

Электронная цифровая подпись

Коленков Алексей Александрович



B B A B F F D 0 E 6 1 6 1 1 E A

Завалко Александр Федорович



3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "28" июля 2022 г.
Протокол № 1

председатель Ученого Совета Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ХИРУРГИЯ ПОЛОСТИ РТА»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 5 лет**

Год поступления 2022

1.Перечень компетенций и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Хирургия полости рта »:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля проверяющего освоение компетенции/индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Методы обследования в хирургической стоматологии	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Опрос больного. Правила сбора жалоб и анамнеза	3	4	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать	Основные методы обследования. Правила и порядок проведения осмотра Дополнительные методы обследования	2; 5; 9; 10	1			

			необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач						
		иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритмы обследования больных с патологией челюстно-лицевой области	1	2			
		иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Психологические аспекты общения с пациентами, их родственниками и законными представителями.	3; 9	4			
		иПК-1.2	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Интерпретация результатов обследования больных с патологией челюстно-лицевой области	9; 10	4			
		иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Показания и противопоказания к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования.	5; 9	2			
		иПК-1.4	Интерпретация данных дополнительных	Роль дополнительных методов обследования в	7; 9; 10	1			

			обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	постановке диагноза. Рентгенологическая картина больных с травмами и деформациями челюстно-лицевой области.					
		иПК-1.5	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Понятие «предварительный диагноз». Алгоритм постановки предварительного диагноза	5	3			
		иПК-1.6	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	Алгоритм постановки окончательного диагноза	4; 6	5			
2	Операция удаления зуба на верхней и нижней челюсти	иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей	Показания и противопоказания к операции удаления зуба верхней челюсти. Этапы операции удаления зуба. Методика удаления зубов и корней верхней челюсти. Инструменты. Особенности удаления зубов на верхней и нижней челюсти.	1;2;3;4;5;6;7;8;9;10	1	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
3	Атипичное удаление зубов	иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и	Показания к атипичному удалению зуба. Удаление зуба с выкраиванием и без выкраивания слизисто-надкостничного лоскута.	1;2;3;4;5;6;7;8;9;10	1	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	В соответствии с п.4.2.2

			дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей	Послеоперационное ведение больного. Осложнения после атипичного удаления зуба				реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	
4	Осложнения операции удаления зуба	иОПК-2.3	Применяет свой и коллективный опыт при решении поставленных задач для предотвращения ошибок в профессиональной сфере	Непосредственные и отдаленные осложнения операции удаления зуба. Местные и общие осложнения. Луновочковое кровотечение, отрыв бугра верхней челюсти, перфорация гайморовой пазухи.	1;2;3;4;5;6;7;8;9;10	1	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
5	Болезни прорезывания зубов	иОПК-2.2.	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Затрудненное прорезывание зубов. Перикоронит. Причины. Клиника. Показания к хирургическому лечению. Осложнения. Методы оперативного вмешательства при болезнях прорезывания зубов. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.	1;2;3;4;5;6;7;8;9;10	1	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
6	Острый и хронический периодонтит	иОПК-2.2.	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную	Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита. Радикулярная киста. Клиника, диагностика,	1;2;3;7;8;9;10	1	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	В соответствии с п.4.2.2

			деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	дифференциальная диагностика и лечение.				доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	
		иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей	Хирургические методы лечения хронического периодонтита: резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация, корня реплантация зуба. Принципы ретроградного пломбирования канала резецированного корня. Цистэктомия. Цистотомия.	4;5;6				
7	Острый и хронический периостит челюстей	иОПК-2.2.	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Периостит челюстей. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Патогенетическая связь с периодонтитом и распространение воспалительного процесса в зависимости от расположения корней различных групп зубов. Клиника. Дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения. Хронический периостит челюстей.	6;7	1	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Физиотерапевтические методы в комплексном лечении острого периостита челюстей	3				
		иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая	Операция периостотомия. Показания. Этапы операции. Дренаж гнойной раны	8;9;10				

			ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей						
		иПК-2.7	Подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний. Формирование комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Лекарственные средства для местного и общего лечения острого периостита челюстей	1;2				
		иПК-6.1	Ведение медицинской документации	Правила заполнения амбулаторной карты стоматологического больного	4				
		иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Правила проведения экспертизы нетрудоспособности и выдачи больничного листа.	5				
8	Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.	иОПК-2.2.	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Одонтогенный синусит. Этиология, патогенез. Острый одонтогенный синусит: клиника, методы диагностики Хронический одонтогенный синусит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, при перфорации	1;2;8;9	1	1-3	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных	В соответствии с п.4.2.2

				верхнечелюстного синуса.				задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	
		иПК-2.11	Оказание квалифицированной помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных в медицинской практике	Методы оперативного и консервативного лечения острого синусита. Способы оперативного закрытия перфорации гайморовой пазухи.	3;4;5;6;7; 10				
9	Абсцессы, локализованные в полости рта	иОПК-2.2.	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения. Топическая диагностика.	1;2;3;4;8; 9;	1-2	1-2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, разбор тематического больного, курация больного, разбор истории болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей	Особенности хирургического лечения: абсцесса челюстно-язычного желобка, абсцесса неба, ретромолярного абсцесса	5;6;7				
		иПК-6.5.	Составление плана работы и отчета о своей работе	Правила составления плана работы и отчета о своей работе	10				

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- решение ситуационных задач;
- курация больного/ разбор тематического больного
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1. 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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Методы обследования больных в хирургической стоматологии

1. Алгоритм обследования больных. Обследование начинают с применения методов:

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб
5. аллергоанамнеза

4. Окончательный диагноз выставляется на основании:

1. Жалоб
2. Жалоб и данных анамнеза
3. Жалоб, анамнеза, данных объективного обследования
4. Данные осмотра, основных и дополнительных методов обследования

5. Осмотр пациента начинают с:

1. заполнения зубной формулы
2. определения прикуса
3. внешнего осмотра
4. осмотра зубных рядов
5. перкуссии зубов

6. Противопоказаниями к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования являются:

1. сахарный диабет
2. гипертонический криз
3. хронический обструктивный бронхит

4. хронический гайморит

7. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

1. наличие перелома
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

8. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:

1. зондирования пародонтального кармана
2. реографического исследования тканей пародонта
3. рентгенологического исследования челюстных костей
4. эхоостеометрического исследования альвеолярной кости
5. определения индексов кровоточивости десны при зондировании

9. К основным методам обследования относится:

1. рентгенологическое обследование
2. цитологическое исследование
3. общий клинический анализ крови
4. осмотр полости рта
5. иммунологическое исследование

10. К дополнительным методам обследования относится:

1. опрос
2. осмотр полости рта
3. рентгенологическое обследование
4. сбор анамнеза
5. внешний осмотр

Ответы:

1-4	2-2	3-4	4-4	5-3	6-2	7-1	8-3	9-4	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2. Операция удаления зуба на верхней и нижней челюсти:

1. Показанием к удалению зуба является:

- 1) острый пульпит
- 2) глубокий кариес
- 3) острый периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит

2. Прямыми щипцами удаляют

- 1) моляры
- 2) премоляры
- 3) зубы мудрости
- 4) резцы верхней челюсти
- 5) резцы нижней челюсти

3. S-образными щипцами без шипов удаляют

- 1) корни зубов
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) моляры верхней челюсти
- 4) премоляры верхней челюсти
- 5) третьи моляры нижней челюсти

4. S-образными щипцами с шипом удаляют

- 1) резцы
- 2) третьи моляры верхней челюсти
- 3) первые и вторые моляры верхней челюсти
- 4) премоляры верхней челюсти
- 5) третьи моляры нижней челюсти

5. Штыковидными щипцами удаляют

- 1) резцы нижней челюсти
- 2) моляры верхней челюсти
- 3) премоляры нижней челюсти
- 4) третьи моляры нижней челюсти
- 5) корни зубов верхней челюсти

6. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

- 1) резцы нижней челюсти
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) премоляры верхней челюсти
- 4) третьи моляры верхней челюсти
- 5) корни зубов нижней челюсти

7. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти

- 1) резцы
- 2) моляры
- 3) премоляры
- 4) корни зубов
- 5) однокорневые зубы

8. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

- 1) клыки
- 2) резцы
- 3) премоляры
- 4) корни моляров

9. Положение врача относительно больного при удалении 46 клювовидными пщцами, изогнутыми по ребру:

- 1) спереди и справа
- 2) сзади и слева
- 3) сзади и справа
- 4) сбоку и справа

10. При удалении 35 зуба вывихивание начинается в:

- 1) вестибулярную сторону
- 2) язычную сторону
- 3) к 34 зубу
- 4) к 36 зубу

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	4	3	5	5	5	4	3	1

Тема 3. Атипичное удаление зубов

1. Показанием к атипичному удалению зуба является:

- 1) острый пульпит
- 2) ретинированный зуб
- 3) острый периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит

2. При атипичном удалении 48 зуба врач находится:

- 1) справа и сзади от больного
- 2) справа и впереди от больного
- 3) слева и впереди от больного
- 4) произвольное положение врача
- 5) резцы нижней челюсти

3. Инструмент для атипичного удаления ретинированного 48 зуба

- 1) щипцы с узкими щечками
- 2) угловой элеватор
- 3) прямой элеватор
- 4) клювовидные коронковые щипцы

4. Сложность удаления дистопированного зуба зависит от:

- 1) глубины расположения
- 2) плотности окружающей кости
- 3) перелом коронки при удалении
- 4) все перечисленное верно

5. Атипичное удаление зубов мудрости проводят при:

- 1) хронической травме слизистой оболочки щеки
- 2) ретенции или полуретенции зуба

