

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Дата подписания: 2023-08-29 10:48
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике

Наименование дисциплины: **Детская кардиология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.13 Детская кардиология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский кардиолог**

Кафедра: **Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**


Форма обучения – очная

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

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Ледяев Михаил Яковлевич	профессор	д.м.н., профессор	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Светлова	доцент	к.м.н.	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО


Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике обсужден на заседании кафедры протокол № 1 от «28» сб 2023г.

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, д.м.н., профессор  Ю.М.Лопатин

Рецензент: заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, Черненко Ю.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29 сб » 2023г.

Председатель УМК  М.М.Королева

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

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь Ученого совета  В.Д.Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ.**

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ
СРЕДСТВ**

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых

		измерения уровня знаний и умений обучающегося.		вопросов.
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Индивидуальные задания	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции;

		различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		<p>корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные:</p> <p>объем работы составляет от 20 до 30 страниц;</p> <p>форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал);</p> <p>соответствие стиля изложения требованиям научного жанра;</p> <p>грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация);</p> <p>перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
--	--	---	--	--

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал,

Оценка	Описание
	отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.

Оценка	Описание
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

А) ФОС для базовой части производственной (клинической) практики

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации,
2. провести дифференциальную диагностику заболеваний ССС у детей,
3. обосновать клинический диагноз;
4. разработать схему, план и тактику ведения больного ребенка в сложных клинических случаях,
5. обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению лекарственной терапии;
6. определить необходимость дополнительных и специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических),
7. организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
8. провести дифференциальную диагностику заболеваний ССС у детей;
9. использовать методики распознавания и купирования следующих неотложных состояний: анафилактический шок, геморрагический шок, угрожающие нарушения сердечного ритма, острая сердечная недостаточность;
10. разработать план диспансерного наблюдения ребенка с заболеванием ССС;
11. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни ребенка с заболеваниями ССС;
12. обосновать назначение необходимых лабораторных и дополнительных исследований;

13. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи в диагностике патологического процесса и определении его активности;
14. обосновать показания к назначению больному антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, диуретиков, СГ;
15. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных заболеваниях ССС;
16. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, физиотерапию.
17. Провести экспертизу качества медицинской помощи.
18. Провести санитарно-просветительскую работу с населением по профилактике заболеваний ССС и мотивации здорового образа жизни.

Вопросы для устного собеседования

Тестовые задания.

001. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:
- а) Правым желудочком.
 - б) Левым желудочком.
 - в) Левым предсердием.
002. Коронарные артерии относятся к артериям:
- а) Эластического типа.
 - б) Мышечно-эластического типа.
 - в) Мышечного типа.
003. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:
- а) Синусового узла.
 - б) Клеток сократительного миокарда.
 - в) Атрио-вентрикулярного узла.
 - г) Пучка Гиса и его разветвлений.
 - д) Волокон Пуркинье.
004. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:
- а) Атрио-вентрикулярном узле.
 - б) Атрио-вентрикулярном соединении.
 - в) Пучке Гиса.
 - г) Волокнах Пуркинье.
005. К артериям мышечного типа относятся:
- а) Легочная артерия.
 - б) Коронарные артерии.
 - в) Почечная, мезентериальные артерии.
 - г) Все перечисленное.
 - д) Только б) и в)

006. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

007. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно а) и в)

008. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.
- д) Все ответы правильные.

009. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

010. Наличие аритмии у больного всегда указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

011. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- а) Ортопноэ.
- б) Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
- в) На корточках.
- г) Ни одного из перечисленных.

012. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

013. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.
- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

014. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются барабанные палочки и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- а) Незаращении артериального (Боталлова) протока.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Тетраде Фалло.

015. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- в) Семейной гиперхолестеринемии.
- г) Семейной дисбеталипопротеидемии.

016. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Триады Фалло.
- г) Неспецифического аортоартериита.

017. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

018. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

019. Парадоксальный пульс может встречаться:

- а) При тампонаде сердца.
- б) При ожирении.
- в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из них.

020. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

021. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

- а) Отрицательно.
- б) Положительно.
- в) Заряд равен 0.

г) Возможны все три варианта.

022. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

023. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

024. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

- а) 0.
- б) 1
- в) 2
- г) 3
- д) 4

025. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

- а) 0
- б) 1
- в) 2
- г) 3

026. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.
- д) 90-100 в мин.

027. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.

028. Скорость проведения импульса зависит от:

- а) Скорости и амплитуды 0 фазы потенциала действия.
- б) Уровня потенциала покоя.
- в) И того, и другого.
- г) Ни от того и ни от другого.

029. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- а) В синоатриальной зоне.
- б) В межузловых предсердных трактах.
- в) В АВ - узле.
- г) В общем стволе пучка Гиса.
- д) Правильные ответы а) и в)

030. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- а) От эндокарда к эпикарду.
- б) От эпикарда к эндокарду.
- в) Возможны оба варианта.

031. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:

- а) Моторика желудочно-кишечного тракта.
- б) Связывание с белками плазмы.
- в) Метаболизм в печени.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

032. Развитие толерантности к нитратам обусловлено:

- а) Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.
- б) Активацией системы ренин-ангиотензин.
- в) Активацией симпатoadреналовой системы.
- г) Задержкой в организме натрия и воды.
- д) Активацией лизосомальных ферментов печени.

033. При развитии толерантности к нитратам следует:

- а) Полностью отказаться от их применения.
- б) Перейти на прием другого препарата данной группы.
- в) Временно отменить препарат.
- г) Уменьшить дозировку.

034. Синдром отмены нитратов описан:

- а) У больных со спонтанной стенокардией.
- б) У больных со стабильной стенокардией.
- в) У больных с недостаточностью кровообращения.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

035. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.
- г) Может как повышаться, так и понижаться.

036. Нитраты показаны при:

- а) Стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Сердечной астме.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные только б) и в)

037. К антагонистам кальция относятся:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

038. Антагонисты кальция влияют на функцию желудочка следующим образом:

- а) Уменьшая пред- и постнагрузку.
- б) Увеличивая пред- и постнагрузку.
- в) Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.
- г) Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку.

039. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

- а) Нифедипин.
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Различий между данными препаратами нет.

040. Ортостатическую гипотонию вызывают следующие препараты из группы антагонистов кальция:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

041. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:

- а) Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
- б) Избыточное потребление жиров и углеводов.
- в) Отягощенная по гипертонии наследственность.
- г) Повышенная масса тела.
- д) Избыточное потребление поваренной соли.

042. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

- а) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- в) Атеросклероза почечных артерий.
- г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- д) Изменения системы простагландинов.

043. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

- а) Минутный объем сердца.
- б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- в) Ренин-ангиотензиновая система.
- г) Уровень электролитов крови.

044. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:

- а) Норморениновую.
- б) Гиперрениновую.
- в) Гипорениновую.
- г) Все перечисленные.
- д) Только б) и в)

045. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

046. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

- а) Ангиотензина II.
- б) Триглицеридов.
- в) Катехоламинов.
- г) Холестерина.

047. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

- а) Задержкой натрия и воды.
- б) Повышением активности симпато-адреналовой системы.
- в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
- г) Уменьшением минутного объема сердца.
- д) Всем перечисленным.

048. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Атеросклероза почечных артерий.
- в) Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).

049. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

- а) Поражение артерий сетчатки.
- б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Появление блокад сердца.

050. Простагландины синтезируются из:

- а) Полиненасыщенных жирных кислот.
- б) Белков.
- в) Углеводов.
- г) Катехоламинов.

ОТВЕТЫ

- 001 - б
- 002 - в
- 003 - б
- 004 - г
- 005 - д
- 006 - а
- 007 - д
- 008 - а
- 009 - г
- 010 - в
- 011 - в
- 012 - а
- 013 - б
- 014 - а
- 015 - в
- 016 - г
- 017 - б
- 018 - в
- 019 - г
- 020 - в
- 021 - а
- 022 - а
- 023 - б
- 024 - а
- 025 - в
- 026 - в
- 027 - б
- 028 - в
- 029 - д
- 030 - а
- 031 - в
- 032 - а
- 033 - в
- 034 - д
- 035 - б
- 036 - г
- 037 - г
- 038 - в
- 039 - а
- 040 - д
- 041 - б
- 042 - в
- 043 - г
- 044 - г
- 045 - д
- 046 - а
- 047 - а
- 048 - в
- 049 - а
- 050 - а

Ситуационные задачи

Практические навыки

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-21	1-29	-
	2	1, 3	1-3	-
	3	12-21	1-3	-
ПК	1	8,12	22-24	-
	2	1-21	25	1-33
	3	1-17	26	-
	4	1-21	27	-
	5	4,5,9	5,16-21	1-33
	6	6	4	-
	7	2,6	5, 6, 8	1-33
	8	1-17	-	1-33
	9	7	28, 29	1-33
	10	15	-	-
	11	3	6	-
	12	14	3,10,11-16	-

Б) ФОС для вариативной части производственной (клинической) практики

Раздел: Детская неврология

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Индексы для регистрации кариеса зубов и поверхностей
2. Профессиональная гигиена полости рта.
3. Современные методы и средства профилактики кариеса зубов.
4. Эндогенные и экзогенные методы профилактики кариеса зубов.

5. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний твердых тканей зубов.
6. Особенности течения лечения пульпита и периодонтита в различных возрастных группах
7. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении пульпита
8. Физические методы диагностики и лечения пульпита
9. Острый верхушечный периодонтит. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение острого верхушечного периодонтита.
10. Хронический формы периодонтит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение
11. Нарушение формирования твердых тканей зубов. Гипоплазия эмали: этиология, клинические проявления, лечение.
12. Флюороз: этиология, лечение, профилактика.
13. Патологическая стираемость твердых тканей: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение.
14. Гиперстезия твердых тканей зубов: этиология и патогенез, клинические проявления и лечение. Лекарственные и токсические поражения твердых тканей зубов: клинические проявления, лечение.
15. Травма зуба: клинические разновидности, лечение. Профилактика некариозных поражений твердых тканей зубов.
16. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Классификация, Клиника, дифференциальная диагностика.
17. Симптоматическое лечение воспалительных заболеваний пародонта: лечение болезней пародонта, общие принципы лечения, удаление зубных отложений, шлифование и полирование поверхности корня, наложение десневых повязок, избирательное шлифование зубов, депульпирование зубов.
18. Фармакотерапия болезней пародонта.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Этиология, патогенез кариеса зубов. Определение кариеса зубов. Международная классификация.
2. Кариес эмали. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Кариес дентина. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Кариес цемента. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Индексы для регистрации кариеса зубов и поверхностей

6. Профессиональная гигиена полости рта.
 7. Современные методы и средства профилактики кариеса зубов. Эндогенные и экзогенные методы профилактики кариеса зубов.
 8. Методы стоматологического просвещения населения. Особенности профилактики кариеса зубов среди различных возрастных групп населения.
 9. Ошибки и осложнения при лечении заболеваний твердых тканей зубов.
 10. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике пульпита и периодонтита зубов.
 11. Особенности течения лечения пульпита и периодонтита в различных возрастных группах.
 12. Биологический метод лечения пульпита. Показания, противопоказания
 13. Ампутиационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания.
 14. Экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания.
 15. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении пульпита
 16. Физические методы диагностики и лечения пульпита
 17. Периодонт. Гистологическое строение, иннервация, кровоснабжение, функции.
- Классификации периодонтита
18. Острый верхушечный периодонтит. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение острого верхушечного периодонтита.
 19. Хронический формы периодонтит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение
 20. Нарушение формирования твердых тканей зубов. Гипоплазия эмали: этиология, клинические проявления, лечение.

Тестовые задания

1. Показания для депульпированию зубов при пародонтите:

- а) глубина десневых карманов 6 мм;
- б) подвижность зубов II-III степени;
- в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени;
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов.

Правильный ответ: в

2. Противопоказания для проведения физиотерапевтического лечения:

- а) гноетечение из десневых карманов;
 - б) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременность;
 - в) хирургическое лечение болезней пародонта;
 - г) возраст до 15 лет;
 - д) возраст старше 50 лет
- Правильный ответ: б

3. Заболевания, протекающие с поражением пародонта, которые можно отнести к ретикулогистиоцитозам:

- а) гипофосфатазия;
 - б) синдром Папийон-Лефевра;
 - в) болезнь Педжета;
 - г) болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
 - д) синдром Олбрайта.
- Правильный ответ: г

4. Эпулис относится к:

- а) гингивитам;
 - б) пародонтиту;
 - в) пародонтозу;
 - г) идиопатическим заболеваниям;
 - д) пародонтомам.
- Правильный ответ: д

5. К идиопатическим болезням пародонта относят:

- а) пародонтоз;
 - б) пародонтит;
 - в) фиброматоз дёсен;
 - г) синдром Папийон-Лефевра;
 - д) пародонтома.
- Правильный ответ: г

6. Назовите заболевания слизистой оболочки полости рта, ассоциированные с ВИЧинфекцией:

- а) туберкулез, различные формы кандидоза;
- б) вирусные инфекции, различные формы кандидоза;
- в) лейкоплакия, вирусные инфекции;
- г) язвенно-некротический гингиво-стоматит, саркома Капоши;
- д) красный плоский лишай, кандидозы.

