <p>69. АНТИБИОТИКИ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТРОПНОСТЬЮ К КОСТНОЙ</p>

	<p>ТКАНИ</p> <p>А) <b>клиндамицин</b>  Б) азитромицин  В) амоксиклав  Г) доксициклин</p> <p>70. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, СОДЕРЖАЩИЕ МЕТРАНИДОЗОЛ</p> <p>А) <b>метрогил-дента</b>  Б) солкосерил  В) левомеколь  Г) банеоцин.</p> <p>71. ПОКАЗАНИЕ К ОТКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА</p> <p>А) <b>карман 5 мм</b>  Б) карман 3—4 мм  В) ложный карман  Г) карман более 5 мм.</p> <p>72. КРИТЕРИЙ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА</p> <p>А) <b>глубина пародонтального кармана</b>  Б) кровоточивость десны при чистке зубов  В) длительность заболевания  Г) степень подвижности зубов.</p> <p>73. ПОКАЗАНИЕ К ЗАКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА</p> <p>А) <b>карман 3 – 4мм</b>  Б) карман 5мм  В) ложный карман  Г) карман более 5мм.</p> <p>74.АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА</p> <p>А) <b>раствор хлоргексидина</b>  Б) масло шиповника  В) раствор перекиси водорода 6%  Г) йодиол.</p> <p>75. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ</p> <p>А) <b>подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости</b>  Б) рецессию десны, глубину пародонтального кармана  В) потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба  Г) концентрацию глюкозы в крови .</p> <p>76. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ КОЛИЧЕСТВО ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ</p> <p>А) <b>не изменяется</b>  Б) уменьшается  В) увеличивается  Г) уменьшается в 2 раза.</p> <p>77. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ</p>
--	--

	<p>РЕЗОРБИЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ</p> <p>А) отсутствует  Б) на 1/3 длины корня зуба  В) на 1/2 длины корня зуба  Г) на 2/3 длины корня зуба.</p> <p>78. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА</p> <p>А) РМА  Б) РНР  В) CSI  Г) SPITN .</p> <p>79. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) <b>кровоточивость при зондировании</b>  Б) деформация десневых сосочков.  В) пародонтальный карман до 3 мм.  Г) пародонтальный карман 4 мм и более.</p> <p>80. ПРОБА ШИЛЛЕРА – ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>А) <b>воспаление десны</b>  Б) нарушение обмена глюкозы  В) состояние капилляров десны  Г) уровень гигиены полости рта</p> <p>81. ФУРКАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ III КЛАССА ЭТО</p> <p>А) <b>сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании</b>  Б) межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует  В) сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной  Г) фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2мм.</p> <p>82. ДВУХСТЕНОЧНЫЙ ДЕФЕКТ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) <b>пародонтите</b>  Б) гингивите  В) рецессии десны  Г) пародонтозе</p>
--	---

<p>Раздел 5.  «Заболевания  слизистой оболочки  полости рта»</p>	<p>83. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ</p> <p>А) <b>«Канестен»</b>  Б) «Солкосерил»  В) оксолиновая  Г) флореналовая</p> <p>84. К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ</p> <p>А) <b>кортикостероидами</b>  Б) антибиотиками  В) транквилизаторами  Г) противогрибковыми.</p>
--	--

85. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

А) удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом

Б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

В) провести антисептическую обработку, затем смазать неомидиновой, синтомациновой мазями.

Г) обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир .

86. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ

А) ацикловир

Б) тетрациклин

В) сульфадиме

Г) нистатин

87. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

А) многоформной экссудативной эритемой

Б) хроническим герпесом

В) вторичным сифилисом

Г) язвенно-некротическим стоматитом

88. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

А) Herpes simplex I типа

Б) Herpes simplex II типа

В) Herpes zoster

Г) Вирус иммунодефицита

89. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ В ПОЛОСТИ РТА

А) увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные

Б) увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные

В) увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные

Г) не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

90. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

А) Тцанка

Б) Лангханса

В) атипичные

Г) гигантские многоядерные.