- 3) по ортодонтическим показаниям
- 4) все перечисленное верно
- 6. При атипичном удалении 48 полуретенированного зуба при отсутствии 47 используют инструмент:**
 - 1) прямой элеватор
 - 2) долото и молоток
 - 3) угловой элеватор
 - 4) клювовидные коронковые щипцы
- 7. Атипичное удаление зуба показано:**
 - 1) при невозможности удаления корня при помощи щипцов
 - 2) при удалении ретенированного зуба
 - 3) при удалении моляров
 - 4) при удалении резцов
- 8. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют**
 - 1) клыки
 - 2) резцы
 - 3) премоляры
 - 4) корни моляров
- 9. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза)удаляют на нижней челюсти**
 - 1) клыки
 - 2) резцы
 - 3) премоляры
 - 4) первые моляры
 - 5) вторые моляры
 - 6) третьи моляры
- 10. К осложнениям, возникающим при атипичном удалении зуба мудрости на нижней челюсти относятся**
 - 1) перелом челюсти
 - 2) периостит
 - 3) альвеолит
 - 4) остеомиелит
 - 5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	3	4	4	2	1,2	4	6	1

Тема 4. Осложнения операции удаления зуба

1. Осложнение, возникающее во время операции удаления зуба:

- 1) гайморит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) перелом корня

2. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

- 1) невралгия тройничного нерва
- 2) паротит
- 3) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- 4) артрит височно-нижнечелюстного сустава

3. Осложнение, возникающее непосредственно после удаления зуба:

- 1) сиалоаденит
- 2) неврит тройничного нерва
- 3) кровотечение
- 4) периостит
- 5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

4. Возможное осложнение, возникающее во время удаления третьего моляра верхней челюсти:

- 1) паротит

- 2) невралгия тройничного нерва
- 3) отрыв бугра верхней челюсти
- 4) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5. Возможным осложнением при удалении 3-го моляра нижней челюсти может стать:

- 1) синусит
- 2) альвеолит
- 3) периостит
- 4) перелом нижней челюсти

6. К ранним местным осложнениям операции удаления зуба относят:

- 1) альвеолит
- 2) синусит
- 3) остеомиелит
- 4) кровотечение
- 5) периостит

7. К общим соматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

- 1) коллапс
- 2) синусит
- 3) стоматит
- 4) ксеростомию

8. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- 1) перикоронит
- 2) коллапс
- 3) неврастению
- 4) альвеолит

9. Развитию альвеолита способствует:

- 1) устранение кровотечения из лунки зуба
- 2) проталкивание в лунку зубных отложений
- 3) кюретаж лунки
- 4) скусывание острых краев костной альвеолы

10. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба относятся

- 1) гайморит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	3	3	3	4	4	1	4	6	2

Тема 5 . Болезни прорезывания зубов.

1. Затрудненное прорезывание зуба «мудрости» связано с:

- 1) нарушением обмена веществ;
- 2) уменьшением нижнечелюстного угла;
- 3) несоблюдением гигиены полости рта;
- 4) уменьшением ретромолярного расстояния.

2. Ретромолярное расстояние в норме равно:

- 1) 5мм;
- 2) 29мм;
- 3) 22мм;
- 4) 2мм.

3. Ретромолярным называется расстояние между:

- 1) медиальной и дистальной поверхностями коронки зуба «мудрости»;
- 2) между дистальной поверхностью коронки зуба «мудрости» и передним краем ветви нижней челюсти;
- 3) между медиальной поверхностью коронки второго моляра и медиальной поверхностью коронки зуба «мудрости»;

4) между дистальной поверхностью коронки второго моляра и нижнечелюстным отверстием.

4. Перикоронит – это:

- 1) синоним острого периодонтита зуба «мудрости»;
- 2) дистопия (неправильное положение) зуба «мудрости»;
- 3) воспаление слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры коронки зуба «мудрости»;
- 4) обострение хронического периодонтита зуба «мудрости».

5. Если зуб «мудрости» имеет правильное положение, то при наличии симптомов перикоронита необходимо:

- 1) экстренно удалить зуб;
- 2) сделать периостотомию;
- 3) иссечь капюшон;
- 4) трепанировать коронку зуба и удалить пульпу.

6. Если зуб «мудрости» имеет неправильное положение (дистопия), шансов прорезаться в зубной дуге нет, то, при наличии симптомов перикоронита, показано:

- 1) сделать периостотомию и удалить зуб;
- 2) ограничиться удалением зуба;
- 3) назначить физиолечение и антибактериальную терапию;
- 4) выполнить рассечение «капюшона», назначить противовоспалительную терапию. После купирования острого воспаления удалить зуб (нередко необходимо атипичное удаление).

7. Перикоронит может осложниться:

- 1) ретромолярным абсцессом;
- 2) абсцессом челюстно-язычного желобка;
- 3) флегмоной крыловидно-челюстного пространства;
- 4) абсцессом подглазничной области;
- 5) патологическим переломом нижней челюсти.

8. Для перикоронита нижних зубов «мудрости» характерно:

- 1) затрудненное дыхание;
- 2) воспалительная контрактура жевательных мышц;
- 3) боли при глотании;
- 4) гнойное выделение из носа;
- 5) хруст в области ВНЧС.

9. Перикоронит чаще возникает у лиц в возрасте:

- 1) 5-7 лет;
- 2) 20-30 лет;
- 3) 50-60 лет;
- 4) старше 70 лет.

10. Если «причинный» зуб дистопирован и предстоит атипичное удаление, то оказание экстренной помощи больному с острым одонтогенным периоститом в этом случае должно состоять в

- 1) атипичном удалении «причинного» зуба;
 - 2) вскрытии воспалительного очага (периостотомии);
 - 3) пункции очага воспаления;
 - 4) вскрытии воспалительного очага, назначении консервативной противовоспалительной терапии.
- Атипичное удаление «причинного» зуба выполняется после стихания острого воспаления.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	4	3	3	4	2	3	2	4

Тема 6. Острый и хронический периодонтит

1. Хронический периодонтит характеризуется:

- 1) выраженным коллатеральным отеком тканей;
- 2) общей температурной реакцией в пределах 39-40 градусов;
- 3) изменение окраски твердых тканей коронки зуба;
- 4) контрактурой жевательных мышц;

2. Наличие свища на слизистой оболочке в проекции верхушки корня «причинного» зуба свидетельствует о:

- 1) остром пульпите;

- 2) глубоком кариесе;
- 3) хроническом фиброзном периодонтите;
- 4) хроническом гранулирующем периодонтите;
- 5) хроническом гранулематозном периодонтите.

3. При хроническом гранулематозном периодонтите на рентгенограмме определяется:

- 1) очаг разрежения костной ткани округлой формы с ровными, четкими контурами вокруг верхушки корня зуба;
- 2) очаг разрежения костной ткани в виде «языков пламени» в периапикальной области;
- 3) неравномерное расширение периодонтальной щели;
- 4) все перечисленное верно.

4.. К хирургическим методам лечения хронических форм периодонтита относятся:

- 1) резекция верхушки корня
- 2) вскрытие поднадкостничного абсцесса
- 3) секвестрэктомия

5. Операция ампутации корня проводится у :

- 1) однокорневых зубов
- 2) двухкорневых зубов
- 3) трехкорневых зубов

6. Операция гемисекции проводится:

- 1) с сохранением коронки зуба
- 2) с резкой половиной коронки зуба

7. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) среднего кариеса

8. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня соответствует рентгенологической картине:

- 1) хронического фиброзного периодонтита
- 2) хронического гранулематозного периодонтита
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) острого периодонтита
- 5) хронического гангренозного пульпита

9. 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

10. 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

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	4	1	1	3	2	2	3	2	1

Тема 7. Острый и хронический периостит челюстей

1. Лекарственные средства, применяемые в комплексном лечении острого периостита:

- 1) антибактериальные препараты
- 2) корвалол
- 3) транквилизаторы

2. Антисептическую обработку раны после периостотомии проводят препаратами:

- 1) раствор глюкозы
- 2) водный раствор хлоргексидина
- 3) изотонический раствор

3. При стихании воспалительного процесса после периостотомии назначают:

- 1) УВЧ-терапию
- 2) дарсонвализацию
- 3) лазеротерапию

4. Основной медицинский документ, который составляется на каждого поступившего в хирургический кабинет больного:

- 1) медицинская карта стационарного больного (форма No 003/y)
- 2) журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма No 001/y)
- 3) статистическая карта выбывшего из стационара (форма No 006/y)
- 4) амбулаторная карта стоматологического больного

5. Больничный лист выдается больным с острым периоститом челюстей на

- 1) 2 дня
- 2) 5-7 дней
- 3) месяц

6. Для острого одонтогенного периостита челюсти характерно:

- 1) острая боль в «причинном» зуба, усиливающаяся при накусывании;
- 2) подвижность «причинного» и нескольких рядом стоящих зубов;
- 3) наличия свища с гнойным отделяемым;
- 4) температурная реакция в пределах 38-39° С
- 5) все перечисленное верно.
- 6) все перечисленное неверно

7. При остром одонтогенном периостите в воспалительный процесс вовлекаются:

- 1) пульпа «причинного» зуба;
- 2) клетчаточные пространства около нижней челюсти;
- 3) надкостница челюсти;
- 4) подъязычная слюнная железа.

8. Больные с острыми одонтогенными периоститами челюстей нуждаются в оказании:

- 1) плановой помощи;
- 2) экстренной помощи;
- 3) срочной помощи;
- 4) нуждаются в наблюдении врача.

9. Экстренная помощь больному с острым одонтогенным периоститом складывается из:

- 1) пункции очага острого воспаления;
- 2) удаления «причинного» зуба;
- 3) удаления «причинного» и рядом стоящих подвижных зубов;
- 4) назначения антибиотиков и физиопроцедур;
- 5) удаления «причинного» зуба и периостотомии.