Правильный ответ: б, г

7.Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт

- а) десна и круговая связка зуба
- б) периодонт, десна, надкостница, зуб
- в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба (цемент)
- г) десна, ткани зуба
- д) десна, надкостница, цемент

Правильный ответ: в

8.Ранняя зубная бляшка после чистки зубов формируется в течение

- а) 2 часов
- б) 4-5 часов
- в) 7-8 часов
- г) 12 часов
- д) 24 часов

Правильный ответ: д

9.Сроки формирования «зрелой» зубной бляшки

- а) 2-3 суток
- б) 4-5 суток
- в) 6-7 суток
- г) более 7 суток
- д) более месяца

Правильный ответ: д

10.Какие ткани зуба входят в состав пародонта?

- а) эмаль
- б) пульпа
- в) дентин

г) цемент

д) входят все

Правильный ответ: г

11.Строение костной ткани альвеолы

а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества

б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани

в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью

г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой

д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой

Правильный ответ: в

12.Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта

являются:

а) капилляры

б) артериолы и вены

в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены

г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры

д) венозные сосуды

Правильный ответ: в

13.Иннервацию пародонта обеспечивает:

а) лицевой нерв

б) вторая ветвь тройничного нерва

в) ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва

г) первая ветвь тройничного нерва

д) все три ветви тройничного нерва

Правильный ответ: в

14.Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта:

а) измененная реактивность организма

б) микроорганизмы зубной бляшки

в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта

г) наследственность

д) травматическая окклюзия

Правильный ответ: в

15. Состав зубной бляшки:

а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов

б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов

в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги

г) зубная бляшка представлена органическими компонентами

д) зубная бляшка состоит из элементов слюны

Правильный ответ: в

16. Разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта

(пародонтитом и пародонтозом):

а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях

б) это совершенно различные заболевания

в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга

г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому

д) пародонтоз предшествует пародонтиту

Правильный ответ: б

17. Укажите патологию твердых тканей зуба, возникающую в период их развития:

а) эрозия зубов

б) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз

в) кислотный некроз

г) клиновидный дефект

д) наследственные нарушения развития зубов

Правильный ответ: б, д

18. Из перечисленных некариозных поражений зубов возникают после их прорезывания:

- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект
- б) флюороз зубов
- в) гипоплазия эмали
- г) гиперплазия эмали
- д) наследственные нарушения развития зубов

Правильный ответ: а

19. Назовите формы клинического проявления гипоплазии эмали.

- а) пятнистая
- б) штриховая, чашеобразная
- в) эрозивная
- г) бороздчатая

Правильный ответ: а, б, в, г

20. При дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза решающим является:

- а) локализация процесса
- б) симметричность поражения
- в) консистенция поверхности пятна
- г) прогрессирование процесса
- д) системность поражения

Правильный ответ: д

21. Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:

- а) с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна
- б) поверхностным кариесом
- в) штриховой формой гипоплазии
- г) штриховой формой флюороза
- д) меловидно-крапчатой формой флюороза

Правильный ответ: а

22. Эрозивную форму гипоплазии следует дифференцировать:

- а) с меловидно-крапчатой и эрозивной формой флюороза
- б) поверхностным и средним кариесом
- в) клиновидным дефектом
- г) глубоким кариесом
- д) патологической стираемостью зубов

Правильный ответ: а, б

23. Для клиновидного дефекта характерно:

- а) появление после прорезывания зубов
- б) локализация в пришеечной области
- в) характерная форма клина
- г) редкое развитие гиперестезии

Правильный ответ: а, б, в, г

24. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов применяют:

- а) 3% раствор дикаина, жидкость Платонова
- б) глубокое фторирование
- в) препараты серебра
- г) десенситайзеры (Seal and Protect, Gluma Desensitizer)
- д) фторлак

Правильный ответ: б, г.

25. При общем лечении постлучевого некроза твердых тканей зубов применяют:

- а) антиоксиданты
- б) препараты кальция и поливитамины
- в) гормональные препараты
- г) анестетики
- д) десенсибилизирующие препараты

Правильный ответ: а, б

26 Иммунные зоны зуба располагаются:

- 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

27. Препаратами в экстренном лечении анафилактического шока является все, кроме:

- а) преднизолон
- б) мезатон
- в) адреналин
- г) эуфиллин

28. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- а) 3 минуты после введения препарата
- б) 10 минут после введения препарата
- в) 30 минут после введения препарата
- г) 1 час после введения препарата

29. Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:

- а) снижение сократительной способности миокарда
- б) расширение венозного отдела сосудистого русла
- в) уменьшение объема циркулирующей крови
- г) угнетение сосудодвигательного центра

30. Введение эуфиллина при анафилактическом шоке показано:

- а) всем больным
- б) больным с одышкой
- в) больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
- г) больным с загрудинными болями, после стабилизации АД

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

В клинику обратилась пациентка А. в возрасте 18-ти лет с жалобами на эстетические дефекты зубов. Со слов пациентки постоянные зубы прорезались уже с пятнами. Проживает пациентка А. в г. Одинцово.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов,

эмаль гладкая.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину возникновения данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Предложите алгоритм лечебно-профилактических мероприятий.

