

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.46 Клиническая стоматология
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Клиническая стоматология» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	ИПК-1.1 Применяет общестоматологические методы исследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	<p>Знать: Общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям, Анатомию головы, челюстнолицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строение зубов, Гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза, Анатомо-функциональное состояние органов челюстнолицевой области с учетом возраста, Нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции, Роль гигиены полости рта, питания и применения фторидов в предупреждении заболеваний зубов и пародонта.</p> <p>Уметь: Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы), Интерпретировать и анализировать</p>

		<p>результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов.</p> <p>Владеть: Направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению и детям, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p>
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	ИПК-1.2 Соблюдает алгоритм сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, выявляет факторы риска и причины развития стоматологических заболеваний	<p>Знать: Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, Цели и задачи индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта, Гигиенические индексы и методы их определения.</p> <p>Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний, интерпретировать информацию, полученную от детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями.</p> <p>Владеть: Сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний</p>
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со	ИПК-1.3 Использует алгоритм осмотра и физикального обследования взрослых со	Знать: Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых со

<p>стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>стоматологическими заболеваниями</p>	<p>стоматологическими заболеваниями. Уметь, Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями твердых тканей зубов болезни пульпы и периодонта, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта и губ, Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстнолицевой области, Выявлять у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области, Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: Осмотра и физикального обследование детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.4 Проводит дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p>	<p>Знать: Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых, Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых, Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов,</p>

		<p>Медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования, Медицинские изделия, применяемые при оказании медицинской помощи детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями. Уметь: Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых. Владеть: Диагностики у детей и взрослых: кариеса зубов, некариозных поражений, заболеваний пульпы и периодонта, пародонта, слизистой оболочки рта и губ, дефектов зубов, дефектов зубных рядов, зубочелюстных деформаций, аномалий зубов и челюстей, полного отсутствия зубов, Выявления у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторов риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.5 Формулирует диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>Знать: Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи, Состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Уметь: Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков</p>

	угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть: Формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, Постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), Распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
--	--

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ПК-1	Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	9,А	заключительный

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Клиническая стоматология» относится к обязательной части Блока 1 ОПОП специалитета.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. 5/ час 180

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		9	10
Контактная работа	90	38	52
В том числе:	-	-	-
Лекции	18	14	4
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	-
Практические занятия (ПЗ)	72	24	48

Самостоятельная работа (всего)		90	16	74
В том числе:		-		-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям				
Самостоятельное изучение тем				
Реферат				
Вид промежуточной аттестации зачет			-	
Общая трудоемкость	час.	180	54	126
	з.е.	5	1,5	3,5

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ лекции	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
Семестр 9		
1	Организация стоматологической помощи населению в России.	2
2-3	Психологические аспекты стоматологической помощи. Физикальное исследование в стоматологической практике.	4
4-5	Неотложные состояния в стоматологической практике.	4
6-7	Структура и оснащение стоматологических отделений медицинских организаций. Санитарногигиенические требования к организации стоматологических лечебно-профилактических учреждений.	4
Семестр 10		
1	Клинические рекомендации (протоколы лечения) при кариесе зубов. Арсенал средств, используемых для лечения кариеса зубов. Клинические рекомендации (протоколы лечения) болезней пульпы и периапикальных тканей. Арсенал средств, используемых для лечения болезней пульпы и периапикальных тканей. Клинические рекомендации (протоколы лечения) гингивита и болезней пародонта. Арсенал средств, используемых для лечения гингивита и болезней пародонта.	2
2	Клинические проявления офтальмо-стоматологических синдромов.	2
	Итого	18

Практические занятия

№ раздела	№ семинара, ПР	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
Семестр 9				
	1	Организация стоматологической помощи населению в России.	4	Устный опрос

	2-3	Психологические аспекты стоматологической помощи. Физикальное исследование в стоматологической практике.	8	Тестирование
	4	Неотложные состояния в стоматологической практике.	4	
	5	Структура и оснащение стоматологических отделений медицинских организаций; санитарно-гигиенические требования к организации стоматологических лечебно-профилактических учреждений.	4	Защита реферата
	6	Итоговое занятие.	4	Устный опрос
Семестр 10				
	1	Организация работы младшего и среднего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях. Должностные обязанности и права врача по оказанию стоматологической и неотложной медицинской помощи. Профессиональная этика и деонтологические аспекты лечебно-профилактической работы врача-стоматолога.	4	Устный опрос
	2	Требования и правила в получении информированного добровольного согласия пациента на диагностические и лечебные процедуры. Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях.	4	Защита реферата, решение практических заданий
	3	Клинические рекомендации (протоколы лечения) при кариесе зубов. Арсенал средств, используемых для лечения кариеса зубов. Клинические рекомендации (протоколы лечения) болезней пульпы и периапикальных тканей. Арсенал средств, используемых для лечения болезней пульпы и периапикальных тканей.	4	Доклады
	4	Клинические рекомендации (протоколы лечения) гингивита и болезней пародонта. Арсенал средств, используемых для лечения гингивита и болезней пародонта.	6	Устный опрос
	5	Клинические проявления офтальмо-стоматологических синдромов.	6	Доклады
	6-7	Изменения слизистой оболочки рта при	8	Устный

		экзогенных интоксикациях, при гиповитаминозах.		опрос
	8-9	Изменения слизистой оболочки рта при некоторых системных заболеваниях: желудочнокишечного тракта, сердечно-сосудистых, при эндокринных заболеваниях, диффузных болезнях соединительной ткани, кроветворной системы, нервной системы.	8	решение практических заданий
	10	Стомалгия. Этиология, диф. диагностика, лечение.	4	Устный опрос
	11	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Онкологическая настороженность на стоматологическом приеме.	4	Устный опрос
		Итого	72	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудоемкость (час)	Вид контроля
1	2	3	5	6
1.	9	Организация стоматологической помощи населению в России. Психологические аспекты стоматологической помощи.	6	Устный опрос
		Неотложные состояния в стоматологической практике.	4	Доклады
		Структура и оснащение стоматологических отделений медицинских организаций.	6	Защита реферата, решение практических заданий
2.	10	Организация работы младшего и среднего медицинского персонала в лечебнопрофилактических учреждениях..	5	Устный опрос
		Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях.	10	Доклады
3.		Арсенал средств, используемых для лечения кариеса зубов. Клинические рекомендации (протоколы лечения) болезней пульпы и периапикальных тканей.	10	Защита реферата, решение практических заданий
4.		Арсенал средств, используемых для лечения гингивита и болезней пародонта.	15	Устный опрос

5.		Клинические проявления офтальмо- стоматологических синдромов.	10	Устный опрос
6.		Изменения слизистой оболочки рта при некоторых системных заболеваниях: желудочно-кишечного тракта.	8	Устный опрос
7.		Стомалгия. Этиология, диф. диагностика, лечение.	8	Доклады
8.		Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ..	8	решение практических заданий
		Итого	90	

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: зачет.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Перечень вопросов для контрольной работы:

- 1.Безметалловые ортопедические конструкции, показания и противопоказания к применению.
2. Сравнительная характеристика металлокерамических и безметалловых зубных протезов.
3. Термопластические материалы в стоматологии. История возникновения, свойства.
4. Особенности нейлоновых конструкций.
5. Показания и противопоказания к применению протезов из термопластических материалов.
6. Преимущества и недостатки нейлоновых зубных протезов.
7. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта, вызванных зубными протезами (Василенко, Гаврилов). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение хронической травмы.
- 8.Токсические и аллергические стоматиты. Этиология, патогенез и клиника.
- 9.Гальванический синдром. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.