10. Длина разреза при остром одонтогенном периостите челюсти равна:

- 1) 1,5 – 2 см;
- 2) 2 – 5 см;
- 3) в пределах 3-х зубов;
- 4) в пределах воспалительного инфильтрата.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	4	3	6	3	2	5	4

Тема 8. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.

1. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:

- 1) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2
- 2) 1.3, 1.2, 2.2, 2.3
- 3) 1.8, 1.7, 2.7, 2.8
- 4) 1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8

5) 1.6, 1.5, 2.5, 2.6

2. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании:

- 1) жалоб больного
- 2) клинических данных
- 3) рентгенологической картины
- 4) клинико-рентгенологической картины
- 5) данных осмотра

3. При операции удаления зуба признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

- 1) носовое кровотечение
- 2) кровотечение из лунки
- 3) перелом альвеолярного отростка
- 4) положительный симптом нагрузки
- 5) положительная носо-ротовая проба

4. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

- 1) провести верхнечелюстную синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху антисептиком
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

5. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо:

- 1) провести верхнечелюстную синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху антисептиком
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

6. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:

- 1) физиотерапия
- 2) верхнечелюстная синусотомия
- 3) иссечение свища
- 4) промывание пазухи антисептиком
- 5) верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища

7. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:

- 1) филатовского стебля
- 2) слизистой оболочки щеки
- 3) слизистой оболочки верхней губы
- 4) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
- 5) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

8. Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:

- 1) тризм
- 2) носовое кровотечение
- 3) деформация скуловой области
- 4) парез краевой ветви п. facialis
- 5) сиалоаденит

9. Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:

- 1) тризм
- 2) расхождение швов
- 3) деформация скуловой области
- 4) парез краевой ветви п. facialis
- 5) сиалоаденит

10. При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, осложненной острым гайморитом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе) показано:

- 1) срочное проведение гайморотомии с пластикой соустья;
- 2) плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;
- 3) промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления);
- 4) проведение местной пластики соустья без гайморотомии.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	4	5	3	4	5	5	2	2	3

Тема 9. Абсцессы, локализованные в полости рта.

1. Входными воротами инфекции при абсцессе челюстно-язычного желобка обычно являются:

- 1) нижние моляры;
- 2) нижние премоляры;
- 3) верхние зубы «мудрости»;
- 4) нижние резцы и клыки.

2. Границами челюстно-язычного желобка являются:

- 1) слизистая оболочка дна полости рта;
- 2) переднее брюшко двубрюшной мышцы;
- 3) внутренняя поверхность тела нижней челюсти на уровне моляров;
- 4) внутренняя крыловидная мышца;
- 5) боковая поверхность корня языка;
- 6) околоушно-жевательная фасция.

3. Симптомами абсцесса челюстно-язычного желобка являются:

- 1) затрудненное дыхание;
- 2) болезненное глотание;
- 3) плотный, болезненный инфильтрат между основанием языка и телом нижней челюсти в проекции моляра;
- 4) плотный болезненный инфильтрат в зачелюстной области;
- 5) гипосаливация.

4. Входными воротами инфекции при небном абсцессе может быть любой верхний зуб, но чаще всего:

- 1) 11, 21;
- 2) 12, 22;
- 3) 13, 23;
- 4) 14, 24;
- 5) 15, 25;
- 6) 16, 26;
- 7) 17, 27;
- 8) 18, 28.

5. Особенностью вскрытия небного абсцесса является:

- 1) прокол абсцесса;
- 2) линейный разрез до кости;
- 3) линейный разрез до надкостницы;
- 4) иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы треугольным или двумя сходящимися полуовальными разрезами;
- 5) крестообразный разрез.

6. Особенность вскрытия небного абсцесса связана с:

- 1) близостью верхнечелюстного синуса;
- 2) значительной толщиной слизистой оболочки твердого неба;
- 3) близостью носовой полости;
- 4) отсутствием подслизистого слоя;
- 5) близостью сосудисто-нервного пучка.

7. Иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы при вскрытии небного абсцесса создает условия для:

- 1) зияния раны;
- 2) адекватного оттока воспалительного экссудата;

- 3) профилактики распространения воспалительного процесса на небную пластинку и гайморову пазуху;
- 4) свободного носового дыхания.

8. Ретромолярный абсцесс локализуется:

- 1) в проекции нижних моляров с вестибулярной стороны;
- 2) в проекции верхних моляров с вестибулярной стороны;
- 3) в ретромолярной ямке;
- 4) в крыловидночелюстном пространстве.

9. Причиной развития небного абсцесса является

- 1) резцы верхней челюсти
- 2) моляры верхней челюсти
- 3) моляры нижней челюсти

10. Какие манипуляции не входят в отчет челюстно-лицевого хирурга о проделанной работе:

1. количество проведенных операций
2. количество перевязок
3. проведение экспертизы нетрудоспособности
4. направления на консультацию

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,3,4	2,3	2,4,6	4	2,4	1,2,3	3	2	4

2.2. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений

Тема 1. Методы обследования больных в хирургической стоматологии

1. Показания и противопоказания для проведения дополнительных методов обследования
2. Диагностические возможности различных методов обследования

Тема 2. Операция удаления зуба на верхней и нижней челюсти

1. Этапы операции удаления зуба
2. Уход за полостью рта после операции удаления зуба

Тема 3. Атипичное удаление зуба

1. Инструменты для атипичного удаления зуба
2. Осложнения после атипичного удаления зуба

Тема 4. Осложнения операции удаления зуба

1. Осложнения, возникающие после удаления зуба. (Альвеолит, экзостоз)

Тема 5. Болезни прорезывания зубов

1. Дистоция и ретенция зубов. Причины возникновения, клинические проявления

Тема 6. Острый и хронический периодонтит

1. Периодонтит - этиология, патогенез, патологическая анатомия, пути распространения инфекционного процесса.
2. Хронический периодонтит. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика, дифференциальная диагностика

Тема 7. Острый и хронический периостит челюстей

1. Местное лечение раны после операции периостотомии
2. Патанатомия хронического периостита. Рентгенодиагностика

Тема 8. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.

1. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача
2. Профилактика образования свищей, (перфоративного) одонтогенного синусита.
3. Операция на верхнечелюстной пазухе. Пластика стомы местными тканями. Этапы операции

Тема 9. Абсцессы, локализованные в полости рта

1. Абсцес челюстно-язычного желобка. Причины озникновения, клинические проявления, методика вскрытия
2. Клинические проявления абсцессов полости рта в зависимости от локализации

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1. Методы обследования больных в хирургической стоматологии

Задача 1

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, объективно; Лицо ассиметрично, за счет отека мягких тканей нижней челюсти справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. В полости рта зуб 45, 46, 47 разрушены, перкуссия слабо болезненна.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Ответы

Ортопантограмма

Задача 2

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на выделения из носа, боли в области верхней челюсти справа. Из анамнеза 2 дня назад удалила 16 зуб по поводу хронического периодонтита по поводу ревматоидного артрита коленных суставов.

1. Определите алгоритм обследования. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

2. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Ответы

1. Рентгенография придаточных пазух носа

1. Необходима консультация лор-врача

Задача 3

Больной, 47 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания - второй день. Температура тела 37,7 °С. В подязычной области справа определяется участок резко гиперемизированного болезненного инфильтрата, прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфатические узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте предварительный диагноз, определите стадию заболевания.

Ответ:

1. Абсцесс подязычной области

Задача 4

Больная Ж., 20 лет обратилась в клинику хирургической стоматологии с болью в области 14. зуба.

1. Определите алгоритм обследования больной

2. Какие основные методы обследования нужно провести?

Ответ

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания. При необходимости направить на рентгенографию 14. зуба

2. Провести опрос (собрать жалобы и анамнез заболевания)

Задача 5.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на боль в области удаленного 35. зуба, отдающие в висок и ухо. В полости рта лунка лишена сгустка, покрыта серым налетом

1. Поставьте диагноз,

Ответ:

1. Альвеолит

Тема 2. Операция удаления зуба и верхней и нижней челюсти

Задача 1

Больной К., показано удаление 25. зуба. Врач для удаления взял клювовидные сходящиеся щипцы. Правильно ли выбрал врач щипцы?

Ответ: Нет. Для удаления 25. зуба необходимо взять S-образные щипцы

Тема 3. Атипичное удаление зубов

Задача 1

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное открывание рта, боли в области 48. зуба. Объективно: 48. зуб прорезался медиальными буграми. Согласно рентгенограмме 48. зуб лежит в

челюсти перпендикулярно зубному ряду. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?

Ответ:

Операция удаления петинированного 48 зуба атипичным методом (при помощи бормашины или делота и молотка, с выкраиванием слизисто-надкостничного лоскута и ушиванием раны

Тема 4. Осложнения операции удаления зуба

Задача 1.

Больная М поступила в клинику хирургической стоматологии для удаления 16 зуба. Опишите возможные осложнения.

Ответ: При удалении 16 зуба возможны следующие осложнения:

Отлом коронки или корня зуба, острая перворация верхнечелюстной пазухи. В послеоперационном периоде возможно луночковое кровотечение.

Тема 5. Болезни прорезывания зубов.

Задача 1.

Больной В., 17 лет поставлен диагноз перикоронит 38 зуба. Опишите клиническую картину данного заболевания

Ответ:

Жалобы могут быть на ограничения открывания рта, боли в области ретромолярного пространства слева. Слизистая оболочка в области 38 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. На рентгенограмме определяется 38 зуб, покрытый слизистым капюшеном.

