федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ПРОПЕДЕВТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

**«СТОМАТОЛОГИЯ»**

**31.05.03.**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.03 Стоматология*, одобренной на заседании ученого совета Университета ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 9 от 30 апреля 2021 г. и утверждена ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 30.12.2021 г.

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;

ОПК- 6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач;

ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач;

ОПК-11 Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых.

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий;

УК- 2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла;

УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели;

УК-4 Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.

**2.Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Модуль 1.** Обследование стоматологического больного

**Тема №1:** Введение в специальность. Распределение рабочих мест. Организация стоматологической поликлиники, отделения, кабинета. Санитарно-гигиенические нормы. Эргономические основы организации рабочего места врача - стоматолога. Оснащение стоматологического кабинета.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Цель и задачи пропедевтики терапевтической стоматологии.

2. Организация рабочего места врача-стоматолога.

3. Оснащение стоматологического кабинета.

4. Эргономика в работе врача-стоматолога.

5. Основные принципы техники безопасности в клинике.

6. Профессиональные вредности.

7. Перечислите рабочие позиции стоматолога при различных

манипуляциях на верхней и нижней челюсти.

1. Необходимая площадь для организации кабинета терапевтической стоматологии составляет, м2

а) 10;

б) 12;

в) 14;

г) 20.

2. Глубина кабинета терапевтической стоматологии должна

быть не более, м:

а) 3;

б) 4;

в) 6;

г) 7;

д) 8.

3. Стены в кабинете терапевтической стоматологии должны

быть покрыты:

а) краской, обеспечивающей возможность влажной уборки;

б) стеновыми панелями из ДВП;

в) стеновыми панелями из пластика;

г) все перечисленное верно.

4. Согласно санитарным нормам соотношение площади окон

к площади пола в кабинете терапевтической стоматологии может

составлять:

а) 1:4‒1:5;

б) 1:6‒1:7;

в) 1:9‒1:8;

г) 1:1.

5. Для обеспечения нормальной работоспособности зрительного анализатора врача-стоматолога наиболее важна следующая

характеристика света:

а) уровень освещенности;

б) спектр излучения;

в) равномерность в разных точках помещения;

г) отсутствие блескости.

6. Согласно современным санитарно-эпидемиологическим

требованиям количество установок в кабинете терапевтической

стоматологии не должно превышать:

а) двух;

б) трех;

в) четырех;

г) пяти.

7. Минимальная необходимая площадь для организации дополнительного кресла, не оснащенного универсальной стоматологической установкой, в кабинете терапевтической стоматологии составляет, м2

а) 5;

б) 7;

в) 10;

г) 12.

8. Пол в кабинете терапевтической стоматологии может быть покрыт:

а) линолеумом;

б) мраморно-гранитным составом;

в) ламинированными панелями;

г) все перечисленное верно.

9. Сколько раковин рекомендуется устанавливать в кабинете

терапевтической стоматологии:

а) одну;

б) две;

в) не менее трех;

г) по количеству кресел.

**Тема №2:** Виды и принципы работы стоматологических установок, турбин, микромоторов, наконечников. Техника безопасности. Методики работы со стоматологическими установками (включение, выключение, смена наконечников, фиксация боров). Уход за стоматологическими установками и наконечниками, обработка рук и перчаток.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Основные правила техники безопасности во время работы в терапевтическом стоматологическом кабинете.

2. Основное оборудование стоматологического кабинета.

3. Отечественные стоматологические установки (в историческом аспекте).

4. Классификация установок по способу расположения в кабинете (стационарные, портативные); по количеству обслуживающего персонала (только для врача и для одновременной работы врача и его ассистента); по способу расположения инструментального блока (мобильные приставки-тележки; кабинетные встроенные кронштейны, предназначенные для подачи инструментов сзади и сбоку; укрепленные на пантографическом держателе).

5. Классификация установок по способу крепления шлангов для наконечников (верхняя и нижняя подача).

6. Классификация установок по типу привода (воздушные и электрические).

5. Стоматологические кресла: регулировка сиденья и спинки кресла с помощью гидравлического или электрического привода. Управление приводом ( панель с кнопками для ручного управления, выносная (ножная) педаль, мембранно-клавишный пульт для врача и его ассистента).

6. Последовательность действий при работе со стоматологической бормашиной.

7. Назначение стоматологических наконечников.

8. Классификация стоматологических наконечников.

9. Эргономические характеристики стоматологического наконечника: наличие подсветки, способ замены бора, тип соединения с рукавом установки, уровень шума, уровень вибрации.

10. Гигиенические характеристики стоматологического наконечника: наличие, отсутствие обратного клапана, стерилизуемость наконечника, прочность покрытия, защита внутренних полостей наконечника от загрязнений.

11. Технические характеристики стоматологического наконечника: тип подшипников, регулировка давления, размер головки, безопасность для препарируемого зуба, больного и врача.

12. Основные способы соединения наконечников с рукавом.

13. Обработка рук врача перед приемом больных.

14. Способы защиты персонала на приеме в стоматологическом кабинете.

15. Уборка стоматологического кабинета.

16. Обеззараживание воздуха.

17. Уход за наконечниками.

18. Уход за стоматологическими установками.

1. Вращение бора в высокоскоростном наконечнике обеспечивается путем:

а) подачи сжатого воздуха в систему наконечника;

б) изменения передаточных чисел в шестереночном

механизме наконечника;

в) увеличения скорости вращения ротора микромотора;

г) верно все перечисленное.

2. Карбидные боры иначе называются:

а) стальными;

б) алмазными;

в) твердосплавными;

г) упроченными.

3. Боры для углового наконечника бывают длиной, см:

а) 3,0;

б) 2,7;

в) 2,5;

г) 2,2;

д) 1,0.

4. Виды стоматологических наконечников:

1) прямой, угловой, турбинный;

2) шаровидный;

3) конусовидный.

5. Какими борами лучше препарировать эмаль зуба:

1) борами размером 1;

2) металлическими полирами;

3) фрезами;

4) алмазными и твердосплавными борами;

5) стальными борами.

**Тема №3:** Инструменты для обследования и лечения больных. Дезинфекция и стерилизация, профилактика ятрогенных и инфекционных заболеваний.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1.Классификация стоматологических боров в зависимости от вида наконечника, материала и формы рабочей части.

2. Классификация боров согласно стандарту ISO.

3.Наборы инструментов для обследования стоматологического больного, пломбирования кариозных полостей различными пломбировочными материалами, замешивания пломбировочного материала, внесения материала в кариозную полость, снятия зубных отложений.

4.Понятие об асептике и антисептике.

5.Дезинфекция, ее виды и средства.

6.Стерилизация изделий медицинского назначения.

7.Обработка зеркал.

8.Обработка зубоврачебных наконечников.

9.Самоконтроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

10. Профилактика ятрогенных инфекций (ВИЧ-инфекция, гепатит).

Ситуационные задачи

1. Больному с жалобами на боли в зубе от температурных раздражителей необходимо провести обследование полости рта. Какие инструменты вы для этого возьмете?

2. Больному был поставлен диагноз средний кариес. Какие инструменты понадобятся для препарирования кариозной полости?

**Тема №4:** Клиническая анатомия и гистология молочных зубов и постоянных зубов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Зубы как анатомический орган, функции зубов.
2. Микроскопическое строение зуба.
3. Сроки прорезывания различных групп молочных зубов.
4. Сроки окончательного формирования различных групп молочных зубов.
5. Периоды резорбции корней молочных зубов.
6. Латинские названия зубов.
7. Признаки, позволяющие определить принадлежность зуба к той или иной стороне челюсти.
8. Поверхности зубов.
9. Среднее количество корней и каналов зубов верхней и нижней челюсти.
10. Дайте определение бугра коронки, фиссуры, экватора.
11. Какие из зубов предназначены: для откусывания пищи, для раздробления, для растирания.

12. Формула зубов: клиническая, анатомическая, ВОЗ

Ситуационные задачи

1. Форма коронки приближается к прямоугольной. На жевательной поверхности два бугра ‒ щечный и язычный, поперек которых проходит глубокая бороздка, разделяющая их. Хорошо выражены признак корня и угла, обратный признак кривизны коронки. Корни сдавлены в переднезаднем направлении, зуб имеет два корня ‒ щечный и небный. Определите анатомическую принадлежность зуба.

2. Коронка имеет кубическую форму, на жевательной поверхности пять бугров. Определите анатомическую принадлежность зуба.

3. Зуб имеет коронку в виде широкого долота. Определите анатомическую принадлежность зуба. 4. Ребенку 10 лет, удалили 75 зуб. Корни зуба отсутствуют на 2/3. Следует ли врачу проводить поиск оставшихся корней? Почему?

**Тема №5:** Строение зубных рядов. Артикуляция, окклюзия, виды и признаки окклюзии. Виды прикуса. Биомеханика жевательного аппарата.

1.Виды физиологических прикусов.

2.Виды патологических прикусов.

3.Клинические признаки центрального соотношения челюстных костей.

4.Виды окклюзий и характеристика артикуляции.

5.Клинические признаки ортогнатического прикуса.

6.Виды травматических узлов в глубоком прикусе.

7.Клинические признаки перекрестного прикуса.

8.Черты сходства и черты отличия прямого и ортогнатического прикуса.

9. Характеристика окклюзионного поля при перекрестном прикусе.

10.Черты сходства и черты отличия прогенического и прогнатического прикуса.

1.Артикуляция – это:

1) вид смыкания зубов в центральной окклюзии;

2) всевозможные положения и перемещения нижней челюсти по отношению к верхней, осуществляемые с помощью жевательных мышц;

3) вид смыкания зубов в передней окклюзии;

4) вид смыкания зубов в боковой окклюзии;

5) цепь сменяющих друг друга окклюзий;

6) 2+5.

2. Прикус - это характер смыкания зубов в положении окклюзии:

1) центральной;

2) боковой;

3) передней;

4) задней.

3. К нормальному прикусу относится:

1) ортогнатический прикус с протрузией передних зубов;

2) глубокий прикус;

3) ортогнатический прикус;

4) прямой прикус.

4. В норме, после полного прорезывания постоянных зубов между ними образуются:

1) межзубные площадки;

2) межзубные промежутки;

3) межзубные контакты.

5. Базальную дугу образуют:

1) режущий край и жевательные поверхности зубов;

2) верхушки корней;

3) вершина гребня альвеолярной части.

6. На верхней челюсти самой широкой дугой является:

1) альвеолярная;

2) базальная;

3) зубная.

7. Во время пережевывания твердой пищи на моляры действует сила:

1) 20-30 кг;

2) 10-15 кг;

3) 5-10 кг.

8. Двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц достигается окклюзия:

1) передняя;

2) центральная;

3) задняя;

4) боковая.

9. Контакт мезиального щечного бугорка верхнего правого моляра с дистальным щечным бугорком одноименного нижнего моляра в положении центральной окклюзии подразумевает наличие:

1) дистального прикуса;

2) мезиального прикуса;

3) ортогнатического прикуса;

4) перекрестного прикуса.

10. К мышцам, опускающим нижнюю челюсть, относятся:

1) m. рterygoideus medialis;

2) m.mylohyoideus;

3) m. geniohyoideus;

4) m.digastricus;

5) 1+2+3;

6) 2+3+4.

**Тема №6:** Методы обследования стоматологического больного.

Опрос стоматологического больного. Выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни. Объективное обследование больного. Внешнее обследование челюстно-лицевой области (осмотр, степень открывания рта, исследование функций височно-нижнечелюстного сустава, обследование лимфатических узлов, костей лицевого скелета, точек выхода тройничного нерва, определение состояния мускулатуры).

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Топографические зоны лица.
2. Органы полости рта.
3. Набор инструментов для первичного осмотра стоматологического больного в клинике терапевтической стоматологии. Стерилизация инструментов.
4. Схема опроса больного. Особенности опроса при заболевании зубов и слизистой оболочки полости рта.
5. 2. Внешний осмотр больного. Характер изменений в зависимости от общих заболеваний и изменений в полости рта.
6. Какова последовательность обследования стоматологического больного.
7. Документация в клинике терапевтической стоматологии (медицинская карта стоматологического больного (учет. форма № 43, форма 39, дневник).
8. Положение больного в кресле. Положение врача.

1.При обследовании пациента пальпируется бимануально

+: дно полости рта

-: преддверие полости рта

-: слизистая оболочка щеки

-: контуры губ

-: уздечка языка

2.При проведении электроодонтодиагностики причинного зуба целесообразно начать измерение

+: с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги

-: сразу с причинного зуба

-: с антагониста

-: с подобного зуба на противоположной челюсти

-: с любого другого зуба

3. Панорамная рентгенография назначается врачом для оценки

+: зубных рядов и пародонта

-: состояния верхнечелюстных синусов

-: соотношение челюстей

-: выявить лицевые и язычные поражения

4. Панорамная рентгенография назначается врачом для оценки

+: уровня прорезывания зубов

-: состояния верхнечелюстных синусов

-: соотношение челюстей

-: выявить лицевые и язычные поражения

**Тема №7:** обследование полости рта. Обследование преддверия полости рта. Осмотр слизистой оболочки щек, губ, десен, выявление зубного налета, определение прикуса, формы зубных рядов, обследование зубов. Клиническое обследование стоматологического больного. Инструментальное обследование (зондирование, перкуссия, термометрия). Дополнительные методы обследования (ЭОД, рентгенография). Обследование терапевта и других специалистов. Лабораторные исследования.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Инструментальное исследование полости рта.
2. Термодиагностика. Задача, принцип применения, методика применения.
3. Электроодонтометрия. Методика исследования состояния пульпы.
4. Цифры возбудимости нормальной, воспаленной пульпы и периодонта.
5. Определение степени подвижности зубов.
6. Дегенеративные изменения в слизистой оболочке: спонгиоз, баллонирующая дегенерация, акантолиз, акантоз, гиперкератоз, паракератоз, папилломатоз.
7. Методика проведения термометрии.
8. Каковы нормальные показатели ЭОД.
9. Методика проведения ЭОД.
10. В чем состоит принцип рентгенографического исследования.
11. Методика проведения люминисцентного метода исследования.