91. НЕПОЛНОЕ ОРОГОВЕНИЕ КЛЕТОК ШИПОВАТОГО СЛОЯ ЭТО

А) паракератоз

Б) акантоз

В) понгиоз

Г) гиперкератоз

92. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

А) гигантские многоядерные клетки

	<p>Б) туберкулезные микобактерии  В) почкующиеся клетки  Г) фузобактерии .</p> <p>93. В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ЭРОЗИИ ПРИ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ВЫЯВЛЯЮТ  <b>А) картину неспецифического воспаления</b>  Б) акантолиз  В) фузоспирахиоз  Г) картину специфического воспаления</p>
<p>Раздел 6.  «Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ »</p>	<p>94. К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЛО ОТНОСИТСЯ  <b>А) цитологическое исследование кисты путем пункции</b>  Б) цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка  В) УЗ – исследование опухоли  Г) компьютерная томография</p> <p>95. ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ  <b>А) при глубоком залегании опухоли</b>  Б) при поверхностном расположении опухоли  В) при распаде опухоли  Г) в случае риска возникновения кровотечения из опухоли</p> <p>96. К ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ  <b>А) амелобластомы</b>  Б) гемангиомы челюстей  В) остеобластокластомы  Г) фибромы</p> <p>97. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ  <b>А) эрозивно-язвенная</b>  Б) Гаппейнера  В) плоская  Г) мягкая</p> <p>98. БАЗАЛИОМА - ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К  <b>А) злокачественным новообразованиям</b>  Б) доброкачественным новообразованиям  В) опухолеподобным заболеваниям  Г) предраковым заболеваниям</p> <p>99. ПРИЗНАКИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ:  <b>А) уплотнение краев и дна язвы</b>  Б) блюдцеобразная форма язвы  В) эозинофилия  Г) изменение цвета окружающих тканей</p> <p>100. ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ К ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ ЯЗВЫ:  <b>А) травматическая</b>  Б) трофическая  В) сифилитическая  Г) туберкулезная</p>

Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует необходимые компетенции для реализации профессиональных задач. В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале fmza.ru ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационных порталах ЭИОС elearning.volgmed.ru.

**Банк ситуационных клинических задач**

<p>ФТД.3. Раздел 1 «Кариесология»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 1.</b></p> <p>На прием к стоматологу обратился пациент 22 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Оцените состояние гигиены полости рта.</li> <li>7. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.</li> <li>8. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.</li> <li>9. Укажите фактор риска возникновения данного заболевания.</li> <li>10. Предложите комплекс лечебно-профилактических мероприятий.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неудовлетворительная</li> <li>2. Очаговая деминерализация (Кариес в стадии пятна)</li> <li>3. Витальное окрашивание</li> <li>4. Плохая гигиена</li> <li>5. Профессиональная гигиена, реминерализующая терапия</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 2.</b></p> <p>Пациент 28 лет, обратился в клинику с жалобами на откол пломбы и кратковременные боли от термических раздражителей в 21 зубе. Объективно: 21 – откол пломбы, после снятия пломбы глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба (аппроксимально-медиальная поверхность с нарушением целостности режущего края), зондирование дна кариозной полости болезненно.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Дообследуйте пациента и поставьте диагноз.</li> <li>8. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>9. Перечислите этапы лечения данного заболевания.</li> <li>10. К какому классу классификации кариозных полостей по Блэку относится эта кариозная полость?</li> </ol>
---	--



	<p>11. Каковы особенности препарирования кариозной полости в данном случае?</p> <p>12. Какие материалы используются для наложения лечебной и изолирующей прокладок? Обоснуйте выбор пломбировочных материалов для наложения лечебной и изолирующей прокладок.</p> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рентгенологическое обследование, ЭОД; Гиперемия пульпы (глубокий кариес)</li> <li>2. Средний кариес, острый очаговый пульпит</li> <li>3. Местное обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение лечебной прокладки, наложение пломбы.</li> <li>4. 4 класс</li> <li>5. Препарирование с учётом топографии рогов пульпы, возможно оставление плотного пигментированного дентина.</li> </ol>
<p>ФТД 3. Раздел 2 «Некариозные поражения твёрдых тканей зубов»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 3</b></p> <p>В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная 17 лет с жалобами на наличие светло-коричневых пятен на резцах верхней и нижней челюстей. При зондировании поверхность пятен гладкая, эмаль блестящая. Из анамнеза известно, что с 3 до 7 лет больная проживала в местности с содержанием фтора в воде 2,5 мг/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите диф. диагностику.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> <li>4. Назовите меры профилактики при данной патологии.</li> <li>5. Что явилось причиной развития заболевания?</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Флюороз, пятнистая форма.</li> <li>2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна.</li> <li>3. Общая и местная реминерализующая терапия. Реставрация композитами.</li> <li>4. Очистка воды, замена питьевого водопровода, исключение искусственного вскармливания детей, вывоз детей.</li> <li>5. Избыточное поступление фтора в организм человека с питьевой водой.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 4.</b></p> <p>Пациент 25 лет, обратился с целью санации полости рта. При осмотре на вестибулярной поверхности, ближе к режущему краю, выявлены точечные углубления в эмали 11, 21 зубов, дно углублений пигментировано. Из анамнеза: углубления появились сразу после прорезывания, пигментировались позже, неприятных ощущений не вызывают. Проживает в местности с умеренным климатом и концентрацией фтора в питьевой воде 1 мг/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> </ol>