Тема 6. Острый и хронический периодонтит

Задача 1

Больной М., 33 года, жалобы: на боль принакусывании в области 25 зуба, болезненность при приеме пищи.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена.. Открывание рта свободное. Перкуссия 25 зуба болезненна. На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки корня 2.5 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.5 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

1.Поставьте диагноз.

2.Составьте план лечения.

Ответ

1.Обострение хронического периодонтита 25 зуба

2. удаление 24

Тема 7. Острый и хронический периостит челюстей

Задача 1

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: 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.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоблезненный 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.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

1. Установите диагноз заболевания.

2. Определите план лечения.

3. Какую документацию необходимо заполнить?

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

5. Какие физиотерапевтические процедуры показаны при стихании воспалительного процесса

6.Какие лекарственные средства необходимо назначить в данном случае

Ответ

- 1.Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
- 2.Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулёмой и удаление патологической грануляционной ткани.
- 3.Необходимо заполнить амбулаторную карту стоматологического больного
- 4.Больной положен временный лист нетрудоспособности сроком 5-7 дней
- 5.По стиханию воспалительного процесса назначить УВЧ-терапию
- 6.В комплексном лечении назначаются антибактериальные, антигистаминные препараты, анальгетики

Тема 8. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.

Задача 1

Больной поступил в клинику хирургической стоматологии с целью удаления 16 зуба. В момент операции было обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой справа.

- 1.Какие симптомы указывают на наличие острой перфорации пазухи?
- 2.Определите дальнейший план лечения

Ответ:

- 1.На наличие перфорации указывают следующие признаки: из лунки удаленного зуба пенистой крови; положительная носо-ротовая проба; при зондировании определяется сообщение с пазухой.
- 2.Операция пластики стомы местными тканями

Тема 9. Абсцессы, локализованные в полости рта

Задача 1

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании незначительно усилились больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 - глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?

Ответы:

- 1.Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
- 2.План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.

Задача 2

Пациент В. 19 лет жалуется на боль и припухлость в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи, головную боль, слабость, повышение температуры тела.

Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад у пациента появилась боль в зубе 2.4. Накусывание на зуб было болезненным. К врачу не обращался. Полоскал рот теплым раствором ромашки.

Позднее боль в зубе стала стихать, но появилась боль и припухлость со стороны твердого неба.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,9 °С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. При пальпации поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабоболезненный.

В полости рта: зуб 2.4 под пломбой. Зуб изменен в цвете. Перкуссия зуба 2.4 слабоболезненна. На твёрдом нёбе в области зуба 2.4 определяется припухлость полушаровидной формы. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна, пальпируется инфильтрат с размягчением и флюктуацией.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.
4. Дайте характеристику отчета о проделанной работе

Ответы:

1. Нёбный абсцесс слева в области зуба 2.4.
 2. Острый или обострение хронического периодонтита зуба 2.4, острый остеомиелит верхней челюсти слева, мукоэпидермоидная карцинома малой слюнной железы, травма.
 3. Анестезия у большого нёбного отверстия и инфильтрационная анестезия.
- Вскрытие нёбного абсцесса (проведение разреза, предпочтительно с иссечением фрагмента из стенки гнойника треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя).

Антисептическая обработка.

4. отчёт врача о проделанной работе — это, научно-практический труд, в котором врач анализирует итоги своей профессиональной практики и служебной деятельности за последние три года по всем вопросам своей специальности

2.4 Итоговый тестовый контроль

1) КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ

1. локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов
2. локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров
3. кариеса корня одного из корней многокорневых зубов
4. наличия трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов

2) КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
2. отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей
3. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

3) ГЕМИСЕКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба
2. рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации
3. отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей
4. удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

4) ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ ПРОЕКЦИЮ

1. подбородочно-носовую
2. подбородочно-верхнечелюстную
3. боковую
4. прямую

5) ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЮТ

1. одонтогенный синусит
2. лимфаденит
3. менингит
4. риногенный синусит

6) ИСТИННОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ретенционная
 2. радикулярная
 3. лимфангиэктатическая
 4. резидуальная
- 7) УСИЛЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ И ЭКССУДАЦИИ, КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В СТЕНКЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО СОСУДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. лимфангита
 2. лимфаденита
 3. абсцесса
 4. аденофлегмоны
- 8) КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отёк переходной складки
 2. гематома лица
 3. гиперемия лица
 4. выбухание подъязычных валиков
- 9) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ
1. нечёткие контуры
 2. чёткие контуры
 3. вид неизменённого периодонта
 4. вид «таящего сахара»
- 10) ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ (ЭОД) ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ ВЕЛИЧИНАМ (МА)
1. 80-100
 2. 10-20
 3. 40-60
 4. 60-80
- 11) СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)
1. 0,15-0,22
 2. 0,07-0,1
 3. 0,1-0,15
 4. 0,25-0,35
- 12) СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ПРИШЕЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КОРНЕЙ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)
1. 0,2-0,25
 2. 0,15-0,2
 3. 0,25-0,35
 4. 0,35-0,4
- 13) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ
1. нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе
 2. подвижность причинного зуба и соседних с ним
 3. гиперемию кожи, невозможность собрать её в складку
 4. сглаженность переходной складки
- 14) ПРИ ОСТРОМ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
1. отёка и инфильтрации периодонта
 2. отёка пародонта
 3. некроза костных балок лунки
 4. гибели пульпы
- 15) ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТ В ОСНОВНОМ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В
1. челюсти и припухлость лица

2. челюсти при смыкании зубов
 3. причинном зубе и при глотании
 4. в нескольких зубах при жевании
- 16) ОТЕК ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
1. центральных и боковых резцов
 2. премоляров
 3. первого и второго моляров
 4. третьего моляра
- 17) ОТЕК ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
1. клыка и премоляра
 2. второго и третьего моляров
 3. первого и второго моляров
 4. бокового резца и первого премоляра
- 18) ОТЕК ЩЕЧНОЙ И СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
1. моляров
 2. клыка и премоляров
 3. резцов и клыка
 4. премоляров
- 19) БОЛЕЗНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ
1. моляров нижней челюсти с язычной стороны
 2. премоляров нижней челюсти с язычной стороны
 3. премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
 4. премоляров верхней челюсти с небной стороны
- 20) ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ
1. уменьшается
 2. усиливается
 3. не меняет интенсивности
 4. становится более локализованной
- 21) ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. глазничная поверхность
 2. альвеолярный отросток
 3. носовая поверхность
 4. подвисочная поверхность
- 22) НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. альвеолярный отросток
 2. носовая поверхность
 3. подвисочная поверхность
 4. глазничная поверхность
- 23) ВНУТРЕННЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. носовая поверхность
 2. альвеолярный отросток
 3. подвисочная поверхность
 4. глазничная поверхность
- 24) ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА СОПРОВОЖДАЕТ
1. острый остеомиелит

2. острый периодонтит
 3. хронический остеомиелит
 4. хронический периодонтит
- 25) ПОДВИЖНОСТЬ ПРИЧИННОГО ЗУБА, А ТАКЖЕ СОСЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. острого остеомиелита
 2. хронического периодонтита
 3. острого периостита
 4. хронического периостита
- 26) ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ
1. средний носовой ход
 2. верхний носовой ход
 3. нижний носовой ход
 4. верхнюю глазничную щель
- 27) ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА 3.6 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1. острого гнойного периостита нижней челюсти
 2. острого периодонтита
 3. острого остеомиелита нижней челюсти
 4. обострения хронического остеомиелита нижней челюсти
- 28) ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. вестибулярная
 2. нёбная
 3. язычная
 4. ретромолярная
- 29) ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
1. кости
 2. мягких тканях
 3. надкостнице
 4. периодонте
- 30) КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ
1. не изменена
 2. изменена за счёт инфильтрата
 3. изменена за счёт отёка мягких тканей
 4. изменена за счёт выраженной деформации
- 31) В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПЕРКУССИЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА
1. и соседних зубов болезненна
 2. болезненна
 3. безболезненна
 4. безболезненна, соседних зубов болезненна
- 32) РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ
1. увеличены, болезненны
 2. увеличены, безболезненны
 3. не пальпируются
 4. не увеличены, безболезненны
- 33) ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРИКРОНИТЕ ДИСТАЛЬНОЕ НИЖНИХ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
1. поднижнечелюстной
 2. скуловой
 3. подглазничной

4. околоушно-жевательной
- 34) «КАПЮШОН» НАД РЕТЕНИРОВАННЫМ И ДИСТОПИРОВАННЫМ ЗУБОМ СОДЕРЖИТ
 1. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна
 2. только слизистую оболочку
 3. слизистую оболочку, подслизистый слой
 4. слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу
- 35) ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЗУБА ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ
 1. радикулярной кисты
 2. кератокисты
 3. фолликулярной кисты
 4. амелобластомы
- 36) ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти к нижней стенке верхнечелюстной пазухи
 2. склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи
 3. глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов
 4. окклюзионная травма моляров верхней челюсти
- 37) ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 1. пульпита и периодонтита
 2. периодонтита и периостита
 3. периостита и остеомиелита
 4. остеомиелита и флегмоны
- 38) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОТ ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ СИМПТОМ
 1. Венсана
 2. Воскресенского
 3. Герке
 4. Пастернацкого
- 39) ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ
 1. верхнечелюстного синуса
 2. лобной пазухи
 3. основной пазухи
 4. лобной, основной, верхнечелюстной пазух
- 40) ВОСПАЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ КОРОНКУ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. перикоронит
 2. периостит
 3. периодонтит
 4. остеомиелит
- 41) ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ КОМПАКТНУЮ ПЛАСТИНКУ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. ретенция зуба
 2. дистопия зуба
 3. перикоронит
 4. альвеолит
- 42) НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ
 1. дистопия зуба
 2. ретенция зуба
 3. альвеолит