Ответ

1. Диагноз: пятнистая форма флюороза по классификации Патрикеева. K003.0 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов] – по МКБ-с.

2. Повышенная концентрация фторида в питьевой воде.

3. С очаговой деминерализацией эмали, пятнистой формой гипоплазии.

4. За две недели до начала лечения пациентке следует осуществить профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление зубных отложений. Можно предложить провести микроабразию эмали в области линии улыбки - 20 зубов.

Пациентке следует дать рекомендации по уходу за полостью рта. Для домашнего применения целесообразно назначить, например: зубную пасту с гидроксиапатитом и полоскание 10% раствором глюконата кальция (2 раза в день в течение 2 недель). Кроме того, после микроабразии эмали на две недели из рациона питания пациентки должны быть исключены красящие продукты: черный чай, кофе, красное вино, кетчуп, свекла, морковь,

черная смородина, черника и другие.

Ситуационная задача №2.

Пациент Б. 55 лет обратился в клинику с жалобами на дефекты зубов в пришеечной области, эстетический недостаток, иногда возникающую болезненность от температурных, механических и химических раздражителей. При осмотре: в пришеечной области определяются обширные дефекты твердых тканей, по форме напоминающие

клин. Пораженные участки имеют гладкие и блестящие поверхности. Отмечается ретракция десны.

Задания:

1. Назовите стоматологическое заболевание, к которому относится данная патология.
2. Расскажите о возможных причинах развития данного некариозного поражения.
3. Чем обусловлено развитие абфракционных дефектов?
4. Предложите комплекс профилактических мероприятий.
5. Поясните особенности пломбирования абфракционных дефектов

Ответ

1. Клиновидный дефект (истирание).
2. Этиологические факторы до конца не выяснены. Считается, что причинами развития могут быть механические факторы (неправильная чистка зубов, жесткая зубная щетка заболевания пародонта, особенности анатомического строения круговой мышцы рта
3. Развитие абфракционных дефектов в виде клина обусловлено разными модулями эластичности эмали и дентина.
4. Чистка зубов вертикальными движениями зубной щетки, применение низкоабразивных лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пломбирование клиновидных дефектов традиционными композитами часто мало эффективно. Поэтому при замещении абфракционных дефектов целесообразно использовать стеклоиономерные цементы, жидкие композиты и компомеры, которые обладают адекватными свойствами (модуль упругости, эластичности и т.д.)

Ситуационная задача №3.

Больная Д., 16 лет, жалуется на наличие светлых пятен на центральных резцах и молярах. Родилась и проживает в местности с содержанием фтора в питьевой воде 1,0 мг/л. При

осмотре на вестибулярной поверхности 11, 21, по экватору и на буграх 16, 26, определяются меловидные пятна с блестящей поверхностью. Пятна существуют с момента прорезывания зубов.

Задания:

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите вероятный (предварительный) диагноз.

3. Перечислите условия задачи, подтверждающие диагноз.

Ответы

1. Эндемический флюороз, начальный кариес, кислотный некроз

2. Эндемический флюороз

3. Содержание фтора в питьевой воде 1,0 мг/л, меловидные пятна с блестящей поверхностью. Пятна существуют с момента прорезывания зубов

Ситуационная задача №4.

Больной, 24 лет, жалуется на наличие самопроизвольных болей в 36 зубе, беспокоящие его около 2 суток. Боли прерывистые, ночные. Ранее отмечал кратковременные боли от холодного. Объективно: на дистальной поверхности 36 зуба имеется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Перкуссия зуба безболезненна. Порог электровозбудимости пульпы повышен до 25 мкА.

Задания:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

2. Перечислите возможные заболевания при данной патологии.

3. Перечислите этапы выбранного метода лечения, реабилитацию.

Ответы.

1. Острый очаговый пульпит.

2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.

3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости. Наблюдение в течение 2 лет.