В чем актуальность проведения общего анализа крови при заболеваниях полости рта.

Ситуационные задачи

1. Больному с жалобами на боли в зубе от температурных раздражителей необходимо провести обследование полости рта. Какие инструменты вы для этого возьмете?

2. Больному был поставлен диагноз средний кариес. Какие инструменты понадобятся для препарирования кариозной полости?

3. Больному проводится лечение хронического периодонтита. Какие инструменты понадобятся для обработки плохо проходимого канала?

**Модуль 2. Препарирование и пломбирование кариозных полостей**

**Тема №1:** Кариес. Определение. Классификация кариеса и кариозных полостей по Блэку. Общая симптоматология. Инструменты и обезболивание при препарировании кариозных полостей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте определение кариесу.
2. Перечислите группы кариеса по глубине поражения.
3. Перечислите классы кариозных полостей по Блэку.
4. Назовите основные симптомы кариеса.
5. Перечислите инструменты необходимые при лечении и диагностике кариеса. Охарактеризуйте назначение каждого инструмента.
6. Назовите и охарактеризуйте принципы инструментального обезболивания при лечении кариеса.

1. К I классу по классификации Блэка относятся кариозные полости:

1) в фиссурах моляров

2) на контактной поверхности моляров

3) в пришеечной области моляров

4) на контактной поверхности клыков

5) на контактной поверхности премоляров

2. Кариозная полость на контактной поверхности моляров по классификации Блэка относится к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

3. К III классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1) контактной премоляров; 2) вестибулярной резцов; 3) контактной резцов;

4) жевательной моляров; 5) жевательной премоляров

4. В основу классификации кариозных полостей по Блэку положены признаки:

1) гистологические; 2) клинические; 3) анатомо-топографические;

4) топографические; 5) клинико-топографические

5. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1) на передней контактной поверхности премоляров

2) в фиссуре на жевательной поверхности премоляров

3) в пришеечной области премоляров

4) в пришеечной области на контактной поверхности моляров

5) на задней контактной поверхности премоляров

6. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1) на контактной поверхности клыков 4) в пришеечной области клыков

2) на боковой поверхности резцов 5) в пришеечной области моляров

3) в слепой ямке латеральных резцов

7. Кариозная полость в фиссуре на жевательной поверхности 1.8 зуба относится по классификации Блэка к классу:

I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

8. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

9. Кариозная полость на задней контактной поверхности 3.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

10. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 26 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

**Тема №2:** Этапы и принципы препарирования кариозных полостей по Блэку. Критерии готовности полости к пломбированию. Критерии качественности.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Перечислите этапы препарирования по Блэку.
2. В чем заключается принцип биологической целесообразности?
3. Какие иммунные зоны зуба вы знаете?
4. В чем заключаются особенности препарирования кариозной полости под современные пломбировочные материалы.

001. К первому этапу препарирования кариозной полости относится:

1) антисептическая обработка; 2) кюретаж; 3) раскрытие кариозной полости;4) некрэктомия; 5) формирование

002. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1) создание контактного пункта 4) восстановление функции зуба

2) исключение рецидива кариеса 5) финирование полости

3) восстановление формы зуба

003. Целью формирования кариозной полости является:

1) восстановление анатомической формы зуба

2) восстановление функции зуба

3) создание контактного пункта

4) создание условий для фиксации пломбы

5) удаление некротизированного дентина

004. Для определения качества препарирования кариозной полости используют стоматологические инструменты:

1) штопфер, зонд; 2) зонд, зеркало;3) гладилку, зонд;4) пинцет, зеркало;5) пинцет, зонд

005. В полостях II класса максимальный размер дополнительной площадки

составляет от длины жевательной поверхности:

1) 1/4; 2) 1/3; 3) 1/2; 4) 2/3; 5) 2/4

006. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

1) цилиндрическим; 2) обратноконусовидным; 3) колесовидным;

4) шаровидным; 5) грушевидным

007. При препарировании зуба самая болезненная зона - это:

1) эмаль; 2) цемент;3) эмалево-дентинное соединение;4) дентин; 5) дентинно-цементное соединение

008. При препарировании кариозной полости проводят:

1) протравливание 4) наложение матрицы

2) электроодонтодиагностику 5) реминерализацию

3) раскрытие кариозной полости

009. Целью препарирования кариозной полости является:

1) восстановление анатомической формы зуба

2) восстановление функции зуба

3) удаление некротизированного дентина

4) создание формы полости для пломбирования

5) реминерализация дентина

010. Наиболее твердой тканью зуба является:

1) дентин; 2) эмаль;3) цемент;4) пульпа; 5) дентикли

**Тема №3:** Препарирование кариозных полостей I, V класса по Блэку.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие о препарировании кариозных полостей.

2. Классификация кариозных полостей по Блэку.

3. Общие принципы препарирования кариозных полостей по Блэку.

4. Этапы обработки кариозных полостей при использовании традиционной технологии.

5. Характеристика кариозных дефектов I, V класса.

6. Особенности формирования основной и вспомогательной полостей.

7. Осложнения при препарировании дефектов I, V класса.

Ситуационные задачи

1. Как формируется полость при двусторонних апроксимальных дефектах?

2. Какое осложнение возникает при травме десневого сосочка во время препарирования дефекта V класса: а) папиллит; б) пульпит; в) периодонтит.

3. Кариозный дефект расположен в слепой ямке верхнего бокового резца. К какому классу дефектов его следует отнести?

4. Кариозная полость локализуется в пришеечной области 36. К какому классу кариозных полостей его следует отнести?

5. В фиссурах 36 кариозная полость средней глубины. Какую форму она будет иметь после препарирования

**Тема №4:** Препарирование кариозных полостей II класса по Блэку.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие о препарировании кариозных полостей.

2. Классификация кариозных полостей по Блэку.

3. Общие принципы препарирования кариозных полостей по

Блэку.

4. Этапы обработки кариозных полостей при использовании

традиционной технологии.

5. Характеристика кариозных дефектов II класса.

6. Особенности формирования основной и вспомогательной

полостей.

7. Осложнения при препарировании дефектов II класса.

1. Классификация кариозных полостей по Блэку является: 1) гистологической; 2) по клиническому течению; 3) по глубине поражения; 4) топографической.

2. Кариозная полость на окклюзионной поверхности моляров и премоляров относятся по тклассификации Блэка к полостям: 1) I класса; 2) II класса; 3) III класса; 4) I и II класса.

3. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку: 1) расширение до видимо здоровых участков эмали и дентина; 2) иссечение нависающих краев эмали; 3) создание ретенционных пунктов; 4) профилактическое расширение полости; 5) создание дополнительных площадок.

4. Принцип биологической целесообразности по Лукомскому (1955): 1) ткани эмали и дентина иссекаются экономно, до видимо здоровых тканей; 2) профилактическое расширение полости; 3) создание дополнительных площадок; 4) иссечение нависающих краев эмали.

5. Длина дополнительной площадки в кариозной полости должна составлять от протяженности основной полости: 1) 1/8‒1/4; 2) 1/4‒1/2; 3) 1/2‒2/3; 4) 2/3‒1. 6. Какие кариозные полости относятся к II классу по Блэку: 1) в пришеечной области; 2) в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков; 3) на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров; 4) на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла и режущего края коронки; 5) на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения угла и режущего края коронки.

**Тема №5:** Препарирование кариозных полостей III, IV класса по Блэку.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие о препарировании кариозных полостей.

2. Классификация кариозных полостей по Блэку.

3. Общие принципы препарирования кариозных полостей по

Блэку.

4. Этапы обработки кариозных полостей при использовании

традиционной технологии.

5. Характеристика кариозных дефектов III, IV класса.

6. Особенности формирования основной и вспомогательной

полостей.

7. Осложнения при препарировании дефектов III, IV класса.

Ситуационные задачи

1. На медиальной поверхности 12 имеется неглубокая, но значительная по площади кариозная полость. Выберите вариант формирования полости и обоснуйте его.

2. На центральных резцах верхней челюсти смежные кариозные полости. Ваша тактика?

3. На латеральной поверхности одиночно стоящего 42 имеется кариозная полость с тонкими стенками. Выберите вариант формирования полости и обоснуйте его.

4. На латеральной поверхности 41 имеется большая кариозная полость с разрушением угла коронки. Выберите вариант формирования полости по классу. Обоснуйте ответ.

5. На медиальной поверхности 21 имеется неглубокая кариозная полость с поражением угла коронки и распространяющаяся на вестибулярную и небную поверхность зуба. Выберите вариант формирования кариозной полости.

6. На апроксимальных поверхностях 11 кариозные полости с нарушением углов коронки и захватывающие обширные участки вестибулярной поверхности. Выберите технику препарирования. Нужно ли создавать дополнительные площадки?

**Тема №6:** Препарирование зубов под парапульпарные штифты.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1.Парапульпарные штифты: виды, показания, противопоказания применения

2.Инструменты, используемые для препарирования под парапульпарные штифты

3. Методика препарирования под парапульпарные штифты.

001. К первому этапу препарирования кариозной полости относится:

1) антисептическая обработка; 2) кюретаж; 3) раскрытие кариозной полости;4) некрэктомия; 5) формирование

002. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1) создание контактного пункта 4) восстановление функции зуба

2) исключение рецидива кариеса 5) финирование полости

3) восстановление формы зуба

003. Целью формирования кариозной полости является:

1) восстановление анатомической формы зуба

2) восстановление функции зуба

3) создание контактного пункта

4) создание условий для фиксации пломбы

5) удаление некротизированного дентина

004. Для определения качества препарирования кариозной полости используют стоматологические инструменты:

1) штопфер, зонд; 2) зонд, зеркало;3) гладилку, зонд;4) пинцет, зеркало;5) пинцет, зонд

005. В полостях II класса максимальный размер дополнительной площадки

составляет от длины жевательной поверхности:

1) 1/4; 2) 1/3; 3) 1/2; 4) 2/3; 5) 2/4

**Тема №7:** Изолирующие и лечебные прокладки. Методика приготовления. Пломбирование кариозных полостей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дать определение этапа пломбирования.
2. Назовите цель этапа пломбирования.
3. Перечислите основные группы пломбировочных материалов.
4. Назовите требования, предъявляемые к пломбировочным материалам.
5. Перечислите показания к применению временных пломбировочных материалов.
6. Какова методика замешивания временных материалов?

001. Для медикаментозной обработки глубокой кариозной полости рекомендуется использовать:

царскую водку; 2) раствор хлоргексидина; 3) раствор йода;4) спирт, эфир;5) перекись водорода, эфир

002. Дентин-паста вносится в кариозную полость при помощи:

1) зонда; 2) ватного тампона; 3) шаровидного бора;4) серповидной гладилки; 5) экскаватора

003. Время затвердевания искусственного водного дентина:

1) 1/2-1 мин; 2) 2-3 мин; 3) 8-10 мин; 4) 3 часа; 5) 10-12 час

004. К силикофосфатным цементам относится:

1) силидонт;2) силиции; 3) висфат; 4) фосфат цемент; 5) аргил

005. В качестве лечебной прокладки используют:

1) искусственный дентин; 2) пасты на основе гидроксида кальция;3) дентин-пасту;4) резорцин-формалиновую пасту;5) фосфат-цемент

006. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1) дно; 2) стенки; 3) эмаль; 4) дно и стенки; 5) углы

007. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:

1) адгезией к эмали, дентину; 2) растворимостью в слюне; 3) окрашиванием тканей зуба;

4) прозрачностью; 5) токсичностью

008. Травление твердых тканей зуба проводят с целью:

1) реминерализации; 2) диагностики кариеса; 3) улучшения адгезии; 4) обезболивания;

5) склерозирования

009. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):

1) 10; 2) 20; 3) 37; 4) 40; 5) 50

010. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

1) СИЦ; 2) композита;3) поликарбоксилатного цемента;4) серебряной амальгамы;5) силикофосфатного цемента

**Тема №8:** Цементы. Классификация. Пломбирования кариозных полостей цементами.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте понятие стоматологического цемента.
2. Перечислите основные группы стоматологических цементов.
3. Назовите положительные и отрицательные свойства цинк-фосфатных, силикатных и силико-фосфатных цементов.
4. Перечислите показания к применению и основных представителей цинк-фосфатных цементов.
5. Какова методика наложения цинк-фосфатных цементов.
6. Перечислите основных представителей и показания к применению силикатных цементов.
7. Какова методика наложения силикатных цементов.

Перечислите основных представителей силико-фосфатных цементов, их свойства, показания к применению, методику наложения.