10. Показания и методика изготовления протезов с применением мягких прокладок. Объемное моделирование.

11. Принципы профилактики и ортопедическое лечение при онкологической предрасположенности.

12. Ортопедическое лечение при остеопластике (фиксирующие шины Бетельмана, Оксман, Ванкевич). Непосредственное и раннее протезирование.

13. Основные биоадаптированные полимерные материалы применяемые в изготовлении лицевых протезов. Платинум- силиконы. Пигментные силиконы для внутренней и наружной покраски лицевых протезов.

14. Планирование протезов с имплантатным ретенционным механизмом. Клинико-

лабораторные этапы изготовления протезов с опорой на дентальные имплантаты сной реабилитации пациентов.

16. Комплексное планирование ортопедического лечения с помощью CAD/CAM-технологий.

17. Модели, полученные методом компьютерного прототипирования (стереолитография).

Перечень практических навыков (раздел 1)

1. Умение организовать рабочее место врача стоматолога-терапевта с учетом требований

2. Умение проводить основные методы обследования твердых тканей зуба.

3. Умение проводить ЭОД твердых тканей зуба.

4. Умение оценить состояние твердых тканей зуба и около зубных тканей по данным рентгенографии.

5. Умение проводить лечение кариеса различной локализации и глубины поражения.

6. Создание эндодонтического доступа в области различных групп зубов.

7. Определение рабочей длины корневого канала

8. Проведение инструментальной обработки корневых каналов методом «StepBack».

9. Проведение инструментальной обработки корневых каналов методом «CrownDown».

10. Проведение инструментальной обработки труднопроходимого корневого канала

11. Проведение медикаментозной обработки корневых каналов.

12. Пломбирование корневых каналов.

13. Определение состояния десны (цвет, форма межзубных сосочков, кровоточивость, степень рецессии)
14. Выявление пародонтальных карманов, их глубины и характеристика их содержимого
15. Определение степени подвижности зубов
16. Выявление фуркационных дефектов
17. Проведение индексной оценки состояния тканей пародонта (индекс РМА, ПИ, КПИ, СРІТN)
18. Умение составлять план лечения воспалительных заболеваний пародонта
19. Удаление минерализованных и неминерализованных зубных отложений ручным и ультразвуковым методами
20. Проведение временного шинирования зубов
22. Промывание и введение лекарственных препаратов в пародонтальные карманы
23. Проведение ультразвуковой обработки пародонтальных карманов
24. Наложение лечебных и защитных повязок и биопленок
25. Проведение закрытого кюретажа
26. Проведение открытого кюретажа
27. Определение и описание первичных инфильтративных морфологических элементов поражения СОПР.
28. Определение и описание первичных экссудативных морфологических элементов поражения СОПР.
29. Определение и описание вторичных морфологических элементов поражения СОПР.
30. Проведение забора материала со СОПР методами соскоба, отпечатка, перепечатка
31. Интерпретация результатов обследования и постановка диагноза с учетом Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
32. Умение подбирать лекарственные препараты для лечения заболеваний СОПР

(антисептики, противовоспалительные, антимикробные, противогрибковые, противовирусные, фибринолитические, кератопластические и тд.).

33. Выявление и устранение местных травмирующих факторов.

Темы рефератов

Раздел 1.

1. Признаки эмоционального напряжения у пациента на приеме у врача стоматолога.

2. Обоснование необходимости психологической коррекции и психомедикаментозной подготовки пациентов.

3. Клинико-фармакологическая характеристика и дифференцированное применение малых транквилизаторов и седативных средств у стоматологических пациентов.

4. Анестезиологическая защита пациентов.

5. Классификация местных видов анестезии.

6. Классификация анестетиков местного действия.

7. Методы проводниковой анестезии.

Тестовые задания

1. Повторный инструктаж по охране труда проводится:

- а) не реже 1 раза в год
- б) не реже 1 раза в полугодие
- в) не реже 1 раза в квартал

2. Постановлением Правительства РФ врачам-стоматологам установлена:

- а) 38-часовая рабочая неделя
- б) 36-часовая рабочая неделя
- в) 33-часовая рабочая неделя

3. При поступлении на работу проходят медицинские осмотры лица:

- а) не достигшие 19 лет
- б) не достигшие 20 лет
- в) не достигшие 21 года

4. Мероприятия по предупреждению заболеваемости вирусным гепатитами регламентируются Приказом Минздрава:

- а) №408,
- б) №770,
- в) №50.

5. Новая система учета труда врачей стоматологов регламентирована

Приказом Минздрава:

а) №408,

б) №770,

в) №50.

6. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гарантирует гражданам получение:

а) бесплатной первичной медико-санитарной помощи

б) скорой медицинской помощи

в) специализированной медицинской помощи

г) все вышеперечисленное

7. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все нижеперечисленные, кроме:

а) застрахованных лиц

б) страхователей

в) фондов медицинского страхования

г) страховых медицинских организаций

д) медицинских организаций

8. Средства Территориального Фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет:

а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование от работодателей

б) средств федерального бюджета

в) средств территориального бюджета

г) все вышеперечисленное

9. С какого возраста добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство может даваться гражданином лично:

а) с 15 лет

б) с 18 лет

в) с 21 год

10. Какая ответственность предусмотрена за разглашение медицинским работником сведений, составляющих врачебную тайну:

а) дисциплинарная

б) дисциплинарная и административная

в) дисциплинарная, административная и уголовная

11. Самое эффективное фтористое соединение, входящее в состав лечебно-профилактических средств:

а) фторид натрия

б) аминофторид

в) монофторфосфат натрия

г) фторид олова

12. При плотных межзубных контактах рекомендуются:

а) ершики

б) суперфлоссы

в) воощенные флоссы

г) невоощенные флоссы

13. Противопоказанием к использованию электрической зубной щетки являются:

а) несъемные ортодонтические конструкции

б) несъемные ортопедические конструкции

в) подвижность зубов I степени

г) гипертрофический гингивит

14. При гипертрофическом гингивите оптимальной является зубная щетка:

а) электрическая с мягкой щетиной

б) лечебно-профилактическая с мягкой щетиной

в) лечебно-профилактическая с щетиной средней жесткости

г) лечебно-профилактическая с жесткой щетиной

15. Очищающее действие пенки обеспечивают:

а) антибактериальные компоненты

б) ферменты

в) минеральные компоненты

16. Кариес в стадии пятна чаще выявляется на поверхности зубов:

а) вестибулярной

б) контактной

в) жевательной

г) режущем крае

д) буграх

17. Кариесогенными штаммами микроорганизмов зубной бляшки являются:

а) *Str. mutans*

б) *Str. aureus*

в) *Proteus vulgaris*

г) *Escherichia coli*

д) *Candida albicans*

18. Формула гидроксиапатита эмали:

а) CaHPO_4

б) $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$

в) $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_8(\text{OH})_2$

г) $\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3(\text{OH})_2$

д) $\text{Ca}_8(\text{PO}_4)_3(\text{OH})$

19. Кариес эмали по МКБ-10 соответствует по научной классификации Лукомского:

- а) кариозному пятну белого цвета
- б) пигментированному кариозному пятну
- в) поверхностному кариесу

20. Кариес дентина по МКБ-10 соответствует по научной классификации Лукомского:

- а) поверхностному кариесу
- б) среднему кариесу
- в) глубокому кариесу

21. Боль при начальном пульпите после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

22. Боль при хроническом пульпите после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

23. Боль при глубоком кариесе дентина после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

24. Хронический апикальный периодонтит по МКБ-10 включает в себя форму периодонтита согласно классификации И.Г.Лукомского:

- а) хронический периодонтит в стадии обострения,
- б) хронический гранулематозный периодонтит,
- в) радикулярная киста

25. Обострение хронического гранулирующего периодонтита чаще всего соответствует диагнозу по МКБ-10:

- а) периапикальный абсцесс без свища,
- б) периапикальный абсцесс со свищом,

в) острый апикальный периодонтит

Ответы: 1б, 2г, 3а, 4б, 5б.