Ситуационная задача №5.

Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость дёсен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Задания:

1. Назовите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология.
2. Назовите причину патологических изменений десны у этого пациента.
3. Определите индекс ПМА в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3.
4. Поставьте предварительный диагноз. Назовите метод диагностики, необходимый для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения и реабилитации.

Ответы

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс ПМА в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 равен 66,6(6)%.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования – панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения:
 - удаление зубных отложений;
 - коррекция и контроль гигиены полости рта;
 - местная противовоспалительная терапия;
 - санация полости рта

Ситуационная задача 6



Пациент К. 17 лет обратился в клинику с жалобами на боли в верхней губе и передних верхних зубах.

Несколько часов тому назад упал с велосипеда.

При внешнем осмотре: на фоне отека и гиперемии имеется рана красной каймы и слизистой оболочки верхней губы по средней линии. Пальпация травмированного участка умеренно болезненная.

При осмотре зубных рядов определяется отлом режущих краев зубов 11 и 21 на $\frac{1}{3}$ длины коронки, реакция на холод резко болезненная. В линии отлома обоих зубов просвечивает пульпа, полости зубов не вскрыты. Перкуссия зубов 11 и 21 умеренно болезненная, зубы неподвижные.

Задания:

1. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
2. Поставьте предварительный диагноз патологии зубов 11, 21 и мягких тканей верхней губы.
3. Определите врачебную тактику в отношении зубов 11 и 21, укажите варианты их лечения.
4. Укажите прогноз для зубов 11 и 21.
5. Определите объем лечебных мероприятий при описанной травме верхней губы.

Ответы:

1. Необходимо сделать рентгенограмму или визиограмму верхних фронтальных зубов для исключения перелома их корней. Показана электроодонтодиагностика зубов 11 и 21.

2. Диагноз:

- острая травма зубов 11 и 21, травматический отлом $\frac{1}{3}$ коронковой части
- острая травма верхней губы.

3. Объем врачебных мероприятий в отношении зубов 11 и 21 будет зависеть от клиники и показаний ЭОД. При отсутствии ночных и самопроизвольных приступообразных болей и показания ЭОД до 10 мА показано консервативное лечение зубов с применением лечебных прокладок с гидроокисью кальция и реставрация зубов гелиокомпозитами. В случае же появления самопроизвольных приступообразных болей и более высоких цифрах ЭОД показано удаление под анестезией пульпы, эндодонтическое лечение, фиксация стекловолоконных штифтов и реставрация коронковой части зубов 11 и 21 светоотверждаемыми композитами.

4. В случае проведения эндодонтического лечения необходимо сделать рентгенограмму зубов 11 и 21 через 6 месяцев. При сохранении витальности зубов 11 и 21 показано электрометрическое исследование их через 3, 6 и 12 месяцев.

5. Показана антисептическая обработка раны, анестезия и наложение косметических швов на рану верхней губы. Внутрь - антигистаминные препараты, анальгетики.

Практические навыки

1 осмотр и обследование лица
2 пальпация мягких тканей и костной основы лица
3 пальпация височно-нижнечелюстного сустава
4 определение высоты нижнего отдела лица
5 осмотр зубов, оценка их твердых тканей:
6 определение степени патологической подвижности зубов
7 зондирование.
8 электроодонтодиагностика
9 оценка состояния зубных рядов
10 перкуссия зубов
11 определение типа прикуса
12 зондирование десневых и пародонтальных карманов
13 визуально-клиническое изучение диагностических моделей челюстей

Раздел: Детская эндокринология

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Ошибки и осложнения в процессе ортопедического лечения
2. Обследование полости рта и внешний осмотр
3. Функциональная перегрузка пародонта
4. Методы обследования при заболеваниях пародонта: клинические, параклинические
5. Диагностика травматической окклюзии
6. Методы подготовки полости рта к протезированию: общие и специальные
7. Ортопедические методы лечения пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области
8. Парафункции жевательных мышц
9. Современные методы обследований,
10. Основные эстетические параметры лица и улыбки.
11. Обследование полости рта и внешний осмотр