1. При пломбировании сендвич-техникой используют материалы:

1) стеклоиономерный цемент и композит

2) фосфат-цемент и силидонт

3) фосфат-цемент и силиции

4) фосфат-цемент и амальгаму

5) стеклоиономерный цемент и амальгаму

2. Полное (тотальное) травление означает воздействие фосфорной кислоты на:

1) цемент 2) эмаль и цемент 3) дентин и цемент 4) эмаль и дентин 5) эмаль

3. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

1) прочностью, рентгеноконтрастностью

2) прочностью, плохой полируемостью

3) низкой цветостойкостью

4) накоплением зубного налета на поверхности

5) токсичностью

4. Отрицательными свойствами макронаполненных композитных материалов является:

1) прочность; 2) низкая цветостойкость; 3) рентгеноконтрастность;4) пластичность;5) эстетичность

5. Отрицательным свойством микронаполненных композитов является:

1) высокая цветостойкость 4) эстетичность

2) полируемость 5) рентгеноконтрастность

3) механическая непрочность

6. Прокладочные материалы на основе гидроксида кальция обладают положительными свойствами:

1) твердостью, прочностью 4) растворимостью

2) одонтотропным действием 5) усадкой

3) эстетическими качествами

7. Цинк-фосфатные цементы обладают положительными свойствами:

1) растворимостью в ротовой жидкости 4) эстетичностью

2) адгезией, нетоксичностью 5) дороговизной

3) прочностью

8. Цинк-фосфатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1) пластичностью 4) токсичностью

2) адгезией 5) рентгеноконтрастностью

3) вязкостью, недостаточной прочностью

9. Положительным свойством стеклоиономерных цементов является:

1) химическая адгезия 4) механическая прочность

2) чувствительность к влаге 5) хрупкость

3) чувствительность к пересушиванию

**Тема №9:** Стеклоиономерные цементы. Классификация. Пломбирование кариозных полостей стеклоиономерными цементами.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте понятие стоматологического цемента.
2. Перечислите основные группы стоматологических цементов.
3. Назовите положительные и отрицательные свойства СИЦ.
4. Перечислите показания к применению СИЦ.
5. Перечислите основных представителей СИЦ.

Какова методика наложения СИЦ.

1. Положительным свойством стеклоиономерных цементов является:

1) химическая адгезия 4) механическая прочность

2) чувствительность к влаге 5) хрупкость

3) чувствительность к пересушиванию

2. Отрицательным свойством серебряной амальгамы является:

1) теплопроводность 2) твердость 3) пластичность 4) устойчивость к влаге5) прочность

3. Основными преимуществами амальгамы без гамма-2-фазы является:

1) устойчивость к коррозии;2) пластичность; 3) изменение объема;4) рентгеноконтрастность; 5) теплопроводность

4. В качестве изолирующей прокладки под пломбы из амальгамы используют:

1) силиции; 2) силидонт; 3) фосфат-цемент; 4) дентин; 5) силер

5. Показанием к применению серебряной амальгамы является пломбирование кариозных полостей по классу:

1) I, II, V; 2) I, III; 3) III, IV; 4) III, V; 5) II, III

6. Силикатные цементы обладают положительным свойством:

1) эстетическими качествами; 2) высокой токсичностью;3) хрупкостью;4) усадкой при твердении; 5) прочностью

7. Силикатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1) токсичностью, слабой адгезией

2) эстетическими качествами

3) противокариозным действием

4) простотой применения, дешевизной

5) непрочностью

8. Показанием пломбирования силикатными цементами являются полости класса:

1) III; 2) IV, V; 3) I; 4) II; 5) II, IV

9. Положительными свойствами силикофосфатных цементов являются:

1) механическая прочность, пластичность

2) токсичность

3) недостаточная устойчивость к среде полости рта

4) неэстетичность

5) усадка

10. Показанием к применению силикофосфатных цементов являются кариозные полости класса:

1) IV; 2) II; 3) III, IV; 4) полости I класса - в резцах; 5) I, IV

**Тема №10:** Классификация композиционных материалов. Пломбирование кариозных полостей композиционными материалами

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте определение композиционного пломбировочного материала.
2. Назовите основные компоненты, входящие в состав композиционных пломбировочных материалов химического отверждения.
3. На чем основана химическая реакция полимеризации.
4. Назовите положительные и отрицательные свойства композиционных пломбировочных материалов химического отверждения.
5. В чем состоит методика наложения композиционных материалов химического отверждения.
6. Дайте определение композиционного пломбировочного материала.
7. Назовите основные компоненты, входящие в состав композиционных пломбировочных материалов светового отверждения.
8. На чем основана фотохимическая реакция полимеризации.
9. Какова оптимальная современная техника отсвечивания?
10. Назовите положительные и отрицательные свойства композиционных пломбировочных материалов светового отверждения.
11. Назовите основные группе композиционных пломбировочных материалов светового отверждения по размеру частиц.
12. Перечислите группы композиционных пломбировочных материалов светового отверждения по консистенции.

В чем состоит методика наложения композиционных материалов светового отверждения.

1. В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил:

1) Блэк; 2) Бовен; 3) Буонакоре; 4) Буш; 5) Миллер

2. Инициатором полимеризации материала светового отверждения является:

1) камфорахинон 4) пероксид бензоила и ароматические амины

2) пероксид бензоила 5) камфорахинон и ароматические амины

3) ароматические амины

3. К бондинговым системам относятся:

1) ортофосфорная кислота; 2) праймер и адгезив;3) соляная кислота;4) плавиковая кислота; 5) полиакриловая кислота

4. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1) 1-100; 2) 50; 3) более 1; 4) 1; 5) менее 1

5. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1) гладилкой; 2) штопфером;3) шприцем; 4) шприцем и гладилкой;5) амальгамотрегером

6. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1) силикатные; 2) цинк-сульфатные;3) силикофосфатные; 4) стеклоиономерные;5) композитные

7. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1) апексид; 2) эндодент; 3) эндометазон; 4) форфенан; 5) силидонт

8. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1) эндометазон; 2) витапекс; 3) форфенан; 4) эвгедент; 5) АН+

9. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1) источника света; 2) полости зуба;3) вестибулярную;4) оральную;5) окклюзионную

10. Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

1) 1,5-2; 2) 3; 3) 3-4; 4) 4-5; 5) 6-7

**Тема №11:** Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Адгезивные системы. Пломбирование кариозных полостей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте определение адгезивной системы.
2. Назовите основные компоненты, входящие в состав адгезивной системы.
3. Дайте определение понятию протравочный агент?
4. В чем заключается механизм действия на твердые ткани зуба протравочного агента?
5. Дайте сравнительную характеристику протравочного агента и кондиционера.
6. Дайте определение понятию праймер.
7. Дайте определение понятию адгезив (бонд).
8. В чем состоит механизм действия аггезивной системы с эмалью?
9. В чем состоит механизм действия адгезивой системы с дентином?
10. Перечислите показания к применению современных адгезивных систем.
11. Назовите основные группы адгезивных систем.

1. К бондинговым системам относятся:

1) ортофосфорная кислота; 2) праймер и адгезив;3) соляная кислота;4) плавиковая кислота; 5) полиакриловая кислота

2. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1) 1-100; 2) 50; 3) более 1; 4) 1; 5) менее 1

3. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1) гладилкой; 2) штопфером;3) шприцем; 4) шприцем и гладилкой;5) амальгамотрегером

4. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1) силикатные; 2) цинк-сульфатные;3) силикофосфатные; 4) стеклоиономерные;5) композитные

5. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1) апексид; 2) эндодент; 3) эндометазон; 4) форфенан; 5) силидонт

6. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1) эндометазон; 2) витапекс; 3) форфенан; 4) эвгедент; 5) АН+

7. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1) источника света; 2) полости зуба;3) вестибулярную;4) оральную;5) окклюзионную

8. Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

1) 1,5-2; 2) 3; 3) 3-4; 4) 4-5; 5) 6-7

9. Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):

1) одним; 2) двумя; 3) тремя; 4) четырьмя; 5) пятью

10. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

1) оральную;2) вестибулярную; 3) источника света;4) полости зуба;5) равномерно по объему

**Тема №12:** Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Адгезивные системы. Пломбирование кариозных полостей.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дайте определение адгезивной системы.

2. Назовите основные компоненты, входящие в состав адгезивной системы.

3. Дайте определение понятию протравочный агент?

4. В чем заключается механизм действия на твердые ткани зуба протравочного агента?

5. Дайте сравнительную характеристику протравочного агента и кондиционера.

6. Дайте определение понятию праймер.

7. Дайте определение понятию адгезив (бонд).

8. В чем состоит механизм действия аггезивной системы с эмалью?

9. В чем состоит механизм действия адгезивой системы с дентином?

10. Перечислите показания к применению современных адгезивных систем.

11. Назовите основные группы адгезивных систем.

1. К бондинговым системам относятся:

1) ортофосфорная кислота; 2) праймер и адгезив;3) соляная кислота;4) плавиковая кислота; 5) полиакриловая кислота

2. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1) 1-100; 2) 50; 3) более 1; 4) 1; 5) менее 1

3. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1) гладилкой; 2) штопфером;3) шприцем; 4) шприцем и гладилкой;5) амальгамотрегером

4. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1) силикатные; 2) цинк-сульфатные;3) силикофосфатные; 4) стеклоиономерные;5) композитные

5. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1) апексид; 2) эндодент; 3) эндометазон; 4) форфенан; 5) силидонт

6. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1) эндометазон; 2) витапекс; 3) форфенан; 4) эвгедент; 5) АН+

7. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1) источника света; 2) полости зуба;3) вестибулярную;4) оральную;5) окклюзионную

8. Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

1) 1,5-2; 2) 3; 3) 3-4; 4) 4-5; 5) 6-7

9. Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):

1) одним; 2) двумя; 3) тремя; 4) четырьмя; 5) пятью

10. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

1) оральную;2) вестибулярную; 3) источника света;4) полости зуба;5) равномерно по объему

**Тема №13:** Металлические пломбировочные материалы. Силанты. Пломбирование кариозных полостей. Восстановление твердых тканей вкладками. Показания. Материалы, используемые для изготовления вкладок. Особенности препарирования кариозных полостей под вкладки. Этапы изготовления вкладок из различных материалов. Прямой и непрямой метод изготовления вкладок.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Дать определение амальгамам.
2. Какие компоненты входят в состав амальгам.
3. Изложите классификацию амальгам по составу, по форме частиц сплава, по сложности компонентов.
4. Какие положительные и отрицательные свойства компонентов, входящих в состав амальгам.
5. Какие показания и противопоказания для пломбирования полостей амальгамой.
6. Каковы гигиенические аспекты работы с амальгамой.
7. В чем состоит методика подготовки кариозной полости при пломбировании амальгамой.
8. Перечислите инструменты, необходимые при пломбировании амальгамой.
9. Каковы способы наложения изолирующей прокладки при пломбировании амальгамой.
10. Расскажите методику наложения пломбы из амальгамы.
11. Дать определение понятию силантов.
12. Какие пломбировочные материалы можно использовать для запечатывания фиссур.
13. Какая цель и методика запечатывания фиссур.
14. Дайте определение вкладок.
15. Назовите показания к применению вкладок.
16. Назовите противопоказания к применению вкладок.
17. Какие материалы для изготовления вкладок вы знаете?
18. Назовите основные типы вкладок.
19. Каковы основы одонтопрепарирования кариозных полостей под вкладки.
20. Перечислите клинические этапы изготовления вкладок.
21. Назовите методы изготовления вкладок.

1. Недостаточное краевое прилегание серебряной амальгамы зависит от

присутствия соединения:

1) серебро + ртуть; 2) серебро + олово; 3) слово + ртуть; 4) медь + олово;

5) медь + ртуть

2. В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил:

1) Блэк; 2) Бовен; 3) Буонакоре; 4) Буш; 5) Миллер

3. Инициатором полимеризации материала светового отверждения является:

1) камфорахинон 4) пероксид бензоила и ароматические амины

2) пероксид бензоила 5) камфорахинон и ароматические амины

3) ароматические амины

4. К бондинговым системам относятся:

1) ортофосфорная кислота; 2) праймер и адгезив;3) соляная кислота;4) плавиковая кислота; 5) полиакриловая кислота

5. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1) 1-100; 2) 50; 3) более 1; 4) 1; 5) менее 1

6. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1) гладилкой; 2) штопфером;3) шприцем; 4) шприцем и гладилкой;5) амальгамотрегером

7. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1) силикатные; 2) цинк-сульфатные;3) силикофосфатные; 4) стеклоиономерные;5) композитные

8. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1) апексид; 2) эндодент; 3) эндометазон; 4) форфенан; 5) силидонт

9. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1) эндометазон; 2) витапекс; 3) форфенан; 4) эвгедент; 5) АН+

10. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1) источника света; 2) полости зуба;3) вестибулярную;4) оральную;5) окклюзионную

**Модуль №3.** Эндодонтия

**Тема №1:** Эндодонтия. Морфофункциональные комплекс. Особенности топографии полости зуба в различных группах зубов. Понятие о пульпите и периодонтите. Принципы эндодонтического лечения при пульпите и периодонтите.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Перечислите основные группы эндодонтического инструментария.
2. Каковы принципы стандартизации энододонтического инструментария.
3. Перечислите и охарактеризуйте инструменты для поиска устьев корневого канала и их расширения.
4. Назовите и охарактеризуйте инструменты для удаления пульпы и путридных масс.
5. Перечислите и охарактеризуйте инструменты для прохождения корневого канала.
6. Перечислите и охарактеризуйте инструменты для расширения корневого канала.
7. Дайте понятие инструментам для работы в апикальной части канала.
8. Какие инструменты для определения размера корневого канала Вы знаете? В чем их особенности.
9. Назовите инструменты для пломбирования корневого канала.
10. Расскажите об особенностях стерилизации эндодонтических инструментов.
11. В чем состоит механизм действия и рецептура девитализирующих паст (мышьяковистой, параформальдегидной).
12. Какие правила наложения обезболивающих препаратов, временной пломбы
13. Расскажите способы изоляции зуба от воздействия слюны.
14. Расскажите методику вскрытия зуба для наложения девитализирующей пасты при наличии кариозной полости и при интактной коронке.

1. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий:

1) технику препарирования кариозных полостей

2) внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней

3) технику пломбирования кариозных полостей

4) манипуляции на тканях пародонта

5) лечение кариеса

2. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:

1) пинцет, зеркало;2) гладилку, пинцет;3) зеркало, зонд;4) штопфер, зонд5) штопфер, пинцет

3. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:

1) передне-заднем;2) по оси зуба;3) щечно-небном;4) щечно-заднем;5) передне-щечном

4. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:

1) щечно-язычном; 2) по оси зуба;3) передне-заднем;4) задне-язычном;5) заднещечном

5. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:

1) препараты йода; 2) метронидазол (трихопол);3) препараты брома;4) облепиховое масло; 5) витамин А

6. После наложения мышьяковистой пасты кариозную полость закрывают:

1) дентин-пастой; 2) цинкоксидэвгеноловой пастой; 3) фосфат-цементом;

4) искусственным дентином (водным); 5) воском

7. Каналонаполнитель предназначен для:

1) удаления пульпы 4) распломбирования каналов

2) определения глубины корневого канала 5) расширения каналов

3) пломбирования каналов

8. Вскрытие полости зуба проводят:

1) финиром;2) карборундовой головкой;3) фиссурным бором;4) шаровидным бором № 1; 5) диском

9. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):

1) 0,0008; 2) 0,001; 3) 0,014 4) 0,1; 5) 1,0

10. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

1) 24 часа; 2) 48 часов; 3) 3 суток; 4) 5-6 суток; 5) 7 суток

**Тема №2:** Создание доступа к корневым каналам при пульпите и периодонтите. Полость зуба и ее препарирование. Вскрытие и раскрытие полости зуба в интактном зубе в зависимости от его групповой принадлежности.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Инструменты, применяемые для создания доступа к корневым каналам
2. Создание прямолинейного доступа к корневым каналам
3. Поиск устьев корневых каналов
4. Расположение полости зуба в зависимости от его групповой принадлежности

1. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

1) штопфер; 2) экскаватор; 3) зонд; 4) колесовидный бор; 5) зеркало

2. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:

1) пульпэкстрактор;2) иглу Миллера;3) К-файл; 4) гуттаконденсор;5) спредер

3. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

1) корневой иглой 4) каналонаполнителем

2) пульпэкстрактором 5) экскаватором

3) К-файлом

4. При пломбировании корневого канала используют инструмент:

1) Н-файл; 2) спредер; 3) развертку; 4) пульпэкстрактор; 5) штифт

5. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

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

6. Для высушивания корневого канала применяется:

1) пистолет универсальной установки; 2) бумажные штифты;3) спирт;4) эфир;5) перекись водорода

7. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1) спирт; 2) гипохлорит натрия;3) эфир;4) аскорбиновую кислоту;5) фосфорную кислоту

8. Для импрегнационного метода используют раствор:

1) камфора-фенола; 2) резорцин-формалина;3) фенолформалина;4) "царскую водку";5) гипохлорит натрия

9. Для девитализации пульпы используют:

1) мышьяковистую пасту; 2) резорцин-формалиновую смесь;3) камфора-фенол;4) гипохлорит натрия;5) унитиол

10. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:

1) ЭДТА; 2) глюконат кальция;3) марганцовокислый калий;4) формалин;5) йодинол

**Тема №3:** Эндодонтический инструментарий. Трепанирование коронки интактного зуба. Наложение девитализирующих средств, обезболивающих препаратов, временной пломбы. Удаление временной пломбы.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Инструменты, применяемые для трепанирования коронки интактного зуба
2. Девитализирующие препараты- показания, противопоказания
3. Девитализирующие препараты- классификация, способ применения
4. Препараты для временных пломб- показания, противопоказания
5. Препараты для временных пломб- способ применения

1. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:

1) абсорбции влаги;2) дезинфекции канала; 3) пломбирования;

4) оттока экссудата; 5) расширения

2. Вскрытие полости зуба означает:

1) удаление свода полости зуба 4) перфорацию дна полости зуба

2) удаление нависающих краев эмали 5) удаление пульпы

3) создание сообщения с полостью зуба

3. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:

1) раствора ЭДТА; 2) гипохлорита натрия; 3) перекиси водорода;

4) соляной кислоты; 5) хлоргексидина

4. Для прохождения корневого канала по длине применяют:

1) К-ример 2) К-файл 3) Н-файл 4) пульпэкстрактор 5) каналонаполнитель

5. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:

1) корневую иглу; 2) пульпэкстрактор; 3) К-ример4 4) К-файл, Н-файл;

5) каналонаполнитель

6. Длина пульпэкстрактора для фронтальных зубов верхней челюсти равна (мм):

1) 22; 2) 36; 3) 41; 4) 44; 5) 46

7. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

1) пульпэкстракторы; 2) Н-файлы; 3) спредеры; 4) плагеры; 5) К-файлы

8. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

1) резорцин-формалиновая паста 4) стекловолоконные штифты

2) паста на основе смол 5) анкерные штифты

3) серебряные штифты

9. Элементом коронковой полости зуба является:

1) канал; 2) свод; 3) края; 4) углы; 5) физиологическое сужение

10. Частью корневого канала является:

1) свод; 2) анатомическое отверстие; 3) дно;

4) рентгенологическая верхушка; 5) края

**Тема №4:** Экстирпационные методы лечения пульпита. Определение длины и степени проходимости корневого канала.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие ампутации, экстирпации пульпы
2. Показания, противопоказания к ампутационным и экстирпационным методам лечения
3. Техника проведения ампутации и экстирпации пульпы
4. Определение длины и степени проходимости корневого канала.
5. Инструменты для определения длины корневых каналов

1. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1) малеиновая кислота 4) 3% гипохлорит натрия

2) дистиллированная вода 5) азотная кислота

3) 37% фосфорная кислота

2. В верхних молярах количество корней:

1; 2) 2; 3) 3; 4) 4; 5) 5

3. В нижних молярах количество каналов:

1) 1,2; 2) 2,3, 4; 3) 3,4; 4) 4; 5) 5

4. В верхних молярах количество каналов:

1) 1,2; 2) 2,3; 3) 3,4; 4) 4,5; 5) 1,4

5. В нижних молярах количество корней:

1) 1; 2)2; 3)3; 4) 4; 5) 5

6. На верхней челюсти два корня имеют:

1) резцы; 2) клыки; 3) первые премоляры; 4) вторые премоляры; 5) моляры

7. На верхней челюсти три корня имеют:

1) резцы; 2) клыки; 3) первые премоляры; 4) вторые премоляры; 5) моляры

8. Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:

1) передней фиссуры;2) задней фиссуры;3) щечного бугра;4) небного бугра;5) валика

9. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий топографию и манипуляции в полости:

1) зуба; 2) кариозной; 3) рта; 4) носа; 5) глаза

10. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:

1) рентгенографии;2) субъективных ощущений;3) термодиагностики;4) электроодонтодиагностики; 5) ультразвуковым

**Тема №5:** Понятие о периодонтите и методах его лечения. Инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Периодонтит- понятие, классификация
2. Консервативные методы лечения периодонтита
3. Хирургические методы лечения периодонтита
4. Инструментальная обработка корневых каналов
5. Медикаментозная обработка корневых каналов

1. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:

1) середины продольной фиссуры

2) щечного бугра

3) язычного бугра

4) задней трети продольной фиссуры

5) передней трети продольной фиссуры

2. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

1) передней трети фиссуры; 2) середины фиссуры;3) задней трети фиссуры;4) переднего щечного бугра;5) заднего щечного бугра

3. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:

1) в устье; 2) на 1/3 его длины;3) в среднюю треть длины;4) к апикальному отверстию;5) за апикальное отверстие

4. Пульпоэкстрактор применяется для:

1) удаления свода полости зуба 4) создания апикального упора

2) удаления пульпы из канала 5) расширения канала

3) удаления предентина

5. Для высушивания корневого канала применяется:

1) абсорбер, ватная турунда; 2) шприц; 3) пустер;4) ватная турунда, пустер;5) шприц, ватная турунда

6. Символом К-римера является:

1) треугольник; 2) квадрат; 3) ромб; 4) круг; 5) трапеция

7. Символом К-файла является:

1) треугольник; 2) квадрат; 3) ромб; 4) круг; 5) трапеция

8. Для снижения риска перфорации искривленного канала необходимо:

1) изогнуть К-ример по кривизне канала

2) применить вращающиеся инструменты

3) отказаться от обработки канала

4) применить препарат ЭДТА

5) запломбировать канал

9. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

1) наличие целого тяжа на пульпэкстракторе

2) кровотечение из канала

3) безболезненная перкуссия

4) болезненное зондирование

5) проведение ЭОД

10. Современным способом пломбирования корневых каналов является:

1) метод латеральной конденсации гуттаперчи

2) применение одной пасты

3) применение фосфат-цемента

4) применение серебряного штифта

5) применение гуттаперчи без силера

**Тема №6:** Эндодонтические наконечники. Инструментальная обработка корневых каналов с помощью машинных инструментов. Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимых корневых каналов.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Эндодонтические наконечники- принцип работы, основные понятия
2. Машинные инструменты-принцип работы
3. Плохо проходимые корневые каналы- понятие, методы прохождения

1. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала

является:

1) антисептическая обработка

2) расширение апикального отверстия

3) определение длины корневого канала

4) расширение устьев корневого канала

5) применение Н-файлов

2. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:

1)2- щечный, небный

2) 3 - небный, переднещечный, заднещечный

3) 3 - задний, переднеязычный, переднещечный

4) 3 - небный, переднеязычный, заднеязычный

5) 5 - передней, заднещечный, небный

3. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

1) наличие целого тяжа на пульпэкстракторе

2) кровотечение из канала

3) безболезненная перкуссия

4) болезненное зондирование

5) проведение ЭОД

4. Устья каналов определяют:

1) пародонтальным зондом;2) экскаватором;3) шаровидным бором;4) эндодонтическим зондом;5) скалером

5. Рабочая длина корневого канала определяется:

1) по субъективным ощущениям врача 4) рентгенограммой с иглой

2) по ощущениям пациента 5) ЭОД

3) ортопантомограммой

6. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

1) кислой; 2) щелочной;3) нейтральной; 4) с гипохлоритом натрия;5) соленой

7. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы "Термафил" является:

1) короткий период пластичности 4) выведение материала за верхушку

2) трехмерная обтурация канала 5) травма периодонта

3) болевые ощущения

8. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

1) неправильная интерпретация рентгенограмм

2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты

3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки

4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином

5) перфорация

9. Осложнением при эндодонтическом лечении является:

1) отлом инструмента в канале

2) создание апикального упора

3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия

4) создание конусности канала

5) расширение канала

10. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

1) вскрытие полости зуба

2) наложение лечебной прокладки

3) полное удаление некротизированного дентина

4) раскрытие кариозной полости

5) формирование кариозной полости

**Тема №7:** Методы расширения плохо проходимых корневых каналов. Импрегнация при непроходимости корневого канала.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Плохо проходимые корневые каналы- понятие
2. Методы прохождения плохо проходимых корневых каналов
3. Препараты для импрегнации- показания, противопоказания, способ применения

1. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:

1) витальная экстирпация; 2) витальная ампутация;3) биологический метод;4) девитальная экстирпация; 5) девитальная ампутация

2. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:

1) девитальная экстирпация 4) витальная экстирпация

2) девитальная ампутация 5) биологический метод

3) витальная ампутация

3. При лечении пульпита биологическим методом проводится:

1) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

2) удаление коронковой пульпы под анестезией

3) сохранение всей пульпы

4) девитализация пульпы

5) девитальная ампутация пульпы

4. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:

1) пластичными нетвердеющими пастами

2) резорцин-формалиновой пастой

3) цинк-эвгеноловой пастой

4) стеклоиономерным цементом

5) масляным дентином

5. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба

2) закрытие кариозной полости искусственным дентином

3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба

4) адекватное обезболивание

5) проведение некрэктомии

**Тема №8:** Подготовка корневых каналов к пломбированию в зависимости от патологии и топографии. Методы пломбирования корневых каналов. Объективные методы контроля качества пломбирования корневых каналов.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Методы пломбирования корневых каналов
2. Инструменты для пломбирования корневых каналов
3. Силеры и филеры для пломбирования корневых каналов
4. Методы контроля качества пломбирования корневых каналов.

1. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:

1) рентгенографии;2) субъективных ощущений;3) термодиагностики;4) электроодонтодиагностики; 5) ультразвуковым

2. Девитализирующим действием обладает:

1) цинкэвгеноловая паста;2) параформальдегидная паста;3) резорцин-формалиновая жидкость;4) крезофен;5) камфора-фенол

3. Один корень и два канала могут иметь зуб:

1) 32,42; 2) 37,47; 3) 11,21; 4) 26, 36; 5) 21,22

4. Два корня и два канала имеют зубы:

1) 12 и 22; 2) 32 и 42; 3) 14 и 24; 4) 34 и 44; 5) 16 и 26

5. Два корня и три канала имеют зубы:

1) 14 и 24; 2) 34 и 44; 3) 15 и 25 4) 37 и 47; 5) 43 и53

6. Вскрытие полости зуба интактных центральных резцов производят с

оральной поверхности на уровне:

1) режущего края; 2) верхней трети коронки;3) средней трети коронки;4) нижней трети коронки; 5) шейки зуба

7. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:

1) в середине продольной фиссуры 4) в пришеечной области

2) в области щечного бугра 5) с вестибулярной стороны

3) в области небного бугра

8. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти

производят в области:

1) валика;2) фиссуры впереди валика;3) фиссуры позади валика;4) щечного бугра;5) язычного бугра

9. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:

1) середины продольной фиссуры

2) щечного бугра

3) язычного бугра

4) задней трети продольной фиссуры

5) передней трети продольной фиссуры

10. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

1) передней трети фиссуры; 2) середины фиссуры;3) задней трети фиссуры;4) переднего щечного бугра;5) заднего щечного бугра

**Тема №9:** Пломбирование корневых каналов с применением гуттаперчи.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. метод пломбирования с применением пасты и одного штифта;
2. методы пломбирования с применением пасты и нескольких штифтов (метод латеральной конденсации холодной гуттаперчи, метод вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи),
3. методы пломбирования гуттаперчей, разогретой вне канала (системой «Термафил», инъекционной системой OBTURA II и др.);
4. методы пломбирования гуттаперчей, размягченной растворителями (хлороформ, эвкалиптол, галотан).

1. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

1) пульпэкстракторы; 2) Н-файлы; 3) спредеры; 4) плагеры; 5) К-файлы

2. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

1) резорцин-формалиновая паста 4) стекловолоконные штифты

2) паста на основе смол 5) анкерные штифты

3) серебряные штифты

3. Элементом коронковой полости зуба является:

1) канал; 2) свод; 3) края; 4) углы; 5) физиологическое сужение

4. Частью корневого канала является:

1) свод; 2) анатомическое отверстие; 3) дно;

4) рентгенологическая верхушка; 5) края

5. Вскрытие полости зуба проводят:

1) бором; 2) шпателем; 3) пинцетом; 4) штопфером; 5) экскаватором

6. Полость зуба раскрывают бором:

1) колесовидным 2) грушевидным 3) батт-бором 4) обратноконусовидным

5) торпедовидным

7. Ампутацию пульпы проводят:

1) зондом; 2) экскаватором; 3) гладилкой; 4) корневой иглой; 5) пинцетом

8. Экстирпацию пульпы проводят:

1) экскаватором; 2) пульпэкстрактором;3) каналонаполнителем; 4) спредером;5) плагером

9. Глубокую кариозную полость обрабатывают:

1) 3% перекисью водорода 4) 18%ЭДТА

2) физиологическим раствором 5) 1,0% перманганатом калия

3) 70% этиловым спиртом

10. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1) малеиновая кислота 4) 3% гипохлорит натрия

2) дистиллированная вода 5) азотная кислота

3) 37% фосфорная кислота

**Модуль №4. Моделирование**

**Тема №1:** Основы моделирование зубов. Материалы и инструменты для моделирования. Одонтоскопия, одонтометрия и одонтография основных групп зубов**.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие об одонтоскопии и одонтометрии.
2. Последовательность одонтоскопии.
3. Одонтометрические параметры (высота зуба, высота корня, высота коронки, вестибулярно-язычный размер коронки, вестибулярно-язычный размер шейки, мезиально-дистальный размер коронки, мезиально-дистальный размер шейки, выраженность кривизны эмалево-цементной границы.
4. Одонтологические признаки (форма коронки, контуры коронки, углы коронки, линия эмалево-цементной границы, одонтоглифика).
5. Характер перехода контактных контуров коронки в соответствующие контуры корня.

1. Окклюзия - частный случай артикуляции, характеризующийся:

1) всеми перемещениями нижней челюсти

2) смыканием зубов

3) разобщением зубных рядов

4) широким открыванием рта

5) боковыми движениями нижней челюсти

2. Окклюдатор - аппарат, воспроизводящий:

1) все движения нижней челюсти 4) движения нижней челюсти вправо

2) смыкание и размыкание челюстей 5) движения нижней челюсти вперед

3) движения нижней челюсти влево

3. Артикуляция - понятие, включающее в себя соотношение челюстей при:

1) центральной окклюзии 4) всевозможных положениях нижней челюсти

2) боковой окклюзии 5) состоянии физиологического покоя

3) передней окклюзии

4. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:

1) резко выражены; 2) сглажены;3) асимметричны;4) не изменены;5) отсутствуют

5. Высота окклюзионного валика:

1) 2 см; 2) выше оставшихся зубов;3) ниже оставшихся зубов;4) на уровне оставшихся зубов;5) на уровне альвеолярного гребня

6. Окклюзионная кривая-линия, проведенная по:

1) режущим краям фронтальных зубов

2) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

3) проекции верхушек корней зубов

4) жевательной поверхности премоляров и моляров

5) по вершинам бугров моляров

7. Центральная окклюзия характеризуется:

1) множественным фиссурно-бугорковым контактом

2) смещением влево резцовой линии

3) контактом жевательных групп зубов справа

4) напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть

5) смещением суставных головок вперед

8. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

1) у основания ската суставного бугорка 4) за вершиной суставного бугорка

2) в суставной ямке центрально 5) на скате суставного бугорка

3) у вершины суставного бугорка

9. К режущим инструментам относятся:

1) алмазные боры; 2) твердосплавные боры;3) резиновые головки;4) карборундовые камни; 5) штрипсы

10. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

1) моделировочным;2) базисным;3) профильным (восколит);4) бюгельным; 5) липким

**Тема №2:** Подготовка и разметка гипсового блока для моделирования резцов и клыков верхней и нижней челюсти.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Последовательность этапов при моделировании зуба.
2. Одонтометрические данные резцов и клыков верхней и нижней челюсти.

1. Препарирование зуба под коронку производят:

1) твердосплавными борами 4) карборундовыми фрезами

2) металлическими фрезами 5) силиконовыми дисками

3) алмазными борами

2. При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину (мм):

1) 0,28-0,3; 2) 0,45-0,5; 3) 0,55-0,6; 4) 0,65-0,8; 5) 0,85-0,9

3. При изготовлении штампованной коронки сепарацию зуба, расположенного между двумя интактными зубами, проводят:

1) вулканитовым сепарационным диском

2) двухсторонним металлическим сепарационным диском

3) твердосплавным бором цилиндрической формы

4) односторонним металлическим сепарационным диском

5) карборундовой фрезой

4. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

1) с челюсти, на которой будет изготовлена коронка

2) с обеих челюстей

3) с фрагмента челюсти с препарированным зубом

4) с отпрепарированного зуба

5) с отпрепарированного зуба и его антагониста

5. Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы из золен

пробы:

1) 375; 2) 583; 3) 750; 4) 800; 5) 900

6. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

1) на уровне края десны 4) уступ не формируется

2) супрагингивально 5) субгингивально

3) по периметру шейки зуба

7. При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:

1) 1; 2) 2; 3) 3; 4) 4; 5) 5

8. Показания к изготовлению штампованной коронки:

1) кариозная полость V класса 4) подвижность зуба 3 степени

2) воспаление в периодонте 5) воспаление в пульпе

3) разрушение коронковой части зуба

9. Клиническая шейка зуба соответствует:

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над- и поддесневой части зуба

3) экватору зуба

4) режущему краю зуба

5) эмалево-дентинному соединению

10. Анатомическая шейка зуба соответствует:

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над- и поддесневой части зуба

3) экватору зуба

4) режущему краю зуба

5) эмалево-дентинному соединению

**Тема №3:** Техника моделирования больших коренных зубов верхней и нижней челюсти.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Последовательность этапов при моделировании зубов.
2. Основные показатели, определяемые при одонтометрии

1. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

1) у основания ската суставного бугорка 4) за вершиной суставного бугорка

2) в суставной ямке центрально 5) на скате суставного бугорка

3) у вершины суставного бугорка

2. К режущим инструментам относятся:

1) алмазные боры; 2) твердосплавные боры;3) резиновые головки;4) карборундовые камни; 5) штрипсы

3. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

1) моделировочным;2) базисным;3) профильным (восколит);4) бюгельным; 5) липким

4. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

1) окклюзионной поверхности 4) оральной поверхности

2) вестибулярной поверхности 5) созданием уступа

3) контактных поверхностей

5. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1) виниром; 2) фасеткой; 3) вкладкой; 4) коронкой; 5) имплантатом

6. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

1) плотно; 2) с зазором 0,2 мм; 3) с зазором для фиксирующего материала

4) в различных участках по-разному

5) глубоко погружаясь под десну

7. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют:

1) боры колесовидные; 2) сепараторы;3) фрезы;4) односторонние сепарационные диски; 5) штрипсы

8. По функции различают искусственные коронки:

1) литые; 2) фасеточные; 3) временные; 4) пластмассовые; 5) цельнолитые

9. По конструкции различают искусственные коронки:

1) телескопические2) частично-съемные3) фасетки 4) восстановительные5) пластмассовые

10. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1) вестибулярной стенки зуба 4) коронковой части зуба

2) зубного ряда – включенный 5) отсутствующего зуба

3) зубного ряда - концевой

**Тема №4:** Особенности моделирования коронки зуба из различных материалов. Клинические аспекты моделирования зубов.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Последовательность этапов при моделировании зубов.
2. Основные показатели, опредвляемые при одонтометрии

1. Обследование пациента 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. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

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

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии; 2) зондирования;3) пальпации;4) рентгенографии;5) аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад; 2) отклонена влево; 3) отклонена вправо;

4) наклонена вперед; 5) отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала;2) углового зонда;3) пинцета;4) экскаватора;5) шпателя

9. Глубина десневого желобка равна (мм):

1) 0,1-0,2; 2) 0,5-1; 3) 2-3; 4) 3-4; 5) 4-5

10. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1) тургор кожи, цвет глаз

2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3) форму носа, цвет глаз

4) пигментные пятна, цвет волос

5) целостность зубного ряда

**Модуль №5.** Пропедевтические основы хирургической и ортопедической стоматологии

**Тема №1:** Основные проблемы боли в стоматологии. Виды местного обезболивания в стоматологии. Премедикация. Показания и противопоказания. Лекарственные средства для местной анестезии. Общее обезболивание в терапевтической стоматологии.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Виды местного обезболивания в стоматологии.
2. Аппликационная анестезия
3. Обезболивание на верхней челюсти
4. Обезболивание на нижней челюсти
5. Показания и противопоказания к премедикации.
6. Общее обезболивание в терапевтической стоматологии.

**1. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) торусальная

2) мандибулярная

3) туберальная

4) у ментального отверстия

5) по Берше-Дубову

**2. ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) у ментального отверстия

2) мандибулярная

3) у большого небного отверстия

4) туберальная

5) у резцового отверстия

**3. ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО, ЩЕЧНОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) у большого небного отверстия

2) мандибулярная

3) туберальная

4) торусальная

5) инфраорбитальная

**4. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) инфраорбитальная

2) торусальная

3) туберальная

4) у большого небного отверстия

5) инфраорбитальная

**5. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ**

1) щечный

2) щечный и нижний луночковый

3) нижний луночковый и язычный

4) язычный и щечный

5) щечный, язычный и нижний луночковый

**6. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ**

1) язычный

2) язычный и щечный

3) щечный и нижний луночковый

4) нижний луночковый и язычный

5) язычный, нижний луночковый и щечный

**7. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) туберальная

2) инфраорбитальная

3) инфильтрационная

4) внутрикостная

5) у резцового отверстия

**8. АДРЕНАЛИН В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ ДО**

1) трех лет

2) пяти лет

3) шести лет

4) семи лет

5) десяти лет

**9. ОТМЕТЬТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ**

1) увеличение проницаемости клеточных мембран для ионов

кальция и увеличение потенциала действия

2) снижение проницаемости клеточных мембран для ионов

натрия, сопровождающееся мембраностабилизирующим

эффектом

3) угнетение проведения болевых импульсов на уровне задних

рогов спинного мозга

4) угнетение проведения болевых импульсов на уровне таламуса

5) снижение проницаемости клеточных мембран для ионов калия

**10. ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ**

1) кора головного мозга

2) таламус

3) лимбическая система

4) чувствительные нервные окончания и проводники

5) задние рога спинного мозга

**Тема №2:** Особенности анатомического строения и иннервации зубов на верхней челюсти. Инфильтрационное обезболивание. Методика прямой, непрямой, интралигаментарной, внутрикостной, внутрипульпарной анестезии. Методика проводникового обезболивания на верхней челюсти.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Особенности анатомического строения и иннервации зубов на верхней челюсти.
2. Инфильтрационное обезболивание.
3. Методика прямой, непрямой, интралигаментарной, внутрикостной, внутрипульпарной анестезии.
4. Методика проводникового обезболивания на верхней челюсти.