26. При полном вывихе зуба:

- а) появляется подвижность,
- б) изменяет своё положение,
- в) отсутствует.

27. При неполном вывихе зуба:

- а) появляется подвижность,
- б) изменяет своё положение,
- в) отсутствует.

28. При ушибе зуба:

- а) появляется подвижность,
- б) изменяет своё положение,
- в) отсутствует.

29. Самопроизвольная боль бывает при:

- а) кариесе,
- б) пульпите.
- в) периодонтите.

30. Боль при жевании чаще всего бывает при:

- а) кариесе,
- б) пульпите.
- в) периодонтите.

31. Гингивит - это заболевание:

- а) воспалительное
- б) дистрофическое
- в) воспалительно-дистрофическое
- г) неопластическое
- д) аллергическое

32. Гиперплазия десны с язвенно – некротическими изменениями в полости рта возникает при:

- а) лейкозе
- б) язвенно-некротическом гингивостоматите
- в) аллергическом стоматите
- г) герпетическом гингивостоматите
- д) пародонтите

33. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки полости рта применяют:

- а) 1% раствор новокаина
- б) 10% спрей лидокаина

- в) 10% взвесь анестезина в масле
- г) 0,1% взвесь анестезина в масле
- д) 5% взвесь анестезина в глицерине.

34.Повышение температуры можно ожидать при гингивите:

- а) остром катаральном,
- б) остром язвенном
- в) линейной эритеме

35.Пародонтальный абсцесс чаще всего бывает при:

- а) хроническом генерализованном пародонтите
- б) генерализованной рецессии десны
- в) быстро прогрессирующем пародонтите

36. Болезнь Боуэна дифференцируют с

- а) лейкоплакией
- б) хейлитом
- в) глоссалгией
- г) герпесом
- д) кандидозом

37. Складчатый язык – это:

- а) последствие приема острой пищи
- б) результат хронической травмы
- в) врожденная аномалия развития
- г) результат острой травмы
- д) воспалительное заболевание

38. Симптом Никольского возникает при патологическом процессе в слизистой оболочке полости рта:

- а) акантозе
- б) акантолизе
- в) гиперкератозе
- г) паракератозе
- д)папилломатозе

39. Патологическое изменение при болезни Боуэна:

- а) папилломатоз
- б) дискератоз
- в) баллонизирующая дегенерация
- г) акантоз
- д) спонгиоз

40. Акантолитические клетки Тцанга обнаруживаются при:

- а) кандидозе
- б) вульгарной пузырчатке

- в) многоформной экссудативной эритеме
- г) красной волчанке
- д) дисбиозе

41. Непереносимость металлических ортопедических материалов обусловлена:

- а) заболеваниями пищеварительной системы у пациента,
- б) неудовлетворённостью пациента видом протеза,
- в) возникновением коррозионных процессов металла в ротовой жидкости

42. “Синдром жжения полости рта” как определение состояния непереносимости металлических ортопедических материалов отражает основные жалобы пациентов:

- а) да
- б) нет

43. Развитию стомалгии способствует:

- а) курение
- б) иммунодефицит
- в) психическая травма
- г) прием антибиотиков
- д) аллергия

44. Пациенту со стомальгией показана консультация:

- а) ЛОР-врача
- б) хирурга
- в) стоматоневролога
- г) окулиста
- д) эндокринолога

45. Правильное название заболевания при одновременном жжении в языке, нижней губе и твердом небе:

- а) глоссалгия
- б) невралгия тройничного нерва
- в) неврит
- г) стомальгия
- д) стоматит

46. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гарантирует гражданам получение:

- а) бесплатной первичной медико-санитарной помощи
- б) скорой медицинской помощи
- в) специализированной медицинской помощи
- г) все вышеперечисленное

47. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все

нижеперечисленные, кроме:

- а) застрахованных лиц
- б) страхователей
- в) фондов медицинского страхования
- г) страховых медицинских организаций
- д) медицинских организаций

48. Средства Территориальной Фонда обязательного медицинского страхования формируются за счет:

- а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование от работодателей
- б) средств федерального бюджета
- в) средств территориального бюджета
- г) все вышеперечисленное

49. С какого возраста добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство может даваться гражданином лично:

- а) с 15 лет
- б) с 18 лет
- в) с 21 год

50.

Какая ответственность предусмотрена за разглашение медицинским работником сведений, составляющих врачебную тайну:

- а) дисциплинарная
- б) дисциплинарная и административная
- в) дисциплинарная, административная и уголовная

51. На какой максимальный срок врач-стоматолог может единовременно выдать листок нетрудоспособности:

- а) до 3 календарных дней
- б) до 10 календарных дней
- в) до 30 календарных дней

52. Отказ пациента от медицинского вмешательства должен быть:

- а) подписан гражданином или его законным представителем и подшит в медицинскую документацию пациента
- б) подписан гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником, и подшит в медицинскую документацию пациента
- в) подписан гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником, содержать данные о возможных последствиях отказа, и подшит в медицинскую документацию пациента

53. Кто несет ответственность за клинический диагноз:

- а) врач-стоматолог

- б) ассистент стоматолога
- в) заведующий отделением
- г) главный врач стоматологической клиники

54. Повторный инструктаж по охране труда проводится:

- а) не реже 1 раза в год
- б) не реже 1 раза в полугодие
- в) не реже 1 раза в квартал

55. Постановлением Правительства РФ врачам-стоматологам установлена:

- а) 38-часовая рабочая неделя
- б) 36-часовая рабочая неделя
- в) 33-часовая рабочая неделя

56. Самое эффективное фтористое соединение, входящее в состав лечебно-профилактических средств:

- а) фторид натрия
- б) аминофторид
- в) монофторфосфат натрия
- г) фторид олова

57. При плотных межзубных контактах рекомендуются:

- а) ершики
- б) суперфлоссы
- в) вощенные флоссы
- г) невощенные флоссы

58. Противопоказанием к использованию электрической зубной щетки являются:

- а) несъемные ортодонтические конструкции
- б) несъемные ортопедические конструкции
- в) подвижность зубов I степени
- г) гипертрофический гингивит

59. При гипертрофическом гингивите оптимальной является зубная щетка:

- а) электрическая с мягкой щетиной
- б) лечебно-профилактическая с мягкой щетиной
- в) лечебно-профилактическая с щетиной средней жесткости
- г) лечебно-профилактическая с жесткой щетиной

60. Очищающее действие пенки обеспечивают:

- а) антибактериальные компоненты
- б) ферменты
- в) минеральные компоненты

61. У больного сахарным диабетом, длительное время пользующегося съемными протезами, появление чувства жжения, сухости во рту, налета в виде тянущихся нитей может свидетельствовать о стоматите:

- а) аллергическом;
- б) токсическом;
- в) грибковом;
- г) травматическом

62. Для хранения съемных протезов используются растворы:

- а) кипяченая вода;
- б) 70 % раствор спирта;
- в) хранят в сухом виде;
- г) 0,1 % раствор калия перманганата.