12. Рентгенологические методы. КЛКТ, МСКТ, МРТ
13. Причины снижения высоты нижнего отдела лица.
14. Миогимнастика.
15. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава
16. Деформирующий артроз или остеоартроз
17. Вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава
18. Патология височно-нижнечелюстного сустава. Клиническая картина, этиология, классификация
19. Патология височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика, лечение
20. Гнатология.
21. Цифровые оттиски при лечении пациентов несъемными протезами с опорой на имплантаты
22. Сканирование моделей и оттисков при лечении пациентов несъемными протезами с опорой на имплантаты. Типы сканеров.
23. Получение полимерных моделей с помощью 3D-принтера при лечении пациентов несъемными протезами с опорой на имплантаты
24. Компьютерное моделирование при лечении пациентов несъемными протезами с опорой на имплантаты. Цифровой артикулятор
25. Различные виды несъемных ортопедических конструкций с опорой на импланты
26. Современные методы ортопедического лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
27. Диагностика и лечение травматической окклюзии. Ортопедическое лечение пациентов с функциональной перегрузкой пародонта.
28. Особенности ортопедического лечения пациентов съемными протезами с опорой на имплантаты.
29. Особенности ортопедического лечения пациентов несъемными протезами с опорой на имплантаты.
30. Взаимосвязь повышенной стираемости зубов и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Современные методы аппаратурной функциональной диагностики окклюзии.
2. Современные методы функциональной диагностики жевательной мускулатуры.

3. Функциональная патология при частичной потере зубов.
4. Лучевая диагностика состояния височно-нижнечелюстного сустава.
5. Диагностика в амбулаторной стоматологии.
6. Биомеханика нижней челюсти.
7. Профилактический онкологический осмотр полости рта.
8. Осложнения ортопедического стоматологического лечения, причины возникновения, меры профилактики и лечения.
9. Диагностика окклюзии при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.
10. Влияние окклюзии на состояние височно-нижнечелюстного сустава.
11. Биомеханика нижней челюсти.
12. Особенности ухода больными при травмах лица.
13. Методика медицинской реабилитации пациентов с травмой лица.
14. Парафункции жевательных мышц. Клиническая картина, этиология.
15. Дезинфекция и антисептика на ортопедическом стоматологическом приеме.
16. Взаимодействие основных материалов с организмом человека.
17. Особенности ортопедического лечения пациентов съёмными протезами с опорой на имплантаты.
18. Особенности ортопедического лечения пациентов несъёмными протезами с опорой на имплантаты.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 36 лет с жалобами на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов.

Со слов пациентки практически здорова; аллергических реакций на пищевые продукты либо лекарственные препараты не выявлено.

К стоматологу ранее обращалась при разрушении зубов с целью пломбирования кариозных полостей.

При внешнем осмотре: асимметрии лица нет; регионарные лимфоузлы при пальпации безболезненны, подвижны.

При осмотре полости рта маргинальная десна у зубов 1.4, 1.3, 2.2, 3.3 незначительно гиперемирована, в остальных участках - бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Зубная формула

Коронковая часть зуба 3.7 изменена в цвете (розовый оттенок), восстановлена пломбой, высота коронковой части ниже нормы, форма жевательной поверхности не соответствует нормальной рельефности (отсутствуют щечные бугры и фиссуры). Определяется зубоальвеолярное удлинение в области зуба 2.7. Зубы 2.7 и 2.8 смещены также в щечную сторону и имеют бугорково-бугорковый контакт с зубами-антагонистами. Патологической подвижности смещенных зубов не выявлено. Имеются твердые зубные отложения. Прикус ортогнатический.

Результаты рентгенологического исследования. На обзорной рентгенограмме зубных рядов в боковой проекции определяется резорбция костной ткани альвеолярного отростка в области моляров обеих челюстей слева, на длины корней. Имеется костный карман между зубами 2.7 и 2.8. Определяется также очаг разрежения в периапикальных тканях зуба 3.7, корневые каналы не пломбированы.

Задание.

1. Назовите основной недостаток пломб из композитного материала при их расположении на жевательной группе зубов.
2. Перечислите причины деформаций зубных рядов.
3. Укажите причину пародонтита у данного пациента.
4. Назовите возможное последствие хронического травмирования слизистой оболочки щеки смещенным в щечную сторону зубом 2.8.
5. Предложите способ наиболее рационального устранения патологического кармана между зубами 2.7 и 2.8, который обуславливает хронические кровотечения.

Практические навыки

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники.
2. Организация работы клиники ортопедической стоматологии.
3. Методы дезинфекции и стерилизации.
4. Современные средства барьерной защиты врача и пациента в ортопедической стоматологии.
5. Методы оценки функциональной эффективности зубных протезов.
6. Профилактический онкологический осмотр полости рта.
7. Диагностика в амбулаторной стоматологии.
8. Определение функциональной эффективности жевания. Жевательные пробы.
9. Обследование ВНЧС при полной потере зубов.