**1. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, ОБЛАДАЮЩИЙ СОСУДОСУЖИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ**

1) мепивакаин

2) лидокаин.

3) артикаин

4) анестезин (бензокаин)

5) прокаин (новокаин)

**2. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ**

1) мепивакаин

2) лидокаин.

3) артикаин

4) бупивакаин

5) прокаин (новокаин)

**3. МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, КОТОРЫЙ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЯ И НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ**

1) мепивакаин

2) лидокаин.

3) артикаин

4) бупивакаин

5) прокаин (новокаин)

**4. ПРЕПАРАТ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ПОЛОСТИ РТА**

1) мепивакаин

2) лидокаин.

3) артикаин

4) бупивакаин

5) прокаин (новокаин)

**5. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ противопоказанием К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) рахит

2) декомпенсированный порок сердца

3) бронхиальная астма

4) гастрит

5) хронический тонзиллит

**6. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) заболевание ЦНС

2) острая респираторно-вирусная инфекция

3) хронический гепатит

4) сахарный диабет

5) рахит

**7. РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) обморока

3) анафилактического шока

4) болевого шока

5) эпилептического припадка

**8. ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ ЗРАЧОК**

1) расширен

2) сужен

3) не изменен

4) анизокория

5) клоническая судорога зрачка

**9. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ, КОЖНОГО ЗУДА, ОТЁКА ГУБ, ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ**

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) обморока

3) анафилактического шока

4) болевого шока

5) эпилептического припадка

**10. БЕСПОКОЙСТВО, ВОЗБУЖДЕНИЕ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ ЛИЦА, ШЕИ, ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ, КАШЕЛЬ, ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ**

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) анафилактического шока

3) обморока

4) болевого шока

5) эпилептического припадка

**Тема №3:** Особенности анатомического строения и иннервации зубов на нижней челюсти. Методика проводникового обезболивания на нижней челюсти. Понятие о методике выключения верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия). Показания и противопоказания к операции удаления зуба.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Особенности анатомического строения и иннервации зубов на нижней челюсти.
2. Методика проводникового обезболивания на нижней челюсти.
3. Понятие о методике выключения верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия).
4. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.

**1. ЗАМЕДЛЕННОЕ, ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

1) сердечно-сосудистого коллапса

2) анафилактического шока

3) обморока

4) болевого шока

5) эпилептического припадка

**2. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) туберальная

2) мандибулярная

3) торусальная

4) у ментального отверстия

5) у резцового отверстия

**3. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ**

1) язычный

2) щечный

3) нижний луночковый

4) подглазничный

5) большой небный

**4. К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

1) торусальная

2) инфраорбитальная

3) у резцового отверстия

4) у ментального отверстия

5) у большого небного отверстия

**5. ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫКЛЮЧАЮТСЯ НЕРВЫ**

1) язычный

2) верхний луночковый

3) щечный

4) нижний луночковый

5) большой небный

**6. НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОСТИГАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ**

1) инфильтрационной в сочетании с аппликационной

2) аппликационной в сочетании с мандибулярной

3) мандибулярной в сочетании с инфильтрационной

4) торусальной

5) у ментального отверстия в сочетании с аппликационной

**7. ПОБЛЕДНЕНИЕ КОЖИ ЛИЦА И ВИДИМОЙ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

1) обморока

2) анафилактического шока

3) аллергической реакции на анестетик

4) коллапса

5) приступ бронхиальной астмы

**8. ГИПЕРЕМИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМОЙ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

1) коллапса

2) аллергической реакции

3) обморока

4) анафилактического шока

5) эпилептического припадка

**9. ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ**

1) гиперемия кожи лица

2) потеря сознания

3) редкий пульс

4) частый пульс

5) широкий зрачок

**10. ДЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ**

1) бледность кожи лица

2) частый пульс

3) редкий пульс

4) широкий зрачок

5) узкий зрачок

**Тема №4:** Щипцы и элеваторы для удаления зубов на верхней челюсти. Особенности удаления зубов на верхней челюсти. Проведение операции удаления зуба на фантоме.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Анатомическое строение верхней челюсти
2. Щипцы и элеваторы для удаления зубов на верхней челюсти.
3. Особенности удаления зубов на верхней челюсти.

**1. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ЩИПЦЫ**

1) клювовидные с несходящимися щечками

2) байонетные

3) клювовидные со сходящимися щечками

4) крампонные

5) щипцы клювовидные изогнутые по плоскости

**2. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ЩИПЦЫ**

1) клювовидные

2) байонетные

3) S-образно изогнутые, щечка которых заканчивается шипиком

4) прямые

5) S-образно изогнутые, щечка которых не заканчивается

шипиком

**3. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**4. БАЙОНЕТНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**5. S-ОБРАЗНО ИЗОГНУТЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**6. ИЗОГНУТЫЕ ПО ПЛОСКОСТИ КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**7. ИЗОГНУТЫЕ ПО ПЛОСКОСТИ КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ**

1) центральных резцов на верхней челюсти

2) третьих больших коренных зубов на нижней челюсти

3) резцов и клыков на нижней челюсти

4) малых коренных зубов на верхней челюсти

5) больших коренных зубов на верхней челюсти

**8. ШИПИКАМИ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ ОБЕ ЩЁЧКИ ЩИПЦОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**9. ШИПИКОМ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ОДНА ЩЕЧКА ЩИПЦОВ, РЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

**10. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЁЧКИ КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ ШИПИКАМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ**

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных

4) больших коренных

5) резцов и клыков

**Тема №5:** Инструменты для удаления зубов на нижней челюсти. Особенности удаления зубов на нижней челюсти. Проведение операции удаления зуба на фантоме. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней. Рекомендации пациенту в послеоперационном периоде. Заживление раны после удаления зуба.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Инструменты для удаления зубов на нижней челюсти.
2. Особенности удаления зубов на нижней челюсти.
3. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней.
4. Рекомендации пациенту в послеоперационном периоде.
5. Заживление раны после удаления зуба.

**1. S -ОБРАЗНО ИЗОГНУТЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЕЧКА КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ШИПИКОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ**

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных

4) больших коренных

5) резцов и клыков

**2. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО КОРЕННОГО ЗУБА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ**

1) сходящиеся

2) несходящиеся

3) изогнутые по плоскости

4) в зависимости от стороны челюсти

5) в зависимости от степени резорбции корней

**3. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ СПЕЦИАЛЬНЫЕ НАБОРЫ ЩИПЦОВ**

1) не существуют

2) существуют

3) в стадии разработки

4) существуют только для верхней челюсти

5) существуют только для верхней челюсти

**4. ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ**

1) не отличаются

2) отличаются

3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней

4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

5) в зависимости от групповой принадлежности

**5. ЭТАПЫ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО**

1) одинаковы

2) различны

3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней

4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

5) в зависимости от групповой принадлежности

**6. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА**

1) не проводится

2) проводится

3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях

4) провидится при условии наличия у ребенка сопутствующей патологии ЛОР-органов

5) проводится после удаления зуба в связи с его вколоченныи вывихом

**7. ПРИ УДАЛЕНИИ СФОРМИРОВАННОГО ИНТАКТНОГО ПЕРВОГО МАЛОГО КОРЕННОГО ЗУБА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ КЮРЕТАЖ ЛУНКИ**

1) не проводится

2) проводится

3) проводится при вестибулярном прорезывании первого

премоляра верхней челюсти

4) проводится при фрактуре корней временного зуба

5) проводится при наличии у ребенка сопутствующей патологии ЛОР-органов

**8. ЭЛЕВАТОР ПРЯМОЙ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) нижней

2) верхней

3) обеих челюстей

4) нижней при ограниченном открывании рта

5) верхней при удалении коренных зубов, нижней при удалении временных зубов

**9. ЭЛЕВАТОР УГЛОВОЙ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ УДАЛЕНИЯ KOPHEЙ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ**

1) нижней

2) верхней

3) обеих челюстей

4) нижней челюсти при ограниченном открывании рта

5) верхней при удалении коренных зубов, нижней при удалении временных зубов

**10. ЭЛЕВАТОР ЛЕНДКЛЮЗА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ УДАЛЕНИЯ**

1) корней зубов верхней челюсти

2) третьего большого коренного зуба нижней челюсти

3) третьего большого коренного зуба верхней челюсти

4) резцов нижней челюсти

5) резцов верхней челюсти

**Тема №6:** Нарушения целостности зубов и зубных рядов. Виды дефектов зубных рядов. Методы ортопедического лечения, виды ортопедических конструкций

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Нарушения целостности зубов и зубных рядов.
2. Виды дефектов зубных рядов.
3. Методы ортопедического лечения, виды ортопедических конструкций

1. ОТТИСК, ПОЛУЧЕННЫЙ БЕЗ УЧЕТА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО

СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, Т.Е.

СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ И ПОДАТЛИВОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. Анатомический.

2. Функциональный.

3. Дифференцированный.

2. ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ

АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА:

1. Репин.

2. Ипин.

3. Сиэласт-21.

4. Стомафлекс крем.

5. Стомафлекс солид.

6. Стенс.

7. Акродент.

8. Стомапласт-2.

3. ЛАБОРАТОРНАЯ ГРАНИЦА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ:

1. В области преддверия полости рта обходит губную уздечку и

щечные тяжи, далее на 2-2,5 мм ниже купола переходной складки охватывает альвеолярные бугры, а в области неба проходит на 3-4 мм кзади

от слепых ямок.

2. В преддверии полости рта обходит губную уздечку и щечные

тяжи, далее на 1-1,5 мм ниже купола переходной складки, охватывает

альвеолярные бугры, а в области неба проходит на 1,5-2 мм кзади от

слепых ямок.

3. В преддверии полости рта обходит губную уздечку и щечные

тяжи, далее по верхней границе переходной складки охватывает верхнечелюстные бугры, а в области неба проходит по линии, соединяющей

дистальные края бугров между собой, не перекрывая слепые ямки.

4. ЛАБОРАТОРНАЯ ГРАНИЦА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ:

1. Вестибулярно на уровне купола переходной складки, перекрывает щечные и губные тяжи, в ретромолярной области на 2 мм кзади от

слизистого бугорка, затем отвесно вниз к внутренней челюстно-

22

подъязычной линии и проходит несколько выше ее, затем в подъязычной области по переходной складке, огибая уздечку языка.

2. Вестибулярно на 2-3 мм ниже купола переходной складки,

мперекрывая щечные и губные тяжи, в ретромолярной области доходит

до слизистого бугорка, не перекрывая его, затем отвесно вниз к

внутренней челюстно-подъязычной линии и перекрывает ее, в

подъязычном пространстве по переходной складке, огибая уздечку

языка.

3. Вестибулярно на 2-3 мм ниже купола переходной складки,

перекрывая щечные и губные тяжи, в ретромолярной области на уровне

дистальной границы слизистого бугорка, затем отвесно вниз, к

челюстно-подъязычной линии, перекрывая ее, в подъязычном

пространстве по переходной складке, огибая уздечку языка.

5. УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ.

ЭТАПЫ ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКА В ПОЛОСТИ РТА:

1. Погружение.

2. Центрирование.

3. Фиксация.

6. МЕТОДИКА ПОЛУЧЕНИЯ ДВОЙНОГО ОТТИСКА

ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1. Двухэтапное введение оттискной массы в полость рта.

2. Двухфазное одномоментное введение оттискной массы в полость рта(«сэндвич – методика»).

3. Одновременное получение оттисков с верхней и нижней челюстей.

7. РЕГИСТРИРОВАТЬ ОДНОВРЕМЕННО ВЫСОТУ НИЖНЕГО ОТДЕЛА

ЛИЦА И ПОЛУЧИТЬ ОТТИСКИ ВОЗМОЖНО ПРИ ПОЛУЧЕНИИ:

1. Двухслойного оттиска.

2. Двойного оттиска.

3. Комбинированного оттиска.

8. ПРИ РАЗМЕТКЕ МОДЕЛИ, ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЛУЧЕННОЙ ПО

АНАТОМИЧЕСКОМУ ОТТИСКУ, ЗУБНОЙ ТЕХНИК МАРКЕРОМ

ОЧЕРЧИВАЕТ ДИСТАЛЬНУЮ ГРАНИЦУ БУДУЩЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ

ЛОЖКИ ЛИНИЕЙ, СОЕДИНЯЮЩЕЙ:

1. Вершины верхнечелюстных альвеолярных бугров, не доходя

до слепых ямок на 2-3 мм.

2. Дистальные поверхности верхнечелюстных альвеолярных бугров, на уровне слепых ямок.

3. Дистальные поверхности верхнечелюстных альвеолярных бугров, заходя за слепые ямки на 2,0-2,5 мм.

23

9. ДИСТАЛЬНАЯ ГРАНИЦА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ:

1. Позади нижнечелюстных бугров.

2. По середине нижнечелюстных бугров.

3. По медиальному краю нижнечелюстных бугров.

10. ГРАНИЦА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С

ЯЗЫЧНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРОХОДИТ:

1. Не доходя до челюстно-подъязычных линий.

2. Доходя до челюстно-подъязычной линии.

3. Перекрывая челюстно-подъязычные линии.