4. перикоронит
- 43) ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛУНКЕ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. альвеолит
 2. перикоронит
 3. периостит
 4. периодонтит
- 44) ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ
 1. остеомиелит
 2. периостит
 3. периодонтит
 4. альвеолит
- 45) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКОРОНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ
 1. коронки зуба полулунной формы
 2. апикальной с нечёткими контурами
 3. апикальной с чёткими контурами
 4. бифуркации корней
- 46) В СРЕДНЕМ ДИАМЕТРЕ ОЧАГА РЕЗОРБЦИИ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (СМ)
 1. 0,5-0,7
 2. 0,8-1,0
 3. 1,0-1,2
 4. 1,3-1,5
- 47) НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 1. расширение периодонтальной щели или норма
 2. очаг деструкции костной ткани с чёткими контурами
 3. разрежение костной ткани с нечёткими контурами
 4. тень секвестра
- 48) ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ОБРАЩЁННОГО В ПОЛОСТЬ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ
 1. не прослеживается
 2. чётко контурируется
 3. сужена
 4. расширена
- 49) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 1. равномерное расширение периодонтальной щели
 2. разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами
 3. разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами
 4. разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см
- 50) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. очаг резорбции костной ткани с нечёткими контурами
 2. очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами
 3. очаг резорбции костной ткани с чёткими контурами
 4. расширение периодонтальной щели
- 51) ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ОБЛАСТЬ
 1. верхнечелюстной пазухи
 2. глазницы

3. дна полости рта
4. жирового тела щеки
- 52) ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОТ ЗУБА
 1. 1.6
 2. 1.1
 3. 1.3
 4. 2.2
- 53) АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ
 1. одонтогенный остеомиелит
 2. гангренозный пульпит
 3. гранулирующий периодонтит
 4. гранулёматозный периодонтит
- 54) ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ
 1. резекция верхушки корня
 2. повторное эндодонтическое лечение
 3. гемисекция
 4. ампутация корня
- 55) ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. некупируемое гнойное воспаление в периодонте
 2. неполный вывих зуба
 3. разрушение коронки зуба
 4. подвижность зуба 3 степени
- 56) КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ
 1. в области бифуркации 3.6 зуба
 2. у верхушки переднего щёчного корня 1.6 зуба
 3. у верхушек обеих корней 4.6 зуба
 4. в области верхушки корня 3.1 зуба
- 57) АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. врождённый порок сердца в стадии декомпенсации
 2. аллергия к местному анестетику
 3. хронический пиелонефрит
 4. болезнь Дауна
- 58) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
 1. йодоформный тампон с Левомеколем
 2. кетгут
 3. гемостатическую губку
 4. викрил
- 59) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ
 1. альвожил
 2. статины
 3. кетгут
 4. остеопластический материал
- 60) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ
 1. клювовидные несходящиеся
 2. клювовидные сходящиеся
 3. S-образные с шипом
 4. штыковидные со сходящимися щёчками

- 61) ПРИ СЛОЖНОМ (ОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМОМ КОРНЯ ЗУБА) УДАЛЕНИИ ЗУБА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
1. бормашины
 2. элеватора Волкова
 3. крючка Лимберга
 4. элеватора Карапетяна
- 62) ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ (ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗА) УДАЛЯЮТ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. третьи моляры
 2. резцы
 3. премоляры
 4. первые моляры
- 63) УДАЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ КОРОНКИ ЗУБА С ОДНИМ ИЗ КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ
1. гемисекция
 2. ампутация
 3. реплантация
 4. имплантация
- 64) УДАЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ У ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОЧАГ ХРОНИЧЕСКОГО ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА, НАЗЫВАЕТСЯ
1. ампутация
 2. реплантация
 3. гемисекция
 4. имплантация
- 65) ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ
1. гингивэктомия
 2. направленная тканевая регенерация
 3. лоскутная операция
 4. кюретаж пародонтальных карманов
- 66) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА УДАЛЯЮТ
1. только изменённую
 2. частично
 3. полностью
 4. частично изменённую
- 67) ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО
1. наложение швов на десну
 2. тампонирование раны
 3. обработка раневой поверхности 1% раствором йода
 4. диатермокоагуляция
- 68) ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ
1. сосудосуживающие препараты
 2. сульфаниламиды
 3. антидипресанты
 4. психотропные препараты
- 69) В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО
1. вскрыть гнойный очаг
 2. назначить физиотерапевтическое лечение
 3. начать иглорефлексотерапию

4. сделать новокаиновую блокаду
- 70) К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
 1. щипцы, элеваторы
 2. зеркало, зонд
 3. шпатель, серповидную гладилку
 4. зеркало, пинцет
- 71) АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. продольный перелом корня зуба
 2. подвижность II степени
 3. ретенция зуба
 4. острый периодонтит
- 72) НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
 2. ретенция и дистопия зуба
 3. сверхкомплектный зуб
 4. хронический гранулематозный периодонтит
- 73) УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ ПРИ
 1. патологической подвижности III степени
 2. кариозной полости
 3. хроническом фиброзном периодонтите
 4. отломе коронки зуба на $\frac{1}{2}$
- 74) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНИВШЕЙСЯ КОРОНКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ
 1. S-образные с несходящимися щёчками
 2. прямые с несходящимися щёчками
 3. байонетные
 4. S-образные со сходящимися щёчками
- 75) ЭТАП УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАСКАЧИВАНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛЯРНОМ И ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. люксация
 2. ротация
 3. фиксация
 4. иммобилизация
- 76) УДАЛЕНИЕ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕГО ВРАЩЕНИЕ ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ НА 20-25% ВНАЧАЛЕ В ОДНУ, ПОТОМ В ДРУГУЮ СТОРОНУ, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. ротация
 2. сепарация
 3. люксация
 4. тракция
- 77) РОТАЦИЯ ЗУБА НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ
 1. многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединёнными корнями
 2. любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
 3. премоляров нижней челюсти
 4. зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям
- 78) ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.6 ВРАЧ ЗАНИМАЕТ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТА
 1. справа и сзади
 2. справа и спереди
 3. справа и несколько впереди
 4. слева и сзади
- 79) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. штыковидные щипцы со сходящимися щёчками

2. S-образные щипцы с шипом слева
 3. прямые щипцы с несходящимися щёчками
 4. угловой элеватор
- 80) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. прямые щипцы со сходящимися щёчками
 2. S-образные щипцы с шипом слева
 3. прямые щипцы с несходящимися щёчками
 4. угловой элеватор
- 81) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. клювовидные щипцы со сходящимися щёчками
 2. клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
 3. S-образные щипцы
 4. серповидную гладилку
- 82) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.8 С СОХРАНЁННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. прямой элеватор
 2. угловой элеватор
 3. элеватор Карапетяна
 4. прямые щипцы
- 83) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРИМЕНЯЮТ
1. кюретажную ложку
 2. серповидную гладилку
 3. крючок Фарабефа
 4. распатор
- 84) ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЮБОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОЖНО УДАЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ЩИПЦОВ
1. байонетных
 2. клювовидных
 3. прямых
 4. S-образных
- 85) ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ НЕОБХОДИМО
1. разделить корни по области фуркации с помощью бора
 2. наложить щёчки щипцов на альвеолярный отросток
 3. провести альвеолотомию
 4. провести разрез по переходной складке
- 86) СБЛИЖЕНИЕ КРАЁВ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
1. уменьшения степени зияния лунки, более надёжного удержания кровяного сгустка в ране
 2. перестройки костной ткани в области лунки
 3. улучшения биотипа десны
 4. увеличения зоны кератинизированной десны
- 87) ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО
1. наложить швы
 2. провести тампонаду лунки
 3. отсечь подвижную слизистую
 4. коагулировать края раны
- 88) ПРИ ОТЛОМЕ СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО
1. удалить подвижную костную стенку
 2. провести остеосинтез
 3. зафиксировать подвижную костную стенку швами
 4. использовать остеопластический материал
- 89) ХРОМИРОВАННЫЙ КЕТГУТ ОТ НЕХРОМИРОВАННОГО ОТЛИЧАЕТСЯ
1. пролонгированным периодом рассасывания шовного материала

2. более гладким прохождением иглы через ткани
 3. способностью надёжно удерживать фрагменты костной ткани
 4. более выраженными антисептическими свойствами
- 90) РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА, ПРОВОДЯТ
1. в месте наибольшего выбухания инфильтрата
 2. параллельно переходной складке
 3. по слизистой оболочке на уровне десневого края
 4. в области околочелюстных мягких тканей
- 91) ОТТОК ГНОЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
1. иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
 2. послойным рассечением тканей с последующим ушиванием раны
 3. линейным разрезом на всю длину инфильтрата
 4. дренированием воспалительного очага резиновым катетером
- 92) ЛУНКА УДАЛЁННОГО ЗУБА ЗАЖИВАЕТ
1. вторичным натяжением
 2. первичным натяжением
 3. третичным натяжением
 4. через стадию образования келоида
- 93) ПРОБОДЕНИЕ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ПРИ УДАЛЕНИИ
1. моляров верхней челюсти
 2. клыков верхней челюсти
 3. моляров нижней челюсти
 4. премоляров верхней челюсти
- 94) МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. перелом нижней челюсти
 2. невралгия
 3. обморок
 4. альвеолит лунки удалённого зуба
- 95) ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. перелом нижней челюсти
 2. синусит
 3. периостит
 4. остеомиелит
- 96) К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
1. альвеолит
 2. обморок
 3. перелом челюсти
 4. вывих височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- 97) МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. альвеолит
 2. перелом нижней челюсти
 3. перфорация дна верхнечелюстного синуса
 4. вывих нижней челюсти
- 98) ЦЕЛЬЮ ОПЕРАЦИИ АЛЬВЕОЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. удаление острых краёв лунки
 2. удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при её воспалении
 3. ушивание мягких тканей в области удалённого зуба
 4. удаление секвестра

99) ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ВОЗМОЖНО РАНЕНИЕ

1. подбородочного нерва и артерии
2. околоушной слюнной железы
3. языка
4. слизистой оболочки щеки

100) ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выделение из лунки удалённого зуба крови с пузырьками воздуха
2. изменение тембра голоса у пациента
3. наличие пристеночных грануляций в лунке удалённого зуба
4. наружная резорбция корня удалённого зуба

101) ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ УДАЛЕНИИ

1. верхних премоляров, моляров, клыка
2. нижнего первого моляра
3. нижнего третьего моляра
4. нижнего первого премоляра

102) ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 8-10 дней
2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 2-3 недели

103) ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 2-3 недели
2. 3-5 дней
3. 5-7 дней
4. 8-10 дней

104) ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. Дицинон
2. Найз
3. Амоксиклав
4. Дексаметазон

105) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМО

1. создать свободный отток экссудата из периапикальной области
2. удалить причинный зуб
3. провести ампутацию корня
4. провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

106) К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, СОХРАНЯЮЩИМ КОРОНКУ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

1. ампутация корня
2. гемисекция
3. коронково-радикулярная сепарация
4. удаление зуба

107) РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

1. резцов и клыков
2. третьих моляров нижней челюсти
3. вторых моляров нижней челюсти
4. третьих моляров верхней челюсти

108) ПРИ АПИКОТОМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ РАЗРЕЗЫ

1. фестончатые

2. углообразные
 3. трапецевидные
 4. дугообразные
- 109) К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, НЕ СОХРАНЯЮЩИМ ЗУБ, ОТНОСИТСЯ
1. удаление зуба
 2. реплантация зуба
 3. цистэктомия
 4. резекция верхушки корня
- 110) СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН
1. больше очага деструкции кости
 2. соответствует верхушке причинного зуба
 3. соответствует очагу деструкции кости
 4. меньше очага деструкции кости
- 111) ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ
1. сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
 2. удаляется всегда
 3. сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
 4. удаляется при разрушении костной стенки нёба
- 112) ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЮТ
1. переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой
 2. всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
 3. причинный зуб и оболочку кисты через лунку
 4. всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны
- 113) ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
1. цистэктомия
 2. вылушивание оболочки через лунку удалённого зуба
 3. цистотомия
 4. частичная резекция челюсти
- 114) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ РАЗМЕР КОСТНОГО «ОКНА» ПО ОТНОШЕНИЮ К РАЗМЕРУ ОЧАГА ДЕКТРУКЦИИ КОСТИ
1. соответствует
 2. на 0,5-1 мм меньше
 3. на 1-2 мм меньше
 4. на 1-2 мм больше
- 115) В СЛУЧАЕ ОТЛОМА СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НУЖНО
1. аккуратно извлечь, предварительно отделив от неё мышечные пучки
 2. оставить её на месте
 3. наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
 4. тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка
- 116) ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
1. переднюю поверхность тела верхней челюсти
 2. полость носа
 3. бугор верхней челюсти
 4. альвеолярный отросток
- 117) ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
1. пальпации
 2. перкуссии
 3. зондирования
 4. рентгенографии

- 118) ЧАСТИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. неполный вывих
 2. полный вывих
 3. вколоченный вывих
 4. перелом корня
- 119) ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ВГЛУБЬ ЛУНКИ И ДАЛЕЕ В ТЕЛО ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. вколоченный вывих
 2. полный вывих
 3. неполный вывих
 4. перелом корня
- 120) В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ
1. физиотерапия
 2. криотерапия
 3. химиотерапия
 4. электрокоагуляция
- 121) ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА
1. улучшается
 2. стабилизируется
 3. ухудшается
 4. не меняется
- 122) В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ
1. десенсибилизирующая
 2. седативная
 3. мануальная
 4. гипотензивная
- 123) ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНЫЙ ЖЕЛОБОК ПОДЪЯЗЫЧНОГО ПРОСТРАНСТВА НАХОДИТСЯ
1. в заднебоковом отделе подъязычной области
 2. на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
 3. между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
 4. между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой
- 124) ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ
1. несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
 2. высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
 3. наличие Метилпарабена в карпуле местного анестетика
 4. непереносимость местного анестетика
- 125) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НАГНОИВШЕЙСЯ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С
1. острым гнойным периоститом челюсти
 2. острым гнойным лимфаденитом
 3. обострением хронического пульпита
 4. острым перикоронитом
- 126) В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ
1. постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
 2. пароксизмальная
 3. кинжальная в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 4. приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

127) В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ

1. причинного и соседних зубов
2. резцов, клыков, премоляров и моляров
3. в пределах половины челюсти
4. только причинного зуба

128) ДЛЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

1. боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отёк мягких тканей лица, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой оболочки на уровне причинного зуба
2. безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации определяются плотные, безболезненные участки
3. наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта
4. цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы

129) ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

1. удаляют обязательно
2. сохраняют обязательно
3. шинируют
4. депульпируют

130) ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ

1. шинированию
2. удалению
3. депульпированию
4. избирательному шлифовыванию

131) ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ

1. резиновыми полосками
2. марлевыми полосками
3. ватными тампонами
4. бумажными салфетками

132) ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1. первого моляра
2. клыка
3. первого премоляра
4. второго премоляра

133) ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА ВИЧ СЛУЖИТ

1. полилимфаденит неясной этиологии
2. одонтогенный лимфаденит
3. специфический лимфаденит
4. тонзиллогенный лимфаденит

134) ДИАГНОСТИКА ПЕРИОДОНТИТА НАПРАВЛЕНА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ

1. периапикальных тканей и показаний к лечению
2. костной ткани альвеолы и зубо-десневого соединения
3. костной ткани альвеолы и состояния периапикальных тканей
4. костной ткани альвеолы и показаний к лечению

135) НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1. очаговом одонтогенном остеомиелите тела нижней челюсти в области моляров
2. остром перикороните от нижнего третьего моляра
3. остром периостите нижней челюсти в области резцов
4. фурункуле нижней губы

136) ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ СОСТОИТ В

1. вскрытии поднадкостничного абсцесса, дренировании раны
2. пломбировании канала, назначении физического лечения
3. ампутации корня причинного зуба
4. резекции верхушки корня причинного зуба

137) ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ (БЕЗ НАЛИЧИЯ КОРНЯ ЗУБА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ), ПОКАЗАНО

1. промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений
2. срочное проведение синусотомии с пластикой соустья
3. плановое проведение синусотомии с пластикой соустья
4. проведение местной пластики соустья без синусотомии

138) К ХИРУРГУ-СТОМАТОЛОГУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА. ИЗ АНАМНЕЗА УСТАНОВЛЕНО, ЧТО У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПЕНИЦИЛЛИН И НОВОКАИН. ВРАЧУ СЛЕДУЕТ

1. направить на консультацию к аллергологу
2. госпитализировать в стоматологический стационар
3. проконсультироваться у терапевта
4. провести кожную пробу

139) ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспалительного процесса при затруднённом прорезывании
2. острый перикоронит
3. травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом
4. отсутствие зуба-антагониста

140) ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

1. не принимать пищу и жидкость в течение 2-3 часов, делать ванночки с антисептическим раствором по показаниям, исключить грубую и горячую пищу, воздержаться от чистки зубов в течение суток после удаления зуба
2. не употреблять горячую пищу или кофе через 2-3 часа после операции
3. проводить интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведённой операции
4. назначить УВЧ терапию в термической дозе

141) ПАЦИЕНТЫ С ХРАС ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ _____ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА

1. желудочно-кишечной
2. сердечно-сосудистой
3. мочеполовой
4. эндокринной

142) ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ И ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЮТСЯ СХОДНЫЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

1. инфильтрация костномозговых пространств нейтрофилами
2. некроз костного вещества
3. тромбоз кровеносных сосудов
4. образование секвестров кости

143) ПОДВИЖНОСТЬ И БОЛЬ В ПРИЧИННОМ ЗУБЕ И РЯДОМ СТОЯЩИХ ЗУБАХ БЫВАЕТ ПРИ ОСТРОМ

1. одонтогенном остеомиелите
2. периодонтите
3. гнойном периостите

4. лимфадените
- 144) МУФТООБРАЗНОЕ УТОЛЩЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КРАЯ И ДВУХСТОРОННЕЕ УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ БЫВАЕТ ПРИ
 1. остеомиелите
 2. актиномикозе
 3. периостите
 4. периодонтите
- 145) ДЛЯ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
 1. наличие хронической одонтогенной инфекции в челюсти
 2. наличие сопутствующих хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
 3. заболевание крови
 4. частичная вторичная адентия
- 146) ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЬНЫЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ
 1. постоянную интенсивную в \"причинном\" и рядом стоящих зубах
 2. периодическую ноющую в области зуба и прилегающем участке десны
 3. приступообразную ночную в одном из кариозных зубов
 4. ноющую в зубе при приёме холодной и кислой пищи
- 147) ПРИ ОСТРОМ ДИФFUЗНОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДВИЖНОСТЬ РЯДА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
 1. гнойной инфильтрации губчатого вещества челюсти
 2. интоксикации организма
 3. поднадкостничного абсцесса
 4. развития генерализованной формы пародонтита
- 148) БОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРАВНЕНИИ С ВЕРХНЕЙ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
 1. плотностью и массивностью кортикальной пластинки
 2. подвижностью нижней челюсти
 3. особенностями иннервации
 4. строением надкостницы
- 149) ВЫРАЖЕННАЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ И УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ ЧЕЛЮСТИ С ДВУХ СТОРОН БЫВАЕТ ПРИ
 1. острым одонтогенным остеомиелите
 2. ретенции третьего моляра
 3. острым гнойным периостите
 4. острым периодонтите
- 150) ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В
 1. крыловидно-нижнечелюстное пространство
 2. околоушно-жевательную область
 3. щёчную область
 4. крыловидно-нёбное венозное сплетение
- 151) ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
 1. промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
 2. провести синусотомию
 3. назначить динамическое наблюдение
 4. выскабливать полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку
- 152) НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С
 1. жалоб