10. Подготовка полости рта к протезированию при полной потере зубов.

Раздел: Стоматология детская

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Гигиена полости рта и ее значение в профилактике стоматологических заболеваний.
2. Клиника и дифференциальная диагностика кариеса зубов у детей.
3. Клиника, диагностика и лечение периодонтита у детей.
4. Проявления в полости рта детских инфекционных заболеваний
5. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Порядок организации стоматологической помощи детскому населению в амбулаторных условиях.
2. Консервативные методы лечения осложнённых форм кариеса в детском возрасте.
3. Комплексное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

Тестовые задания.

1. Анатомическая шейка зуба – это:

- 1) Место, разделяющее зуб на две части
- 2) **Переход эмали в цемент корня**
- 3) Переход надальвеолярной части зуба в подальвеолярную
- 4) Экватор зуба
- 5) Место прикрепления десны к зубу.

2. Эмаль зуба состоит из:

- 1) **Эмалевых призм, объединенных в пучки, и межпризматического вещества**
- 2) Кутикулы и пелликулы
- 3) Остеобластов, коллагеновых волокон
- 4) Амелобластов, эластических волокон
- 5) Пелликулы и межпризматического вещества.

3. Периодонтальная щель – это пространство между:

- 1) Десневым краем и поверхностью зуба
- 2) **Цементом корня зуба и альвеолой**
- 3) Эмалью и цементом корня
- 4) Двумя соседними зубами
- 5) Двумя альвеолами.

4. Слои слизистой оболочки полости рта называются:

- 1) Покровный эпителий, собственно слизистая, подслизистый
- 2) Многослойный эпителий, собственно слизистая, синовиальный
- 3) **Многослойный плоский эпителий, собственно слизистая, подслизистый**
- 4) Многорядный мерцательный эпителий, жировая клетчатка, мышечная

пластинка

- 5) Покровный эпителий, жировая клетчатка, собственно слизистая.

5. В норме в полости рта ороговевают эпителий слизистой оболочки:

- 1) **Десны**
- 2) Щеки
- 3) Губы
- 4) Мягкого нёба.

"факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо

а) один раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год

г) диспансерный осмотр 3 раза в год

д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год

7. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта

а) диспансерный осмотр 1 раз в год

б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр 3 раза в год

г) диспансерный осмотр по показаниям

д) диспансерные осмотры не целесообразны

8. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
 - б) диспансерный осмотр 2 раза в год
 - в) диспансерный осмотр 3 раза в год
 - г) диспансерный осмотр 4 раза в год
 - д) диспансерные осмотры по показаниям**
- с учетом формы активности кариеса

9. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год**
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

10. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца**

Практические навыки

1. Сбор жалоб, анамнеза заболевания стоматологического больного.
2. Обучение гигиене полости рта.
3. Интерпретация рентгенологических методов обследования.
4. Проведение осмотра полости рта с заполнением зубной формулы,
5. Перкуссия зуба, термодиагностика.

Раздел: Ортодонтия

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Распространенность аномалий и деформаций зубных рядов в детском возрасте. Этиология и патогенез аномалий и деформаций зубных рядов. Методы диагностики, обследования и лечения. Диспансеризация.

2. Распространенность заболеваний пародонта у детей. Этиология и патогенез заболеваний пародонта. Методы диагностики, обследования и лечения. Диспансеризация.

3. Распространенность заболеваний ВНЧС у детей. Этиология и патогенез заболеваний ВНЧС. Методы диагностики, обследования и лечения. Диспансеризация.

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Порядок организации стоматологической помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

2. Методы лечения аномалий и деформаций зубных рядов.

3. Реабилитация больных с аномалиями и деформациями зубных рядов.

Практические навыки

1. методика сбора и анализа жалоб, анамнеза, в том числе аллергологического;
2. методика объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия);
3. специальные методы диагностики стоматологического заболевания;
4. функциональные методы диагностики стоматологического заболевания;
5. методы лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-10	1-10	1-5
	2	1-10	1-10	1-5
	3	1-10	1-10	1-5
ПК	1	1-10	1-10	1-5
	2	1-10	1-10	1-5
	3	1-10	1-10	1-5

4	1-10	1-10	1-5
5	1-10	1-10	1-5
6	1-10	1-10	1-5
7	1-10	1-10	1-5
8	1-10	1-10	1-5
9	1-10	1-10	1-5
10	1-10	1-10	1-5
11	1-10	1-10	1-5
12	1-10	1-10	1-5

Разработал доцент кафедры стоматологии Института НМФОО.Ю.Афанасьева