**Тема №7:** Искусственные коронки. Классификация. Показания к их изготовлению. Требования. Принципы и этапы одонтопрепарирования под искусственные коронки. Режимы препарирования. Инструменты. Конструкционные и вспомогательные материалы. Классификация. Требования. Свойства. Показания к применению.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Искусственные коронки.
2. Классификация.
3. Показания к их изготовлению.
4. Требования.
5. Принципы и этапы одонтопрепарирования под искусственные коронки. Режимы препарирования. Инструменты.
6. Конструкционные и вспомогательные материалы. Классификация. Требования. Свойства. Показания к применению

**1. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:**

1) вкладок

2) цельнолитых коронок

3) штампованных коронок

4) культевых штифтовых вкладок

5) верно 2) и 4)

**2. При II и III степенях повышенной стертости зубов показано применение:**

1) штампованных коронок

2) цельнолитых коронок

3) штампованно-паяных мостовидных протезов

4) цельнолитых мостовидных протезов

5) верно 2) и 4)

6)нет правильных ответов

**3. Для ортопедического этапа лечения больных с повышенной стертостью зубов применяется:**

1) пластинка с вестибулярной дугой

2) пластинка с наклонной плоскостью

3) пластмассовая каппа

4) шина Порта

5) пластинка с ортодонтическим винтом

**4.В мостовидных протезах из золота по сравнению с протезами из неблагородных сплавов …..**

1) выше гальванизм и твердость

2) выше гальванизм, но ниже твердость

3) ниже гальванизм, но выше твердость

4) ниже гальванизм и твердость

**5. Осложнением повышенной стертости зубов является:**

1) кариес

2) окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром

3) флюороз

4) гингивостоматит Венсана

5) клиновидный дефект

**6. При внешнем осмотре больных с декомпенсированной формой повышен­ной стертости зубов выявляется:**

1) углубление носогубных складок, старческое выражение лица

2) асимметрия лица

3) «птичье» лицо

4) гиперемия кожных покровов

5) верно 2) и 4)

**7. Для дифференциации компенсированной формы повышенной стертости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо:**

1) измерить разницу между высотой нижнего отдела лица при физиологиче­ском покое и в центральной окклюзии

2) провести рентгенологическое исследование зубов

3) провести ЭОД

4) изготовить диагностические модели

5) верно 2) и 3)

6)нет правильных ответов

**8. При горизонтальной повышенной стертости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:**

1) клинообразная

2) кратерообразная

3) ступенчатая

4) овальная

5) округлая

**9. Этиологические факторы повышенной стертости, связанные с функцио­нальной перегрузкой зубов:**

1)алиментарная недостаточность

2) бруксизм

3) воздействие средств гигиены

4) химические воздействия

5) верно 1) и 4)

6)нет правильных ответов

**10. Экзогенные этиологические факторы повышенной стертости, приводя­щие к функциональной недостаточности твердых тканей зубов:**

1)патология прикуса

2) химическое воздействие кислот и щелочей

3) частичная адентия

4) бруксизм

5) верно 1) и 3)

**Тема №8:** Несъемные мостовидные протезы, их виды (паяные, цельнолитые, металлокерамические, металлопластмассовые). Клинические и лабораторные этапы изготовления различных видов мостовидных протезов. Особенности препарирования зубов под мостовидные протезы.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Несъемные мостовидные протезы, их виды (паяные, цельнолитые, металлокерамические, металлопластмассовые).
2. Клинические и лабораторные этапы изготовления различных видов мостовидных протезов.
3. Особенности препарирования зубов под мостовидные протезы.

**1. Абсолютным противопоказанием к изготовлению искусственной коронки является:**

1) подвижность зуба третьей степени

2) разрушение коронки зуба

3) пульпит

4) необходимость шинирования зубов

5) верно 1) и 3)

**2. Воспаление десны после фиксации коронки может быть вызвано:**

1) широким ее краем

2) длинным ее краем

3) отсутствием контакта с соседними зубами

4) верно 1) и 3)

5) верно 1), 2) и 3)

**3. К «жакетным» относится коронка:**

1) металлокерамическая

2) пластмассовая с круговым уступом

3) фарфоровая

4) верно 2) и 3)

5) верно 1) и 2)

**4. При изготовлении искусственных коронок гипсовые модели фиксируют в:**

1) окклюдатор

2) артикулятор

3) эстезиометр

4) гнатодинамометр

5) верно 1) и 2)

**5. Телескопическая коронка используется для фиксации протеза:**

1) консольного

2) несъемного мостовидного

3) пластиночного

4) съемного мостовидного

5) верно 3) и 4)

6)нет правильных ответов

**6. При изготовлении металлокерамических коронок рабочие оттиски снима­ют массами:**

1) альгинатными

2) силиконовыми

3) термопластическими

4) твердокристаллическими

5) цинкоксиэвгеноловыми

**7. При изготовлении литой коронки разборную модель используют для:**

1) обеспечения точности литья коронки

2) удобства моделировки и припасовки коронки

3) предотвращения усадки

**8. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:**

1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба

2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба

3) остановить кровотечение

4) устранить воспалительные изменения в десне

**9. При изготовлении цельнолитой коронки стенки зуба препарируют под уг­лом к его длинной оси:**

1) 1-2°

2) 5-6°

3) 10-15°

4) 15-20°

**10. Причиной появления пор в отображении препарированного зуба при сня­тии двухслойного оттиска может быть:**

1) недостаточное высушивание протезного ложа

2) плохое проведение ретракции десны

3) снятие оттиска с компрессией

4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое

5) верно 1) и 4)

**Тема №9:** Понятие о съемных протезах. Виды съемных протезов. Материалы применяемые для изготовления съемного протезирования. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. Понятие о съемных протезах.
2. Виды съемных протезов.
3. Материалы применяемые для изготовления съемного протезирования. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

**1. Факторы, способствующие аллергизации организма при пользовании ор­топедическими конструкциями:**

1) намины

2) несоответствие протеза протезному ложу

3) изменение рН слюны

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**2. Нормальные показатели микротоков полости рта:**

1) 1-3 мкА

2) 2-6 мкА

3) 3-7 мкА

4) 5-8 мкА

5) 7-10мкА

**3. К неспецифическим факторам аллергизации организма при пользовании съемными пластиночными протезами относят:**

1) нарушение теплообмена (повышение температуры под протезом)

2) механическую травму

3) несоответствие протеза протезному ложу

4) верно 1) и 2)

5) верно 1),2) и 3)

**4.К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергеческой реакции при пользовании металлическими протезами, относят:**

1) коррозионные процессы

2) изменение рН слюны в кислую сторону

3) процессы истирания

4) тепловой эффект

5) верно 1), 2) и 3)

**5. Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены:**

1) аппликационная проба по Сорокину

2) провокационная проба

3) жевательная проба

4) верно 1) и 2)

5) верно 1) и 3)

**6. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, возникшем в связи с пользованием протезами из акриловых пластмасс:**

1) жжение и воспаление слизистой оболочки полости рта, наиболее выражен­ные под протезом

2) сухость во рту

3) невозможность пользования протезом

4) верно 1)и 2)

5) верно 1),2) и 3)

**7. Характерные жалобы при аллергическом стоматите, вызванном металли­ческими протезами:**

1) затруднение глотания, дыхания

2) язык не умещается во рту

3) сухость во рту, жажда

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**8.Характерные жалобы при токсическом стоматите, вызванном металличе­скими протезами:**

1) жжение языка до каузалгии

2) гиперсаливация

3) нарушение нервного статуса

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**9. Для выявления аллергии на акриловые пластмассы применяют:**

1) экспозиционно-провокационную пробу

2) тест химического серебрения

3) лейкопеническую пробу

4) верно 1)и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**10. Аллергический стоматит, вызванный металлическим протезом, следует дифференцировать с:**

1) глоссалгией

2) кандидозом

3) эндокринными заболеваниями

4) верно 1) и 2)

5) верно 1), 2) и 3)

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «5» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «4» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «3» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «2» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «5» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «5» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «4» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «3» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «2» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме.

<https://www.orgma.ru/sveden/document/BRS_03.03.2020.pdf>

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Основные этапы развития стоматологии в России. Роль отечественных ученых в становлении стоматологии, как науки. Основные цели и задачи дисциплины пропедевтики стоматологических заболеваний.

2. Санитарно- гигиенический режим работы стоматологического кабинета.

3. Санитарно-гигиенический режим работы стоматологического отделения, поликлиники.

4. Организация рабочего места врача - стоматолога - терапевта. Современное оснащение рабочего места врача - стоматолога - терапевта. Обработка рук, перчаток. Техника безопасности.

5. Основные стоматологические инструменты, применяемые для обследования и лечения больного.

6. Способы и средства изоляции зуба от слюны (коффердам, рабердам, слюноотсос, ватные валики). Методика применения.

7. Определения понятия асептика, антисептика, дезинфекция и стерилизация инструментов. Этапы обработки изделий медицинского назначения.

8. Функциональная анатомия и физиология челюстно-лицевой области. Основные группы зубов и их анатомо-топографическая и функциональная характеристики в возрастном аспекте.

9. Форма зубных дуг на верхней и нижней челюстях. Понятие о зубной, альвеолярной и базальных дугах.

10. Факторы, обеспечивающие устойчивость зубов (межзубные контакты, круговые межзубные связки, наклон зубов, расположение корней). Окклюзионные кривые и окклюзионная плоскость.

11. Анатомо-функциональное строение пародонта. Функции пародонта. Выносливость пародонта к жевательному давлению. Резервные силы пародонта зуба.

12. Строение слизистой оболочки полости рта. Функции, возрастные особенности. Понятие о протезном ложе и протезном поле.

13. Строение височно-нижнечелюстного сустава. Топографические взаимоотношения элементов сустава. Возрастные особенности.

14. Взаимосвязь между формой зубов и зубных рядов и строением височно-нижнечелюстного сустава.

15. Методы пломбирования корневых каналов. Импрегнационные, физические методы лечения проблемных корневых каналов. Особенности реакции костной ткани на пломбирование. Оценка результатов эндодонтического лечения.

16. Артикуляция. Биомеханика жевательного аппарата. Аппараты, имитирующие движения нижней челюсти - окклюдаторы и артикуляторы.

17. Строение лица и его возрастные особенности. Антропометрические закономерности. Топография взаимоотношений различных элементов зубочелюстной системы. Понятия об "относительном физиологическом покое", "высоте нижнего отдела лица".

18. Боковые движения нижней челюсти. Характер перемещения суставных головок. Понятие о рабочей и балансирующей сторонах. Угол трансверзального суставного и резцового путей. Фазы жевательных движений нижней челюсти при откусывании и разжевывании пищи.

19. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении. Методы их предупреждения и устранения.

20. Функциональные и лабораторные методы обследования стоматологического больного. Правила заполнения истории болезни. Этапы диагностического процесса. Основные принципы составления плана лечения.

21. Документация в клинике терапевтической стоматологии. Медицинская карта стоматологического больного.

22. Асептика, антисептика. Дезинфекция. Стерилизация. Обработка зеркал, зубоврачебных наконечников. Особенности стерилизации эндодонтического инструментария. Профилактика ятрогенных и инфекционных заболеваний (СПИД, гепатит). Перечень аптечки первой помощи для профилактики профессиональных случаев заражения ВИЧ в медицинских учреждениях.

23. Топографо-анатомические особенности полостей зубов верхней челюсти. Трепанация интактных коронок. Девитализация - препараты, методика.

24. Топографо-анатомические особенности полостей зубов нижней челюсти. Особенности методик обезболивания пульпы зуба.

25. Роль отечественных ученых в становлении стоматологии как науки.

26. Виды стоматологических установок, наконечников. Режущие инструменты. Боры, их виды, форма, размер, показания к применению. Уход за стоматологическими установками и наконечниками.

27. Прикус. Виды прикуса и их классификация: физиологические, аномалийные, патологические. Возрастные особенности.

28. Виды физиологического прикуса и их морфофункциональная характеристика.

29. Строение височно-нижнечелюстного сустава. Топографические взаимоотношения элементов сустава. Возрастные особенности.

30. Взаимообусловленность, формы и функции височно-нижнечелюстного сустава. Взаимосвязь между формой зубов и зубных рядов и строением височно-нижнечелюстного сустава.

31. Мышечный аппарат нижней челюсти, его функции. Мимические мышцы и их роль в функции жевания. Определение понятий "жевательная сила", "жевательное давление", "эффективность жевания".

32. Строение лица и его возрастные особенности. Антропометрические закономерности. Топография взаимоотношений различных элементов зубочелюстной системы. Понятия об "относительном физиологическом покое", "высоте нижнего отдела лица".

33. Боковые движения нижней челюсти. Характер перемещения суставных головок. Понятие о рабочей и балансирующей сторонах. Угол трансверзального суставного и резцового путей. Фазы жевательных движений нижней челюсти при откусывании и разжевывании пищи.

34. Методы обследования стоматологического больного: жалобы, анамнез, внешний осмотр, осмотр полости рта, обследование зубов, зубных рядов, пародонта.

35. Методы обследования стоматологического больного: термометрия, электроодонтодиагностика (ЭОД), рентгенодиагностика (внутриротовая, ортопантомограмма, радиовизиограмма).

36. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта. Классификация, клиника и патоморфология заболеваний пародонта.

37. Зубные отложения, их разновидности: мягкий зубной налет, зубная бляшка, над- и поддесневой зубной камень.

38. Методы снятия зубных отложений. Методы наложения надесневых повязок при заболеваниях пародонта.

39. Функциональные и лабораторные методы обследования стоматологического больного. Правила заполнения истории болезни. Этапы диагностического процесса. Основные принципы составления плана лечения.