2. общего осмотра
 3. наличия сопутствующих заболеваний
 4. анамнеза жизни
- 153) ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОЛОСТЬ РТА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ
1. 0,2-0,5% Хлоргексидина
 2. спирта
 3. Йода
 4. 2% Хлоргексидина
- 154) К РЕЗОРБИВНЫМ ИЛИ РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ
1. кетгут
 2. хлопок
 3. нейлон
 4. лавсан
- 155) РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ КЕТГУТ СОХРАНЯЕТ ПРОЧНОСТЬ В ТКАНЯХ В ТЕЧЕНИЕ
1. 9-14 дней
 2. 5-7 дней
 3. 1 месяца
 4. 3 недель
- 156) ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТУ, ПЕРЕНЁСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СПУСТЯ (МЕС.)
1. 6
 2. 2
 3. 8
 4. 12
- 157) ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
1. резцов верхней челюсти
 2. моляров
 3. премоляров
 4. зубов мудрости
- 158) ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 2.8 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА В
1. щёчную сторону
 2. нёбную сторону
 3. дистальном направлении
 4. проксимальном направлении
- 159) ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.2 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА
1. в вестибулярном направлении
 2. в язычном направлении
 3. к 4.1 зубу
 4. к 4.3 зубу
- 160) ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НАЧИНАЮТ С
1. отделения круговой связки от шейки зуба
 2. раскачивания
 3. вывихивания
 4. наложения щипцов
- 161) ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО
1. спереди и справа
 2. сзади и слева
 3. сзади и справа
 4. спереди слева

- 162) ПРИ УДАЛЕНИИ ПРАВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО
1. позади и справа
 2. спереди и слева
 3. спереди справа
 4. сзади и слева
- 163) ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
1. вниз и кнаружи
 2. вниз и вовнутрь
 3. вверх и вовнутрь
 4. вверх и кнаружи
- 164) ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
1. вниз и кнаружи
 2. в щёчную сторону
 3. в нёбную сторону
 4. вниз и вовнутрь
- 165) ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ
1. вверх и кнаружи
 2. вниз и кнаружи
 3. в щёчную сторону
 4. вверх и вовнутрь
- 166) НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ НЕОБХОДИМО
1. осмотреть зуб и убедиться в целостности корней
 2. зуб сбросить в лоток
 3. провести кюретаж лунки
 4. дать рекомендации пациенту
- 167) ПАЦИЕНТ ПОКИДАЕТ КАБИНЕТ ХИРУРГА ПОСЛЕ ТОГО, КАК
1. образовался сгусток, и врач дал рекомендации
 2. удалили зуб
 3. провели кюретаж лунки
 4. наложили швы
- 168) КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
1. остром серозном лимфадените
 2. остром гнойном лимфадените
 3. абсцедирующем гнойном лимфадените
 4. аденофлегмоне
- 169) НИЖНИЕ ЗУБЫ МУДРОСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)
1. 18-25
 2. 14-17
 3. 30-45
 4. 45-60
- 170) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. конусно-лучевая компьютерная томография
 2. микрофокусная рентгенография
 3. ортопантомография
 4. ультразвуковое исследование
- 171) РЕТЕНЦИЯ ЗУБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ

1. нижнего третьего моляра
2. верхнего третьего моляра
3. верхних клыков
4. нижних клыков

172) НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА В ЗУБНОМ РЯДУ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. дистопия
2. полуретенция
3. ретенция
4. сверхкомплектный зуб

173) ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗАДИМОЛЯРНОГО ПЕРИОСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. вскрытие гнойного очага, дренирование гнойной раны
2. блокада анестетиками, противовоспалительная терапия
3. удаление причинного зуба
4. применение нестероидных противовоспалительных средств

174) ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ РЕТЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. хирургический
2. физиотерапевтический
3. ортопедический
4. лучевая терапия

175) ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. отрыв бугра верхней челюсти
2. периостит
3. синусит
4. паротит

176) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

1. хронического гранулематозного
2. хронического фиброзного
3. острого серозного
4. хронического гранулирующего

177) НАЛИЧИЕ МИГРИРУЮЩИХ ГРАНУЛЁМ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

1. гранулирующего
2. хронического в стадии обострения
3. фиброзного
4. гранулёматозного

178) ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ВМЕСТЕ С ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

1. гемисекция
2. ампутация
3. реплантация
4. имплантация

179) ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ОТ МЕСТА ЕГО ОТХОЖДЕНИЯ, НО БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

1. ампутация
2. реплантация
3. гемисекция

4. коронарнорадикулярная сепарация
- 180) МАРГИНАЛЬНЫЙ ИЛИ КРАЕВОЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ
1. десневой карман
 2. корневой канал
 3. коронку зуба
 4. отверстие в области вершины зуба
- 181) В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ
1. радикулярная киста
 2. кератокиста
 3. зубосодержащая киста
 4. назоальвеолярная киста
- 182) НАРУЖНОЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. подвисочная поверхность
 2. альвеолярный отросток
 3. носовая поверхность
 4. глазничная поверхность
- 183) ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ОРОАНТРАЛЬНЫМ СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ПРОВОДЯТ В
1. челюстно-лицевом стационаре
 2. отделении отоларингологии поликлиники
 3. стоматологической поликлинике
 4. клиничко-диагностическом центре
- 184) ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ ПРИ УДАЛЕНИИ
1. верхних моляров
 2. нижних моляров
 3. нижних премоляров
 4. верхних резцов
- 185) ТОЛЩИНА НАДКОСТНИЦЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С ВОЗРАСТОМ
1. уменьшается
 2. не изменяется
 3. увеличивается
 4. перерождается в фиброзную ткань
- 186) ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ С ВОЗРАСТОМ
1. расширяется
 2. сужается
 3. не изменяется
 4. исчезает
- 187) ДЛЯ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНА БОЛЬ
1. в участке челюсти и причинном зубе
 2. постоянная в челюсти и нескольких соседних зубах
 3. ночная, приступообразная только в зубах
 4. в зубах только во время приема горячей пищи
- 188) ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТ ПОСЛЕ ПОЛНОГО И ВСЕСТОРОННЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ, НАЗЫВАЮТ
1. плановыми
 2. паллиативными
 3. экстренными

4. срочными
- 189) ПРИ ГИПЕРТОНИИ 1 СТЕПЕНИ (ЛЁГКОЙ) ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ ДЛЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ И ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО (В ММ РТ.СТ.)
1. 140-160; 90-100
 2. 160-180; 100-110
 3. более 180; более 110
 4. 130-140; 85-90
- 190) ПРИ ГИПЕРТОНИИ 2 СТЕПЕНИ (УМЕРЕННОЙ) ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ ДЛЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ _____ ММ РТ.СТ. И ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО (В ММ РТ.СТ.)
1. 160-180; 100-110
 2. 140-160; 90-100
 3. более 180; более 110
 4. 130-140; 85-90
- 191) ПРИ ГИПЕРТОНИИ 3 СТЕПЕНИ (ТЯЖЁЛОЙ) ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ ДЛЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ _____ ММ РТ.СТ. И ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО (В ММ РТ.СТ.)
1. более 180; более 110
 2. 140-160; 90-100
 3. 160-180; 100-110
 4. 130-140; 85-90
- 192) ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОВОДИТСЯ
1. после консультации врача-эндокринолога
 2. после консультации врача-кардиолога
 3. в отделении интенсивной терапии
 4. в челюстно-лицевом стационаре
- 193) ЭФИРОМ ПАРА-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. новокаин
 2. совкаин
 3. новокаинамид
 4. лидокаин
- 194) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕПОЛИПОЗНОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
1. пластику ороантрального свища
 2. радикальную гайморотомию
 3. эндоскопическую санацию верхнечелюстного синуса
 4. пункцию верхнечелюстного синуса
- 195) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЛАНОВОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)
1. 6
 2. 1
 3. 3
 4. 12
- 196) СВИЩОМ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ ПОЛОСТЬЮ РТА И ПОЛОСТЬЮ СИНУСА, КОТОРОЕ ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ СИНУСА СУЩЕСТВУЕТ (В МЕСЯЦАХ)
1. более 1
 2. 3
 3. 6
 4. более 9
- 197) АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ

1. пиогенной
 2. базальной
 3. шнейдеровской
 4. полупроницаемой
- 198) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗУЮТ
1. рентгенологический метод
 2. электроодонтометрию
 3. капилляроскопию
 4. люминесцентную диагностику
- 199) ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. удалении «причинного» зуба, уменьшении напряжения тканей, вскрытии и дренировании очагов воспаления, назначении противовоспалительного лечения
 2. предупреждении развития инфекции и образования некроза
 3. снижении сосудистой проницаемости и образования вазоактивных веществ, сохранении «причинного» зуба
 4. уменьшении общей интоксикации организма, снижении нейрогуморальных сдвигов, секвестрэктомии
- 200) ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛУ ДЛИНОЙ (ММ)
1. 29-42
 2. 19-25
 3. 15-17
 4. 8-12
- 201) НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОРОАНТРАЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ
1. лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
 2. слизисто-надкостничного лоскута с нёба
 3. соединительно-тканного трансплантата с нёба
 4. лоскута со щеки
- 202) ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. положительная рото-носовая проба
 2. носовое кровотечение
 3. кровотечение из лунки зуба
 4. перелом альвеолярного отростка
- 203) НАЛИЧИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА
1. хронического гранулирующего
 2. хронического фиброзного
 3. острого серозного
 4. хронического гранулематозного

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

Форма промежуточной аттестации – зачет

3.1. Вопросы зачета

1. Использование информационных, библиографических ресурсов для решения профессиональных задач хирургической стоматологии.
2. Методы обследования больных с заболеваниями полости рта, требующих хирургического вмешательства.
3. Операция удаления зуба. Подготовка к операции удаления зуба.
4. Показания и противопоказания к операции удаления зуба. Особенности подготовки больного и врача к операции. Положение больного и врача при удалении зубов.