	<p>3. Что могло быть причиной этого заболевания?  4. Назначьте лечение.  5. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать?</p> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Местная гипоплазия, эрозивная форма.</li> <li>2. С меловидно-крапчатой формой флюороза, с пятнистой формой гипоплазии, с кариесом в стадии пятна, поверхностным кариесом.</li> <li>3. Нарушение обменных процессов в развивающемся зубе под влиянием различных заболеваний, инфекции, проникающей радиации. Гипоплазия возникает у детей, перенесших поражение ЦНС, гемолитическую желтуху, рахит, желудочно-кишечные заболевания, эндокринную патологию, при врожденном сифилисе.</li> <li>4. Курс комплексной реминерализующей терапии. Реставрация дефектов коронок зубов пломбировочными материалами.</li> </ol>
<p>ФТД 3. Раздел 3  «Эндодонтия»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 5.</b></p> <p>У пациентки 43 лет, в течение суток отмечается боль в области 46 зуба. Боль началась внезапно ночью, приступы боли непродолжительные (10-15 минут), боль усиливается от температурных раздражителей. Две недели назад 46 зуб был лечен, наложена пломба из композиционного материала; из анамнеза было выявлено, что пациентка жаловалась на боли от температурных раздражителей, которые быстро проходили.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Назовите наиболее вероятные ошибки, которые врач мог допустить при диагностике и лечении 46 зуба ранее, приведшие к развитию осложнения.</li> <li>5. Поставьте диагноз.</li> <li>6. Перечислите заболевания, с которыми проводится дифференциальная острого очагового пульпита.</li> <li>7. Составьте план лечения</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Термическая травма пульпы во время препарирования или фотополимеризации композита, случайное вскрытие пульпы.</li> <li>2. К 04.0 Острый пульпит (Острый очаговый пульпит)</li> <li>3. Глубокий кариес, острый диффузный пульпит, хронический фиброзный пульпит, обострение хронического пульпита</li> <li>4. Биологический метод, при его неэффективности-эндодонтическое лечение.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 6.</b></p> <p>Пациент А., 23 лет обратился с жалобами на изменение цвета коронки 22 зуба. Анамнез: 22 зуб лечен по поводу осложненного кариеса 1,5 года назад. После лечения зуб не болел. Объективно: вестибулярная поверхность коронки 22 зуба имеет серый оттенок, слизистая оболочка в области проекции верхушки 22 зуба бледно-розового цвета, перкуссия безболезненная. После удаления пломбы полость зуба широко раскрыта, устье канала закрыто пломбировочным материалом. На рентгенограмме</p>

	<p>корневой канал 22 зуба прослеживается на всем протяжении. Пломбировочный материал заполняет только устьевую часть канала. В области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с не четкими контурами размером 1-2 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Поставьте диагноз.</li> <li>5. Проведите диф. диагностику.</li> <li>6. План и этапы лечения.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. К 04.5 Хронический периодонтит (хронический гранулирующий периодонтит).</li> <li>2. Хронический гранулематозный периодонтит, обострение хронического периодонтита, хронический пульпит.</li> <li>3. Повторное эндодонтическое лечение</li> </ol>
<p>ФТД 4. Раздел 4 «Пародонтология»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 7.</b></p> <p>Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую кровоточивость дёсен, усиливающуюся при чистке зубов, что беспокоит больную уже в течение 3 лет. В анамнезе – хронический гастрит в течение 5 лет.</p> <p>При объективном осмотре полости рта выявлено: отёк и гиперемия с цианозом межзубных десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточащей при дотрагивании до неё зондом. Имеется мягкий зубной налёт в области шеек зубов, отложения наддесневого зубного камня. Гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное. Гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной равен 2,5 баллам. Проба Шиллера-Писарева положительная, при этом окрасились все десневые сосочки и маргинальная десна в области большинства зубов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Поставьте диагноз.</li> <li>5) Определите степень тяжести заболевания.</li> <li>6) Составьте план обследования и лечения больной.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический катаральный гингивит</li> <li>2. Средняя степень тяжести</li> <li>3. Мотивация, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена полости рта, местная антимикробная и противовоспалительная терапия, консультация гастроэнтеролога</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 8.</b></p> <p>Пациент Р. 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 1.1, 2.1, 3.1, кровоточивость десен, выделение гноя, боль, неприятный запах изо рта, частые случаи припухлости десны, который сопровождается болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойной отделяемое из</p>