63. При хранении съемных протезов питьевую соду добавляют в воду с целью:

- а) дезодорирования;
- б) уничтожения гриба *Candida*;
- в) уничтожения привкуса пластмассы

64. Наиболее выраженный антимикробный эффект наблюдается при обработке съемных протезов:

- а) 3% раствором перекиси водорода
- б) 6% раствором перекиси водорода
- в) растворами, содержащими водорастворимые таблетки Коррега Табс,

Протефикс

65. Обязательный компонент гигиенического ухода за протезами:

- а) механический
- б) химический
- в) ультразвуковой
- г) комбинированный

66. Эффект местной флюоризации основан на:

- а) активности процессов реминерализации
- б) улучшении трофики зуба
- в) бактерицидном действии фтора
- г) укреплении белковой матрицы эмали
- д) изменении *pH* зубного налета

67. Лечебные подкладочные материалы непосредственно под композит накладывают

- а) покрывая всё дно кариозной полости
- б) не используют
- в) точечно в месте истончённого дентина или вскрытой полости зуба

68. Ускоряют отверждение химических кальцийсодержащих лечебных подкладок следующие факторы:

- а) правильное соотношение базисного и катализного компонентов
- б) тщательное перемешивание компонентов
- в) повышение температуры и наличие влаги
- г) понижение температуры и сухая поверхность тканей зуба
- д) таких факторов не выявлено

69. Основная отличительная особенность пластмасс от композитных материалов:

- а) не содержат минеральных наполнителей
- б) обладают химической адгезией к тканям зуба
- в) минеральных наполнителей более 50%
- г) минеральных наполнителей 10%
- д) композиты гидрофильны (не боятся влаги)

70. Улучшает действие протравляющих агентов на поверхностный слой эмали:

- а) толщина наносимого слоя геля
- б) втирание протравливающих агентов в поверхностный слой эмали
- в) оптимальная концентрация кислотного геля – 32-37%
- г) предварительное разведение протравливающих агентов водой
- д) очистка поверхности зуба фторсодержащей пастой

71. Боль при начальном пульпите после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

72. Боль при хроническом пульпите после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

73. Боль при глубоком кариесе дентина после воздействия раздражителя (холода):

- а) быстро проходит после воздействия,
- б) задерживается несколько секунд,
- в) задерживается в течение минуты,
- г) сразу не возникает

74. Хронический апикальный периодонтит по МКБ-10 включает в себя форму периодонтита согласно классификации И.Г.Лукомского:

- а) хронический периодонтит в стадии обострения,
- б) хронический гранулематозный периодонтит,
- в) радикулярная киста

75. Обострение хронического гранулирующего периодонтита чаще всего соответствует диагнозу по МКБ-10:

- а) периапикальный абсцесс без свища,
- б) периапикальный абсцесс со свищом,
- в) острый апикальный периодонтит

76. Двусторонний дистально не ограниченный дефект зубного ряда по классификации Кеннеди относится к классу:

- а) первому
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому

77. Бюгельные протезы по типу передачи жевательного давления относятся к:

- а) физиологическим
- б) полуфизиологическим
- в) нефизиологическим

78. Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти должна:

а) отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5-0,6 мм, у нижнего – не менее чем на 1 мм.

- б) соприкасаться со слизистой оболочкой
- в) отстоять от слизистой на 0,6-1 мм.

79. При протезировании дефектов зубного ряда I и II классов по Кеннеди показаны:

- а) несъемные конструкции ортопедических аппаратов
- б) съемные конструкции ортопедических аппаратов

80. Выбор конструкции имплантата и искусственной коронки зависит от:

а) желания пациента
б) от квалификации врача
в) клинической картины у данного пациента, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации.

81. При конструировании полных протезов следует учитывать:

- а) состояние тканей протезного ложа
- б) дифференцированное распределение давления базиса на

подлежащие ткани

- в) тщательное формирование клапанной зоны
- г) площадь протезного ложа
- д) все вышеперечисленное

82. Атрофированная, плотная, сухая слизистая оболочка протезного ложа по классификации Суппли относится к типу:

- а) первому
- б) второму
- в) третьему
- г) четвертому

83. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является:

- а) выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- б) незначительная равномерная атрофия альвеолярных отростков
- в) выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- г) выраженная атрофия в переднем отделе
- д) неравномерная выраженная атрофия

84. При полном отсутствии во внешнем виде пациента изменяется:

- а) асимметрия лица за счет отека мягких тканей
- б) подбородок и нижняя губа значительно выдаются вперед, н/ч резко увеличена в размерах,
- в) лицо принимает "старческий" вид, нижняя треть лица значительно уменьшена
- г) нижняя треть лица увеличена.

85. При обследовании больного с полным отсутствием зубов выявлена гипертрофированная слизистая оболочка протезного ложа, равномерная средняя атрофия альвеолярных отростков на в/ч и н/ч., что соответствует:

- а) 2 типу по Оксману, 3 типу по Суппли
- б) 2 типу по Оксману, 2 типу по Суппли
- в) 2 типу по Оксману, 1 типу по Суппли
- г) 3 типу по Оксману, 1 типу по Суппли
- д) 4 типу по Оксману, 4 типу по Суппли

86. Клинически при ушибе зуба будет:

- а) подвижность зуба,
- б) смещение зуба со своего положения,
- в) откол коронки зуба,
- г) перелом корня зуба

87. Рентгенологические изменения корня зуба всегда имеют место при:

- а) ушибе,
- б) неполном вывихе,
- в) переломе корня,
- г) отломе режущего края коронки

88. Боль проходит, если запломбировать зуб без проведения других лечебных вмешательств, при:

- а) пульпите,
- б) периодонтите,
- в) кариесе

89. На фоне вирусной инфекции возникает гингивит:

- а) острый язвенный,
- б) гипертрофический,
- в) десквамативный,
- г) острый катаральный

90. Афты диагностируются при:

- а) артефициальном стоматите,
- б) многоформной экссудативной эритеме,
- в) лучевом стоматите,
- г) герпетическом стоматите

91. Противопоказанием к использованию коронкоснимателя при снятии искусственных коронок является:

- а) кариозное поражение зуба под коронкой
- б) зубы, укрепленные штифтовыми конструкциями
- в) патологическая подвижность зубов 3-4 степени

92. Удаление стекловолоконных штифтов производится при помощи:

- а) специальных щипцов
- б) ультразвукового воздействия на цемент
- в) выпиливания борами

93. Очаговое воспаление слизистой оболочки протезного ложа характерно для:

- а) травматического стоматита
- б) кандидозного стоматита
- в) аллергического стоматита
- г) токсического стоматита.

94. Триада симптомов в виде воспаления слизистой оболочки неба, языка и углов рта характерна для:

- а) травматического стоматита
- б) кандидозного стоматита
- в) аллергического стоматита

г) токсического стоматита.