5. Инструменты для операции удаления зуба. Щипцы и элеваторы. Особенности удаления различных групп зубов и корней верх ней, нижней челюсти.
7. Операция удаления зуба. Этапы.
8. Особенности удаления различных групп зубов на верхней челюсти
9. Особенности удаления различных групп зубов на нижней челюсти
10. Методика операции удаления зуба щипцами, элеваторами, с применением бормашины и долота. Показания и противопоказания
11. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней. Рекомендации пациенту в послеоперационном периоде.
12. Заживление раны после удаления зуба. Сроки.
13. Операция удаления ретинированных и дистопированных зубов
14. Местные осложнения, возникающие во время и после удаления зуба. диагностика, лечение, профилактика.
15. Непосредственные осложнения во время операции удаления зуба: перелом коронки смежного зуба, повреждения мягких тканей, перелом альвеолярного отростка, перелом бугра верхней челюсти, поломка инструмента в тканях, проталкивание корня в пазуху, повреждение нервных стволов.
16. Пути распространения одонтогенной инфекции
17. Острый одонтогенный периодонтит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения
18. Хронический одонтогенный периодонтит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения, рентгенологическая диагностика.
19. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов: резекция верхушки корня зуба, ампутация корня, гемисекция.
20. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на разных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
21. Одонтогенный синусит. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Острая перфорация и свищ дна верхнечелюстной пазухи. Тактика врача.
23. Острый одонтогенный периостит челюстей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение.
24. Аномалия прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Клиника, диагностика, лечение.
25. Затрудненное прорезывание зубов. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
26. Перикоронит. Клиника, диагностика, лечение.
27. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.
28. Общие клинические признаки и методы лечения абсцессов полости рта.
29. Абсцесс твердого неба. Этиопатогенез, клиника, особенности вскрытия небного абсцесса.
30. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Клиника, диагностика, возможные осложнения

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Удаление зуба. Показания и противопоказания к удалению зуба.
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у беременных, больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.
3. Методика удаления зуба с учётом анатомических условий. Инструментарий. Виды щипцов и их назначение.
4. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа
5. Обработка раны после удаления зуба. Последующий уход за ней и особенности заживления лунки.
6. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.
7. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости.
8. Альвеолит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
9. Лечение послеоперационных осложнений.
10. Этиология, патогенез, патологическая анатомия периодонтитов, пути распространения инфекционного процесса.
11. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита.

12. Хронический периодонтит. Классификация, клиническая и рентгенологическая диагностика.
13. Хирургические методы лечения хронического периодонтита: резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация, корня реплантация зуба.
14. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Патогенетическая связь с периодонтитом и распространение воспалительного процесса в зависимости от расположения корней различных групп зубов.
15. Острый гнойный периостит челюстей. Клиника. Диагностика, методы хирургического лечения.
16. Хронический периостит челюстей
17. Дистопия и ретенция зубов. Методы оперативного вмешательства при дистопии и ретенции зубов.
18. Затрудненное прорезывание зубов. Причины. Клиника. Показания к хирургическому лечению.
19. Перикоронорит. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.
20. Выбор доступа при атипичных операциях удаления зуба в переднем и боковом отделах верхней и нижней челюстей.
21. Методика операции удаления третьего моляра челюсти при неполном его прорезывании и неправильном расположении.
22. Теории развития остеомиелита, роль микрофлоры, иммунологического статуса и анатомических особенностей челюстей. Современные представления о патогенезе остеомиелита челюстей. Патологическая анатомия и классификация.
23. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика. Комплексное патогенетическое лечение. Исход и возможные осложнения.
24. Подострая и хроническая стадии остеомиелита челюстей. Клиническая и рентгенологическая картина различных форм (секвестрирующая, рарефицирующая, гиперпластическая, первично-хроническая), дифференциальная диагностика. Лечение.
25. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого одонтогенного периостита и острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
26. Небный абсцесс. Этиопатогенез, клиника, диагностика, особенности лечения.
27. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонебной ямок, клиника, диагностика, лечение.
28. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Клиника, диагностика, лечение.
29. Одонтогенные абсцессы крыловидно-нижнечелюстного пространства. Клиника, диагностика, лечение.
30. Абсцесс языка, клиника, диагностика, лечение.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций с указанием индикаторов, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-2	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: Мировой и отечественный опыт по повышению качества оказания медицинской помощи и профилактики профессиональных ошибок		
		Уметь: Анализировать собственный опыт профессиональной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок		
		Владеть: Навыками решения профессиональных задач в рамках правового поля и с использованием современных знаний для обогащения личного опыта с целью предотвращения профессиональных ошибок		
иОПК-2.2	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Знать: Методы анализа медицинской деятельности, опыт развития отечественной и зарубежной медицины	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать аналитическое и клиническое мышление для грамотного анализа клинических ситуаций и принятия	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		<p>профессиональных решений на основе использования профессиональных стандартов обследования и лечения больных стоматологического профиля</p> <p>Владеть: Навыками оказания медицинской помощи больным стоматологического профиля с использованием стандартов диагностики и лечения стоматологических заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок</p>		
иОПК-2.3.	Применяет свой и коллективный опыт при решении поставленных задач для предотвращения ошибок в профессиональной сфере	<p>Знать: Основные направления развития знаний в области стоматологии в отечественной и зарубежной медицине в рамках своих профессиональных компетенций</p>	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
<p>Уметь: использовать собственный опыт, опыт отечественной и мировой медицинской на практике с целью предотвращения ошибок в профессиональной деятельности</p>		Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.	
<p>Владеть: навыками аналитического и клинического мышления для анализа и решения профессиональных задач и предотвращения ошибок в профессиональной сфере</p>		Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью	<p>Знать: Клиническую картину, методы диагностики стоматологических</p>	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и

	установления диагноза при решении профессиональных задач	заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Знать: правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выявлять признаки стоматологических заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		Владеть: Навыками применения результатов обследования пациентов для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления	Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез,	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного

	диагноза при решении профессиональных задач	диагностику часто встречающихся заболеваний	определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	Знать: Основные принципы лечения пациентов, основные методы вспомогательного, в т.ч. хирургического лечения, общие и функциональные методы лечения пациентов		
		Уметь: Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции		

		Владеть: Навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике		
иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Знать: Стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения различных заболеваний у детей и взрослых	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у пациентов с различной патологией	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза		
		Уметь: провести обследование пациента		
		Владеть: навыками постановки диагноза		
иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/	Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и

	законных представителей)		интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: оценить состояние пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.2	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы стоматологических заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных,	Знать: Объем первичного и повторного осмотров, значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл

	инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	стоматологических заболеваний	значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, , Обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабораторных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.4	Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Знать: Значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации данных дополнительных обследований пациентов	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		(включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))		
иПК-1.5	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Знать: клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний у взрослых и детей, их диагностика	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Анализировать полученные результаты обследования	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки предварительного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.6	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	Знать: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить дифференциальную диагностику на основе полученной информации	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки окончательного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-2	Проведение всех видов лечения стоматологическому пациенту с соблюдением принципов эффективности и безопасности	Знать: Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях		
		Уметь: Основные принципы лечения стоматологических пациентов		
		Владеть: Навыками разработки оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом принципов эффективности и безопасности		
иПК-2.4	Хирургическая помощь в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей	Знать: Топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, эмбриология зубочелюстной области, основные нарушения эмбриогенеза	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Приемами оказания хирургической помощи в пределах проведения операции удаления зуба (исключая ретенированные и	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		дистопированные), вскрытие поднадкостничных абсцессов при периостите челюстей		
иПК-2.7	Подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний. Формирование комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Знать: Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетика, фармакодинамика, совместимость лекарственных препаратов	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Осуществлять подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний, определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками составления комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.11	Оказание квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Знать: Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Применять методы комплексного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		сопутствующей патологии		
		Владеть: Навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-6.	Организационно-управленческая деятельность	Знать: Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций		
		Уметь: Организовать медицинскую деятельность в рамках своих компетенций		
		Владеть: Навыками организационно-управленческой деятельности в рамках своих компетенций при решении профессиональных задач		
иПК-6.1.	Ведение медицинской документации	Знать: Особенности ведения медицинской документации	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Заполнять медицинскую документацию и контролировать	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт

		качество ведения медицинской документации	практических профессиональных задач в рамках РП	в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками ведения медицинской документации, анализа качества и эффективности ее ведения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Знать: Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Правила оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-6.5	Составление плана работы и отчета о своей работе	Знать: Принципы составления планов и отчетов о проделанной работе, критерии самооценки	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

			дополнительные вопросы	
		Уметь: Разрабатывать план работы исходя из профессиональных задач и структуру отчета	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками составления плана работы и отчета о своей работе	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.

4.3.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не

раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт. «Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.