40. Документация в клинике терапевтической стоматологии. Медицинская карта стоматологического больного.

41. Анатомические особенности иннервации верхней челюсти, связанные с обезболиванием. Виды обезболивания. Общее и местное обезболивание. Премедикация.

42. Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания.

43. Инфильтрационное обезболивание на верхней челюсти. Методика прямой, непрямой, интралигаментарной, внутрикостной, внутрипульпарной анестезии.

44. Мандибулярная анестезия - внутриротовой и внеротовой методы.

45. Методика блокады двигательных ветвей нижнечелюстного нерва.

46. Анатомические особенности иннервации нижней челюсти, связанные с обезболиванием. Виды обезболивания. Общее и местное обезболивание. Премедикация.

47. Прикус. Виды прикуса и их классификация: физиологические, аномалийные, патологические. Возрастные особенности.

48. Постоянные пломбировочные материалы (композитные: светового и химического отверждения, силанты). Классификация. Состав, положительные и отрицательные свойства. Механизм действия адгезивной системы с эмалью и дентином.

49. Эндодонтический инструмент. Классификация. Стандартизация по ISO. Медикаментозная обработка полости зуба и корневых каналов. Определение рабочей длины корневого канала.

50. Местные осложнения (повреждения нервов и сосудов, мышц, инфицирование, постинъекционное сведение челюстей) при местном обезболивании. Профилактика и лечение осложнений.

51. Особенности инструментальной и медикаментозной обработки труднопроходимых корневых каналов. Пломбирование труднопроходимых корневых каналов. Депофорез гидроокиси меди-кальция как способ лечения непроходимых корневых каналов.

52. Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания.

53. Инфильтрационное обезболивание на верхней челюсти. Методика прямой, непрямой, интралигаментарной, внутрикостной, внутрипульпарной анестезии.

54. Методика проводникового обезболивания на верхней челюсти (туберальная, инфраорбитальная, резцовая, палатинальная анестезия).

55. Методика проводникового обезболивания на нижней челюсти. Мандибулярная анестезия - внутриротовой и внеротовой методы.

56. Методика проведения торусальной анестезия. Выключение щечного нерва и язычного нервов.

57. Методика проведения ментальной анестезии (внутриротовая и внеротовая).

58. Методика блокады двигательных ветвей нижнечелюстного нерва.

59. Методика выключения верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия).

60. Общие осложнения (обморок, коллапс, анафилактический шок, аллергические реакции) при местном обезболивании. Оказание неотложной помощи.

61. Местные осложнения (повреждения нервов и сосудов, мышц, инфицирование, постинъекционное сведение челюстей) при местном обезболивании. Профилактика и лечение осложнений.

62. Классификация кариозных полостей по Блэку, атипичные кариозные полости.

63. Этапы препарирования кариозной полости по Блэку. Основные элементы кариозной полости. Критерии готовности полости к пломбированию. Обезболивание при препарировании кариозных полостей.

64. Принципы и техника препарирования кариозных полостей I класса по Блэку различных групп зубов. Особенности препарирования кариозных полостей под различные пломбировочные материалы.

65. Принципы и техника препарирования кариозных полостей II класса по Блэку различных групп зубов. Особенности препарирования кариозных полостей под различные пломбировочные материалы.

66. Принципы и техника препарирования кариозных полостей III класса по Блэку различных групп зубов. Особенности препарирования кариозных полостей под различные пломбировочные материалы.

67. Принципы и техника препарирования кариозных полостей IV класса по Блэку различных групп зубов. Особенности препарирования кариозных полостей под различные пломбировочные материалы.

68. Принципы и техника препарирования кариозных полостей V класса по Блэку различных групп зубов. Особенности препарирования кариозных полостей под различные пломбировочные материалы.

69. Инструменты, ошибки, осложнения при препарировании кариозных полостей.

70. Методы восстановления анатомической формы, функции, эстетики зуба пломбировочными материалами.

71. Пломбирование, реставрация, реконструкция. Факторы, влияющие на долговечность пломбы. Возможные ошибки в процессе пломбирования.

72. Физиологическое значение контактного пункта, методика его восстановления при пломбировании полостей II, III, IV класса.

73. Использование матриц различных видов, матрицедержателей, разделительных пластинок, клиньев при формировании контактных поверхностей зубов.

74. Стоматологические пломбировочные и зуботехнические материалы. Классификация.

75. Требования, предъявляемые к стоматологическим материалам, их физико-химические свойства и влияние на твердые ткани зуба, пульпу, слизистую оболочку полости рта.

76. Временные пломбировочные материалы. Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления пломбировочных материалов.

77. Постоянные пломбировочные материалы (цементы, пластмассы, амальгамы). Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления.

78. Постоянные пломбировочные материалы (композитные: светового и химического отверждения, силанты). Классификация. Состав, положительные и отрицательные свойства. Механизм действия адгезивной системы с эмалью и дентином.

79. Показания и противопоказания к применению композиционных пломбировочных материалов. Методика приготовления. Последовательность этапов при использовании адгезивных систем различных типов.

80. Пломбировочные материалы: компомеры, керамеры. Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению.

81. Методы восстановления анатомической формы, функции, эстетики зуба пломбировочными материалами.

82. Вспомогательные материалы: слепочные, моделировочные, формовочные, абразивные. Основные виды применения.

83. Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов с использованием мостовидных протезов. Виды мостовидных протезов.

84. Зубные отложения, их разновидности: мягкий зубной налет, зубная бляшка, над- и поддесневой зубной камень. Методы снятия зубных отложений.

85. Показания и противопоказания к применению композиционных пломбировочных материалов. Методика приготовления. Последовательность этапов при использовании адгезивных систем различных типов.

86. Вспомогательные материалы: слепочные, моделировочные, формовочные, абразивные. Основные виды применения.

87. Материалы для лечебных прокладок. Классификация. Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления лечебных прокладок.

88. Материалы для изолирующих прокладок. Классификация. Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления изолирующих прокладок.

89. Медикаментозная обработка полости зуба и корневых каналов. Методы расширения корневых каналов (механические, химические и физические). Инструменты для расширения корневого канала и для работы в апикальной части канала.

90. Пломбировочные материалы для заполнения корневых каналов (нетвердеющие, твердеющие, твердые - штифты). Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления пломбировочных материалов.

91. Назначение и последовательность использования эндодонтических инструментов.

92. Временные пломбировочные материалы. Состав, положительные и отрицательные свойства. Показания и противопоказания к применению. Методика приготовления пломбировочных материалов.

93. Современные критерии оценки качества эндодонтического лечения. Адгезивная техника реставрации зубов композиционными материалами. Восстановление зубов после эндодонтического лечения с использованием внутрипульпарных и парапульпарных штифтов.

94. Виды зубных протезов. Съёмные протезы, виды. Бюгельные протезы при частичном дефекте зубного ряда. Несъёмные протезы.

95. Искусственные коронки, вкладки. Классификация. Показание к применению.

96. Клинические и лабораторные этапы изготовления вкладок и искусственных коронок (штампованных, пластмассовых, литых, металлопластмассовых, металлокерамических).

97.Инструменты для одонтопрепарирования. Особенности одонтопрепарирования под различные виды искусственных коронок и вкладок.

98. Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов с использованием мостовидных протезов. Виды мостовидных протезов.

99. Особенности одонтопрепарирования при изготовлении различных видов мостовидных протезов.

100. Показания к операции удаления зуба.

101. Препарирование системы корневых каналов. Подготовка корневых каналов к пломбированию в зависимости от патологии и топографии. Ирригация. Обтурация системы корневых каналов. Оценка результатов эндодонтического лечения.

102. Искусственные коронки, вкладки. Классификация. Показание к применению.

103. Клинические и лабораторные этапы изготовления мостовидных протезов.

104. Методика эндодонтических манипуляций в резцах, клыках, премолярах, молярах нижней челюсти. Инструменты для прохождения корневого канала. Определение рабочей длины корневых каналов в различных группах зубов.

105. Методика эндодонтических манипуляций в резцах, клыках, премолярах, молярах верхней челюсти. Определение рабочей длины корневых каналов. Инструменты для удаления пульпы и путридных масс и пломбирования корневого канала.

106. Понятие об эндодонте. Морфо-функциональный комплекс эндодонта (пульпо-дентинный, пульпо-периодонтальный). Анатомическое и физиологическое отверстие и рентгенологическая верхушка.

107. Препарирование системы корневых каналов. Подготовка корневых каналов к пломбированию в зависимости от патологии и топографии. Ирригация. Обтурация системы корневых каналов. Оценка результатов эндодонтического лечения.

108. Противопоказания к операции удаления зуба.

190. Инструменты для одонтопрепарирования. Особенности одонтопрепарирования под различные виды искусственных коронок и вкладок.

110. Обработка раны после удаления зуба и уход за ней.

111. Современные критерии оценки качества эндодонтического лечения. Адгезивная техника реставрации зубов композиционными материалами. 112.Восстановление зубов после эндодонтического лечения с использованием внутрипульпарных и парапульпарных штифтов.

113. Диагностика и лечение осложнений, возникающих во время и после удаления зуба.

114. Положение больного и врача при удалении зубов.

115. Постоянные пломбировочные материалы светового и химического отверждения. Методика применения.

116. Заживление раны после удаления зуба. Рекомендации пациенту в послеоперационном периоде.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра терапевтической стоматологии

направление подготовки (специальность) 31.05.03 Стоматология

дисциплина пропедевтика стоматологических заболеваний

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №\_\_\_\_/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. ……………………………………………………………..………………………

2. …………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………..……………………………

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | ОПК -1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать основы медицинской этики и деонтологии; основы законодательства в сфере здравоохранения; правовые аспекты врачебной деятельности | вопросы № 1-8 |
| Уметь применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей; знание современного законодательства в сфере здравоохранения при решении задач профессиональной деятельности; применять правила и нормы взаимодействия [врача](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%80%D0%B0%D1%87) с коллегами и пациентами (их законными представителям) | практические задания №1-10 |
| Владеть программой Power Point. | практические задания №1 - 10 |
|  | ОПК -11 | Знать основные понятия системы менеджмента качества медицинской организации; требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности | вопросы № 1-116 |
| Уметь проводить анализ качества оказания медицинской помощи стоматологическим пациентам; обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; организовать работу и осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала | практические задания №4- 10 |
| Владеть проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи стоматологическим пациентам и безопасности медицинской деятельности | практические задания №1-10 |
|  | ОПК -6 | Знать методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах | вопросы №10-116 |
| Уметь разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения | практические задания №1-20 |
| Владеть оценкой состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме | практические задания №1-20 |
|  | ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | Знать анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека | вопросы №1-116 |
| Уметь оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека | практические задания №10-20 |
| Владеть методами оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач | практические задания №10-20 |
|  | ПК-5 Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | Знатьпорядок выдачи листков нетрудоспособностиМедицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу | вопросы №1-116 |
| Уметь определять признаки временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | практические задания №1-21 |
| Владеть проведения экспертизы временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | практические задания №1-21 |
|  | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Знать методы критического анализа и оценки современных научных достижений; основные принципы критического анализа | вопросы №1-116 |
| Уметь получать новые знания на основе анализа, синтеза и др.; собирать данные по сложным научным проблемам, относящимся к профессиональной области; осуществлять поиск информации и решений на основе действий, эксперимента и опыта | практические задания №2-22 |
| Владеть методами исследования проблемы профессиональной деятельности с применением анализа, синтеза и других методов интеллектуальной деятельности; разработки стратегии действий для решения профессиональных проблем | практические задания №2-22 |
|  | УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла | Знать методы представления и описания результатов проектной деятельности; методы, критерии и параметры оценки результатов выполнения проекта; принципы, методы и требования, предъявляемые к проектной работе | вопросы №1-116 |
| Уметь  обосновывать практическую и теоретическую значимость полученных результатов; проверять и анализировать проектную документацию; прогнозировать развитие процессов в проектной профессиональной области; выдвигать инновационные идеи и нестандартные подходы к их реализации в целях реализации проекта; рассчитывать качественные и количественные результаты, сроки выполнения проектной работы | практические задания №10-24 |
| Владеть методами управления проектами в области, соответствующей профессиональной деятельности; распределения заданий и побуждения других к достижению целей; управления разработкой технического задания проекта, управления реализации профильной проектной работы | практические задания №10-24 |
|  | УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели | Знать проблемы подбора эффективной команды; основные условия эффективной командной работы; основы стратегического управления человеческими ресурсами, нормативные правовые акты, касающиеся организации и осуществления профессиональной деятельности; модели организационного поведения, факторы формирования организационных отношений, стратегии и принципы командной работы, основные характеристики организационного климата и взаимодействия людей в организации | вопросы №1-116 |
| Уметь определять стиль управления для эффективной работы команды; вырабатывать командную стратегию; применять принципы и методы организации командной деятельности | практические задания №10-24 |
| Владеть методами разработки стратегии командной работы | практические задания №10-22 |
|  | УК-4 Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия | Знать основы устной и письменной коммуникации на русском и иностранном языках, функциональные стили родного языка, требования к деловой коммуникации, современные средства информационно-коммуникационных технологий | вопросы №1-116 |
| Уметь выражать свои мысли на русском и иностранном языке при деловой коммуникации | практические задания №10-20 |
| Владеть методами перевода медицинских текстов с иностранного языка на русский; опыт говорения на русском и иностранном языках | практические задания №10-20 |