95. Окончательный диагноз «кандидозный стоматит» ставится на основании:

- а) жалоб пациента
- б) данных объективного исследования
- в) результатов лабораторного исследования

96. Непереносимость металлических ортопедических материалов обусловлена:

- а) заболеваниями пищеварительной системы у пациента,
- б) неудовлетворённостью пациента видом протеза,
- в) возникновением коррозионных процессов металла в ротовой жидкости

97. “Синдром жжения полости рта” как определение состояния непереносимости металлических ортопедических материалов отражает основные жалобы пациентов:

- а) да
- б) нет

98. Антитела образуются на присутствие ортопедического конструкционного материала в полости рта:

- а) да
- б) нет

99. Реакция, возникающая на присутствие металлов в полости рта, относится к:

- а) аллергическим,
- б) псевдоаллергическим

100. “Повреждающим” уровнем силы микротоков, возникающих от присутствия ортопедических металлических материалов в полости рта, является:

- а) 5-10 мкА
- б) 10-15 мкА
- в) 15-20

101. В основе непереносимости акрилатов лежит гиперергическая реакция:

- а) I типа
- б) II типа
- в) III типа
- г) IV типа

102. Покраснение только слизистой оболочки всего протезного ложа имеет место при:

- а) артефициальном палатините

- б) кандидозном палатините
 - в) контактном аллергическом палатините
103. Экспозиционный тест подразумевает:

- а) провокацию воспаления
- б) снятие протеза
- в) аппликацию аллергенов

104. Для исключения воздействия на слизистую оболочку полости рта остаточного мономера в акрилате:

- а) изготавливают базис из бесцветной пластмассы
- б) протезы подвергают электромагнитной обработке
- в) металлизуют слой базиса

105. Для исключения воздействия на слизистую оболочку полости рта красителя в акрилате:

- а) протезы обрабатывают ультразвуком
- б) изготавливают методом литьевого прессования
- в) создают изоляционные прокладки

106. Основные симптомы пародонтита:

- 1.гингивит
- 2.наличие зубодесневого камня и мягкого налета
- 3.кровоточивость десен
- 4.образование пародонтальных карманов
- 5.гноетечение или выделение серозной жидкости из пародонтальных карманов

карманов

- 6.ретракция десневого края
- 7.патологическая подвижность зубов
- 8.прогрессирующая резорбция костной ткани альвеолярных отростков
- 9.1+2+3+4
- 10.1+2+3+4+5+6+7+8

107. Для пародонтита характерно, что явления деструкции костной ткани захватывают:

- 1.тело челюсти
- 2.лишь альвеолярный отросток челюсти
- 3.альвеолярный отросток и тело челюсти

108. При заболеваниях пародонта проводят рентгенографическое обследование методом:

- 1.контактной внутриротовой рентгенографии;
- 2.ортопантограммы
- 3.панорамной верхней и нижней челюстей
- 4.боковой

5. 1+2+3+4

6. 2+3

109. На рентгенограмме при хроническом пародонтите развившейся стадии средней степени тяжести резорбция межальвеолярных перегородок:

1. отсутствует

2. $\frac{1}{4}$

3. $\frac{1}{2}$

4. $\frac{3}{4}$

110. По Энтину вращение зуба вокруг оси классифицируется как подвижность:

1. I степени

2. II степени

3. III степени

4. IV степени

111. Каков порядок удаления зубов при подготовке полости рта к протезированию по поводу пародонтита?

1. Удалить все подвижные зубы, не представляющие функциональной ценности, и спустя 1 месяц протезировать пациента.

2. Перед удалением зубов по показаниям, следует шинировать антагонизирующие зубы, удерживающие межальвеолярную высоту

3. До удаления зубов изготовить имедиат – протез и наложить его сразу после удаления

4. Разрушенные корни и зубы, не имеющие антагонистов, удаляют по показаниям до шинирования

112. Показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта:

1. Для подготовки зуба под полукоронку или вкладку

2. При большом мезиальном наклоне зуба

3. При необходимости укорочения коронки зуба, нарушающего окклюзионную поверхность у пожилых пациентов

4. Перед шинированием передних зубов, пораженных пародонтозом

113. Ортодонтическое лечение феномена Попова-Годона не показано, если пародонт зубов имеет атрофию костной ткани:

1. 1 степени

2. 2 степени

3. 3 степени

4. 4 степени

5. 1+2+3+4

6. 2+3+4

114. Значимым критерием необходимости удаления зубов является:

- 1.патологическая подвижность
- 2.резорбция костной ткани альвеолярных отростков
- 3.одонтопародонтограмма
- 4.1+2
5. 2+3.

115. Проведение хирургических вмешательств (гингивотомии, гингивозектомии, и др.) недопустимо без:

- 1) предварительного изготовления временной шины
- 2) депульпирования зубов
- 3) ортодонтического лечения

116. Причиной очагового пародонтита может быть травма десневого края вследствие:

1. отсутствия контактных пунктов на пломбах, вкладках
2. отсутствия экватора у коронок
3. применения широких коронок
4. применения длинных коронок
5. 1+2+3
6. 3+4

117. Сходными по симптоматике для локализованного пародонтита являются:

- 1.хронический папиллит
- 2.хронический фиброзный пульпит
- 3.пародонтоз
- 4.авитаминоз С
- 5.сахарный диабет
- 6.лейкозы и лейкомические ретикулезы
7. 1+ 2+ 3+ 4
8. 3+4+5+6

118. Клиника острого генерализованного пародонтита сходна с клиническими проявлениями:

1. Острого очагового пародонтита
2. Авиитаминоза С
3. Пародонтоза
- 4.Эозинофильной гранулемы
5. Хронического остеомиелита
6. Лейкозов и лейкомических ретикулезов
7. 1+4+5
8. 2+6

119. Укажите метод ортопедического лечения очагового пародонтита

центрального резца верхней челюсти (развившаяся стадия):

- 1.интердентальная шина В.Н. Копейкина
- 2.шина Мамлока
- 3.шина Эльбрехта
- 4.шина из четырех цельнолитых (металлокерамических, металлоакриловых) коронок
- 5.экваторные коронки в сочетании со съемной шиной, состоящей из бюгеля и опорно-удерживающих кламмеров

120. Возможно ли применение пластмассовых коронок при пародонтите?

- 1.нет
- 2.нет, так как усугубится течение
- 3.да
- 4.да, если процесс в стадии ремиссии
- 5.да, если край коронки не подводит под десну

121. Какова цель ортопедического лечения заболеваний пародонта?

1. вернуть зубной системе утраченное единство
2. принять меры к правильному распределению жевательного давления среди оставшихся зубов
3. устранить или, по крайней мере, уменьшить функциональную перегрузку зубов
4. предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки

5. 1+2+3
6. 1+2+3+4

122. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию зубов:

- 1.Фронтальную
- 2.По дуге
- 3.Сагиттальную
- 4.Парасагиттальную

123. К временным шинам для лечения пародонтита относится шина

- 1) Мамлока
- 2) Вебера
- 3) Эльбрехта
- 4) Порта

124. Функции тела опорно-удерживающего кламмера:

1. несет на себе конструктивные элементы кламмера
2. участвует в передаче и распределении жевательной нагрузки

3. препятствует опрокидыванию протеза

4. фиксация протеза

125. Временное шинирование при заболеваниях пародонта применяют:

1) устранить патологическую подвижность зубов

2) устранить травматическое воздействие измененной функции жевания

3) обеспечить равномерное распределение жевательного давления

4) обеспечить эффективность комплексного лечения

5) устранить вторичные деформации зубных рядов

6) решить вопрос о сохранении или удалении зубов с патологической

подвижностью

126. Выберите метод стабилизации развившейся стадии очагового пародонтита с распространением на всю фронтальную группу зубов:

1. фронтальная стабилизация

2. сагитальная стабилизация

3. парасагитальная стабилизация

4. фронтосагитальная стабилизация

5. стабилизация по дуге

127. Шина мамлока представляет собой:

1. Блок спаяных вместе полукоронки

2. Цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на парапульпарных штифтах

3. Цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на внутрикорневых штифтах

4. Блок спаяных вместе экваторных коронок

128. Возможно ли применение полукоронки в качестве шин при заболеваниях пародонта?