	<p>пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм. Патологическая подвижность зубов I-II степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.</li> <li>2. Назовите методы обследования для уточнения диагноза.</li> <li>3. Наметьте план лечебных мероприятий.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалительные заболевания пародонта</li> <li>2. Рентгенологическое обследование, индексная оценка состояния тканей пародонта</li> <li>3. Мотивация, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена, местная и общая антимикробная и противовоспалительная терапия, шинирование, кюретаж, консультация эндокринолога.</li> </ol>
<p>ФТД 3. Раздел 5 «Заболевания слизистой оболочки полости рта»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 9.</b></p> <p>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 и 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, 31, 32. На кончике языка и слизистой оболочке нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии, болезненные при пальпации.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите диагноз, назначьте лечение.</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ХРАС. Лечение у гастроэнтеролога, десенсибилизирующая терапия, местная противовоспалительная, иммуномодулирующая и кератопластическая терапия</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 10.</b></p> <p>Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C, недомогание, резкую боль при разговоре и приеме пищи. Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострения тонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах и суставах. Рецидивы наступают в весенний период.</p> <p>Объективно: При осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявлены округлые синюшные пятна диаметром 2,5 – 3 см с корочкой в центре. На отечной красной кайме губ – обширные кровянистые корки. Открывания полости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику;</li> <li>3. Составьте план лечения, решите вопрос о необходимости госпитализации;</li> </ol>

	<p>4. Назначьте препараты местного лечения;</p> <p>5. Ваши рекомендации по профилактике данного заболевания;</p> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма;</li> <li>2. Герпетический стоматит, вульгарная пузырчатка; МЭЭ токсико-аллергическая форма.</li> <li>3. Необходимо лечение в условиях стационара дерматологом.</li> <li>4. Местное назначение на красную кайму губ протеолитических ферментов, обработка антисептиками (настои и отвары из лекарственных растений).</li> <li>5. Лечение хронических тонзиллитов и выявление хронических очагов инфекции в полости рта.</li> </ol>
<p>ФТД 3. Раздел 6 «Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 11.</b></p> <p>Пациент К., 26 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами, на дефект языка, мешающий приему пищи, крайне болезненный. Считает себя больным 3 года, не лечился. Объективно: в области дистальной трети языка определяется опухолевидное образование с широким основанием, приподнятое над поверхностью языка, бугристое бело-розовое, болезненное при пальпации.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Тактика врача – стоматолога.</li> <li>4. Какова возможная гистологическая картина заболевания.</li> <li>5. О каком осложнении следует думать?</li> </ol> <p><b>Ответы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ромбовидный глоссит, гиперпластическая форма</li> <li>2. Опухолевидные образования языка, специфические инфекционные заболевания, веррукозная лейкоплакия, синдром Барлоу.</li> <li>3. В случаях роста – хирургическое иссечение, аппликационно кератопластические препараты; санация полости рта; обучение гигиены полости рта, подбор индивидуальных средств гигиены.</li> <li>4. Гистологическая картина: исчезновение сосочков, акантоз, подэпителиальная инфильтрация.</li> <li>5. Озлокачествление.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача 12.</b></p> <p>Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи. Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект слизистой оболочки полости рта. Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3х0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> </ol>

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Назначьте противовоспалительную и эпителизирующую терапию.
5. Какой из физиотерапевтических методов Вы назначили бы?

**Ответы:**

1. хроническая травма языка – декубитальная язва;
2. твердый шанкр, трофическая язва, раковая язва, туберкулезная;
3. устранение травмирующего фактора, противовоспалительные и эпителизирующие препараты.
4. солкосерил-гель, масло шиповника или облепихи;
5. лазерное облучение.