1. да

2. да, если пародонтит легкой и средней степени

3. да, только с предварительным депульпированием зубов

4. нет

129. Объединение всех зубов в блок непрерывной или многозвеньевой шиной (стабилизация по дуге) показано при

1. очаговом пародонтите

2. генерализованном пародонтите

3. пародонтозе

4. гингивите

130. Функции тела опорно-удерживающего кламмера:

1. несет на себе конструктивные элементы кламмера

2. участвует в передаче и распределении жевательной нагрузки

3. препятствует опрокидыванию протеза

4. фиксация протеза

131. Показаниями к удалению зубов при заболеваниях пародонта являются:

1) воспаление краевого пародонта

2) вторичные деформации

3) атрофия костной ткани более $\frac{3}{4}$ длины корня

4) резкое расширение периодонтальной щели

5) подвижность зубов 3 степени (при условии ликвидации воспалительного процесса)

6) частое абсцедирование тканей пародонта

132. Выжидательная тактика (несвоевременное шинирование и протезирование) после удаления зубов при заболеваниях пародонта приводит к:

1) перегрузке оставшихся зубов

2) обострению воспалительного процесса

3) увеличению патологической подвижности зубов

4) нормализации кровообращения и трофики пародонта

133. В основе выбора конструкции постоянных шинирующих аппаратов и протезов лежит:

1) наличие вторичных деформаций

2) наличие резервных сил пародонта

3) отсутствие резервных сил пародонта

4) развитие функциональной недостаточности пародонта

5) количество пар зубов-антагонистов

6) предполагаемый вид стабилизации зубного ряда

134. Регулировать передачу жевательного давления с промежуточной части шины – протеза при заболеваниях пародонта можно:

1) выравнивая углы наклона коронок опорных зубов

2) не применяя окклюзионных накладок

3) уменьшая ширину искусственных зубов

4) увеличивая базис и дугу протеза

5) меняя вид соединения кламмеров с базисом протеза

135. Регулировать передачу жевательного давления с промежуточной части шины – протеза при заболеваниях пародонта можно:

1) выравнивая углы наклона коронок опорных зубов

2) не применяя окклюзионных накладок

3) уменьшая ширину искусственных зубов

4) увеличивая базис и дугу протеза

5) меняя вид соединения кламмеров с базисом протеза

136. Вторичные деформации при 1 и 2 степени пародонтита, а также снижение окклюзионной высоты требуют предварительно провести ортодонтическое лечение для:

- 1) устранения вторичных деформаций
- 2) стабилизации процесса атрофии костной ткани
- 3) перестройки миотатического рефлекса
- 4) восстановления топографических взаимоотношений зубных рядов и элементов ВНЧС

137. Вторичные деформации зубных рядов, вследствие податливости и пластичности костной ткани чаще проявляются на:

- 1) нижней челюсти
- 2) верхней челюсти
- 3) обеих челюстях одинаково

138. Целью ортопедического лечения вторичных деформаций зубных рядов и прикуса является:

- 1) замещение дефектов зубных рядов и коронок зубов
- 2) нормализация окклюзионных контактов
- 3) устранение функциональной перегрузки тканей пародонта
- 4) нормализация функции жевания и ВНЧС
- 5) предотвращение атрофии костной ткани

139. Ортопедический метод лечения частичной адентии, осложненной вторичными деформациями зубных рядов и прикуса включает:

- 1) временное шинирование
- 2) метод сошлифовывания
- 3) избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба
- 4) метод дезокклюзии
- 5) протезирование

140. Лечение вторичных деформаций зубных рядов и прикуса методом дезокклюзии основано на:

- 1) сошлифовывании твердых тканей зубов
- 2) создании прерывистого действия повышенного давления с помощью лечебного аппарата
- 3) перестройка миотатического рефлекса

141. При изготовлении съемного имедиат-протеза исключается клинический этап

- 1.Получение слепков и моделей
- 2.Определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

3. Проверка восковой конструкции протеза
4. Припасовка и наложение протеза
142. Непосредственное протезирование
1. Позволяет сохранить высоту прикуса
 2. Избежать перегрузки пародонта сохранившихся естественных зубов
 3. Избежать осложнений от удаления зубов
 4. Обеспечить социальную активность больному
 5. Создать благоприятные условия для адаптации (в том числе фонетической) к постоянному зубному протезу (замещающему, шинирующему).

6. 1+2+3+4+5

143. Показаниями к изготовлению имедиат-протезов у больных с заболеваниями пародонта считают:

- 1) удаление передних зубов;
- 2) удаление зубов, фиксирующих высоту прикуса;
- 3) резекцию альвеолярной дуги челюсти;
- 4) удаление трех и более зубов.

5) 1+2+4

144. Изготовление имедиат-протезов способствует:

- 1) своевременной остановке луночкового кровотечения;
- 2) полноценному формированию кровяного сгустка;
- 3) защите кровяного сгустка от неблагоприятных факторов полости рта.

рта.

145. Перед наложением имедиат - протез с пластмассовым базисом:

1. промывают проточной водой
2. дезинфицируют в 3% растворе перекиси водорода 3-5 минут
3. дезинфицируют в 6% растворе перекиси водорода 60 минут
4. подвергают сухожаровой стерилизации при температуре 180°C 60 минут

минут

Ключи к тестам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
б	в	б	а	в	г	в	г	а	в
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
б	в	г	б	б	а	а	б	ав	бв
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

б	г	а	б	б	в	б	а	б	в
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
а	а	агд	аб	в	а	в	б	аб	б
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
в	а	в	в	г	г	д	в	а	в
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
б	в	а	б	в	б	в	г	б	б
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
в	а	б	в	а	а	в	г	в	в
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
б	г	а	б	б	а	б	а	б	в
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
д	б	б	в	а	а	в	в	г	г
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
в	в	а	б	в	в	а	б	б	в
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
г	в	б	в	в	10	2	6	6	4
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
234	3	6	5	1	5	7	8	2	5
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
б	2	4	1	2	4	3	2	2	1
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
4	3	2	2	1	4	3	2	2	1
141	142	143	144	145					
3	6	5	3	3					

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент 40 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на подвижность зубов, запах изо рта, кровоточивость десен в области нижних зубов слева. Объективно: 35,36 запломбированы, контакт между пломбами отсутствует, подвижность 1 степени, пародонтальный карман. Антагонисты на верхней челюсти 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме: атрофия костной ткани в области 35,36 на 1/2 длины корней. В области остальных зубов костная ткань не изменена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз, обоснование.
2. Укажите причину (причины) развития локального пародонтита.
3. Составьте комплексный план обследования и лечения.
4. Выбор ортопедической конструкции в области 3.5 и 3.6, обоснуйте.
5. Цель реабилитационных ортопедических мероприятий при пародонтите

Задача 2.

Пациент И., 57 лет, обратился с жалобами на кровоточивость десен, подвижность зубов, затрудненное жевание. Объективно: зубные ряды интактные. Подвижность всех зубов II степени; отек, гиперемия десневых сосочков, имеются зубные отложения. На рентгенограмме: нарушение кортикальной пластинки, убыль межзубных перегородок на 1/2 длины корней зубов, в области нижних резцов убыль межзубных перегородок на 2/3 длины корней.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, дайте обоснование. 2. Определите план лечения данного пациента; 3. Перечислите виды постоянных ортопедических шинирующих конструкций для передней группы зубов; 4. В каких случаях применяются разборные шины

Задача 3.

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Г. 75 лет с жалобами на плохую фиксацию полного съёмного пластиночного протеза на верхней челюсти и частичного съёмного протеза на нижней челюсти. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный съёмный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный съёмный пластиночный протез на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы. Объективно при осмотре: на верхней челюсти зубы полностью отсутствуют, на нижней челюсти сохранены 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3. Зубы 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеют III степень подвижности, 4.4, 4.3 и 3.3 устойчивые, шейки зубов оголены, десна гиперемирована, имеются зубные отложения. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка десны в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 гиперемирована, отёчна, имеются наддесневые зубные отложения, корни зубов оголены на $\frac{1}{2}$ длины корней. По рентгенологическим данным кортикальная пластинка в области; 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 резорбирована, отмечается убыль кости более $\frac{1}{2}$ длины корней, в области 4.4, 4.3 и 3.3 убыль до $\frac{1}{3}$ длины корней.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз по поводу воспаления в тканях пародонта и утраты зубов;
2. Комплексный план лечения;
3. Сроки коррекции полных съёмных пластиночных протезов;
4. Профилактика травматических (протезных) стоматитов;
5. Сроки пользования частичными и полными съёмными пластиночными протезами

Задача 4

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент И., 57 лет. Жалобы на подвижность имеющегося мостовидного протеза на нижней челюсти, отсутствие зубов на верхней челюсти, невозможность пользования съёмным протезом, затрудненное пережевывание пищи, неприятный запах изо рта, эстетический дефект. Перенесённые и сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Аллергологический анамнез не отягощён. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни по поводу заболевания пародонта. Последнее протезирование проводилось 7 лет назад, был изготовлен мостовидный протез с опорой на 4.6, 4.5, 4.3 и 3.3, 3.4 и полный съёмный протез на верхнюю челюсть, которым пациент не мог пользоваться. Внешний осмотр: отмечается углубление носогубных и подбородочной складок, углы рта опущены, в углах рта – трещины, мацерация, белые чешуйки в виде пудры. В полости рта металлокерамический мостовидный протез, который находится в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, подвижность имеющейся конструкции с опорными зубами II степени). Имеются над- и поддесневые зубные отложения. На спинке языка белый налет, снимается шпателем, галитоз.

Вопросы:

1. Составьте план обследования;
2. Составьте план комплексного лечения
3. Перечислите показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации;
4. Перечислите показания к двухэтапной дентальной имплантации

Задача № 5.

Больной М., 26 лет, предъявляет жалобы на отлом коронковой части 12 зуба во время еды 2 дня назад. Объективно: зубные ряды интактные, прикус ортогнатический. Корень 12 зуба устойчив, перкуссия безболезненная. С вестибулярной поверхности уровень перелома коронки находится под десной на 1,5 мм, небная стенка сохранена выше уровня десны на 2 мм. На рентгенограмме: корневой канал запломбирован до верхушки, периапикальных изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения и дайте его обоснование
3. Перечислите методы специальной подготовки для восстановления корня с субгингивальным разрушением штифтовой конструкцией
4. Дайте определение «биологической ширины», перечислите возможные последствия при внедрении в эту зону.
5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки прямым методом.

Задача № 6.

Больной Б., 55 лет, обратился с целью протезирования. Зуб 1.6 удален по поводу осложненного кариеса 2 дня назад. Объективно: лицо симметричное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений. Лунка зуба 1.6 заполнена кровавым сгустком. Зубы 1.7 и 1.5 интактные. Оставшиеся зубные ряды интактные. Соматические заболевания: Сахарный диабет 1 типа.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов
3. Возможно ли проведение имплантации в области 1.6
4. Дайте обоснование планируемой конструкции протеза
5. Перечислите клинические этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

Задача № 7.

Больной К., 30 лет, обратился с целью протезирования. Зубы 4.6, 4.5 удалены по поводу осложненного кариеса около 10 лет назад. Зубоальвеолярное выдвигание 1.6 и 1.5 зубов на 1,5 мм без обнажения шеек зубов, наклон 4.7 зуба около 25° в сторону дефекта. Зубы 1.6, 1.5, 4.7 интактные. Жалоб со стороны других органов не предъявляет. Объективно: лицо симметричное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений.

Вопросы.

1. Поставьте развернутый диагноз
2. Составьте план лечения с учетом возраста пациента.
3. Перечислите способы устранения деформаций зубных рядов
4. Опишите клинико-лабораторные этапы изготовления металлокерамических коронок с опорой на имплантаты при двухэтапной имплантации
5. Какой метод снятия оттиска является предпочтительным при большом количестве имплантатов
6. Укажите сроки остеоинтеграции на верхней и нижней челюсти

Задача 8

Больная П, 38 лет . обратилась в клинику с жалобами на воспаление дёсен, в области передних зубов, кровоточивость при чистке зубов. Зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 покрыты

металлокерамическими коронками около месяца назад. Объективно: прикус ортогнатический. Металлокерамические коронки на 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 состоятельны, края коронок находятся под десной на глубине 2,0 мм. Слизистая оболочка десны в области коронок отёчна, гиперемирована, при зондировании кровоточит. На рентгенограмме с медиальной и дистальной сторон имеются нависающие края коронок.

Вопросы.

1. Поставьте развернутый диагноз
2. Какой фактор привел к воспалению десны в области коронок?
3. Дайте определение «биологической ширины», перечислите возможные последствия при внедрении в эту зону.
4. Перечислите возможные врачебные и технические ошибки, приводящие к нависающим краям коронок
5. Перечислите меры профилактики данных ошибок

Задача 9

Больной Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на разрушение коронок зубов на верхней челюсти слева. Объективно: Зубы 2.4, 2.5 разрушены выше уровня десны на 2 мм, сохранены небные стенки. Зубные ряды интактные, прикус ортогнатический. Корни 2.4, 2.5 устойчивы, перкуссия безболезненная. На внутриротовом периапикальном снимке зубов 2.4, 2.5 тень пломбировочного материала прослеживается фрагментарно, располагается пристеночно, радиологически апекс не obturирован, определяется расширение пространства периодонтальной связки на всем протяжении.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения
3. Составьте план терапевтического лечения
4. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки из диоксида циркония.
5. Какие цементы используются для фиксации культевых штифтовых вкладок из диоксида циркония?

Задача 10

Больной Б., 48 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на разрушение коронок зубов на верхней челюсти справа. Объективно: Зуб 1.4 разрушен выше уровня десны на 2 мм, сохранена небная стенка. Зуб 1.5 разрушен ниже уровня десны на 2 мм. Зуб 1.6 на медиальной контактной поверхности кариозная полость в пределах дентина, холодовая проба (+), перкуссия безболезненная. Зубные ряды интактные.

На внутриротовом периапикальном снимке зубов 1.4, 1.5 тень пломбировочного материала прослеживается фрагментарно, располагается пристеночно, радиологически апекс не obturирован, определяется расширение пространства периодонтальной связки на всем протяжении.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения
3. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов
4. Перечислите виды промежуточной части мостовидных протезов.
5. Перечислите клинические этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза.

Задача 11

Больная Б., 38 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами

на подвижность коронки переднего зуба на верхней челюсти справа, боль при накусывании. Анамнез. Подвижность коронки появилась после откусывания твердой пищи. Пациентка работает преподавателем в школе. Объективно: Зуб 1.2 восстановлен большой пломбой на анкерном штифте. Подвижность коронковой части зуба в вестибуло-оральном направлении. Слизистая оболочка десневого края в области 1.2 отечна, гиперемирована. Зуб 1.3 интактный, 1.1 пломба. На внутриротовом периапикальном снимке зуба 1.2 в области средней трети корня визуально определяется тень металлической плотности, по конфигурации соответствующая штифту, в области средней трети определяется линейное снижение плотности рисунка с поперечной протяженностью, клинически соответствующее нарушению целостности твердых тканей зуба без смещения фрагментов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения
3. Перечислите возможные сроки протезирования после удаления зубов
4. Предложите варианты временного протезирования
5. Опишите клинико-лабораторные этапы изготовления съемного пластиночного имедиат-протеза.

Эталоны ответов

Задача 1.

1. Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести. Обоснование: рентгенологическое изменение в области 3.5, 3.6 зубов; пародонтальный карман, убыль кости на $\frac{1}{2}$ длины корня.

2. Отсутствие контактного пункта между 3.5 и 3.6, отсутствие контакта с антагонистами верхней челюсти.

3. а) Провести противовоспалительное лечение пародонтита у врача-терапевта или пародонтолога;

б) Оценить электровозбудимость пульпы 3.5 и 3.6, по показаниям провести эндодонтическое лечение;

в) Провести ортопедическое лечение несъемными конструкциями во втором сегменте (на верхней челюсти);

г.) Восстановить контактный пункт в 3.5 и 3.6 спаенными искусственными коронками с опорой на соседние зубы .

4. Отсутствие контактного пункта и развитие осложнений требует ортопедического лечения; при подвижности зубов необходимо использовать шинирующие конструкции. На основании этого выбирается несъемная шинирующая конструкция с опорой на соседние зубы, восстанавливающая контактный пункт в области 3.5 и 3.6, и разгружающая эти зубы

5. Улучшить функцию жевания, продлить жизнь зубов, повысить качество жизни пациента

Задача 2.

1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени с

очагами тяжелой деструкции в области нижних резцов. Обоснованием является рентгеновский снимок.

2. 1. Провести санацию зубов и профессиональную гигиену;
 2. Назначить противовоспалительную терапию и антибактериальную по показаниям, кюретаж;
 3. Рекомендовать консультацию терапевта для исключения соматической патологии (сахарный диабет, гипо- или гипертиреоз, остеопороз и т.д.);
 4. Провести избирательное пришлифовывание согласно данных окклюдограммы;
 5. Изготовить шинирующие ортопедические конструкции с многосвязными кламмерами и кламмерами Роуча
3. Шины на вкладках, балочные, кольцевые, колпачковые, на полукоронках, на корневых штифтах, на полных коронках
 4. Разборные шины применяются при выраженном наклоне отдельных зубов

Задача 3.

1. Хронический пародонтит средней тяжести в сочетании с тяжелыми очагами деструкции в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти, III тип атрофии по Шредеру. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти, 1 класс дефектов по Кеннеди.

2. 1. Обучить гигиене полости рта, провести профессиональную гигиену;

2. Направить к хирургу-стоматологу на удаление 4.2, 4.1, 3.1, 3.2; 3. Провести ортопедическое лечение полными съёмными протезами на верхнюю челюсть и частичными съёмными пластиночными протезами на нижнюю челюсть с гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы.

3. Коррекция протезов проводится спустя 1 – 2 суток, далее 1 раз в 3 дня, а затем по необходимости

4. При изготовлении полных съёмных пластиночных протезов обязательно использовать при получении функциональных оттисков индивидуальные жёсткие ложки. Припасовывать индивидуальные ложки с помощью проб Гербста. Выполнять назначения и рекомендации врача на период адаптации к протезам. Своевременно обращаться к врачу при появлении болей под протезом или от протезов. Соблюдать по возможности сроки пользования полными съёмными пластиночными протезами. При случайной поломке протезов сразу обращаться к врачу.

5. Сроки пользования частичными и полными съёмными пластиночными протезами составляют 4-5 лет

Задача 4.

1.1. Бактериологическое исследование соскоба с углов рта и спинки языка на candida

2. Компьютерная конусно-лучевая 3D диагностика верхней и нижней челюстей (определение тяжести пародонтита, плотности кости, объёма кости для планирования имплантатов)

3. Консультация терапевта с развёрнутым анализом крови, кровь на сахар

2.1. Противогрибковая терапия (по показаниям)

2. Общетеραπεвтическая подготовка (нормализация артериального давления и уровня сахара в крови) и премедикация перед хирургическим лечением (удалением зубов)

3. Снятие мостовидного протеза на нижней челюсти

4. Удаление по медицинским показаниям 4.6, 4.5, 4.3 и 3.3, 3.4 в несколько посещений

5. Изготовление полных съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти или при отсутствии противопоказаний ортопедическое лечение на имплантатах

3. 1. Широкий альвеолярный гребень

2. Большая зона прикрепления десны

3. Плотная кость с выраженной кортикальной пластинкой

4. Хорошая гигиена полости рта

5. Стабильный временный протез

4.1. Соматические заболевания

2. Вредные привычки (курение)

3. Низкая плотность кости

4. Плохой потенциал заживления

5. Необходимость увеличения размеров альвеолярного отростка (аугментация)

6. Пародонтальные факторы риска

Задача 5.

1. Дефект твердых тканей зуба кариозного происхождения, ИРОПЗ=0,9

2. 1. Специальная подготовка корня к восстановлению, так как имеется поддесневое разрушение.

2. Восстановление культевой штифтовой вкладкой, так как ИРОПЗ=0,9.

3. Изготовление искусственной коронки с целью восстановления анатомической формы.

3.1. Хирургическое удлинение коронки,

2. Ортодонтическая экструзия корня зуба

4. Биологическая ширина – это комплекс десневых тканей вокруг зуба, который располагается над альвеолярной костью. Гистологически он включает в себя соединительную ткань (Шарпеевы волокна) и прикрепленный к зубу эпителий. В среднем размер биологической ширины - 2 мм.

Внедрение в эту зону приводит к развитию воспаления и резорбции кости. Хроническое воспаление приводит к образованию пародонтальных карманов.

5.

1. клинический – препарирование, подготовка корневого канала, моделирование вкладки в полости рта, наложение временной пломбы.

2. лабораторный – литье вкладки из металла

3. клинический – припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки

Задача 6.

1. Дефект зубного ряда на верхней челюсти, III класс по Кеннеди.

2. Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

3. Имплантация невозможна. Сахарный диабет 1 типа является абсолютным противопоказанием к имплантации.

4. Мостовидный протез с опорами на 1.5, 1.7

5. 1. Обезболивание, препарирование опорных зубов, получение двухслойного оттиска, фиксация временных коронок;

2. Припасовка литого металлического каркаса в полости рта.

Определение цвета керамической облицовки;

3. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза.

4. Временная или постоянная фиксация металлокерамического мостовидного протеза.

Задача 7.

1. Дефект зубного ряда на нижней челюсти, III класс по Кеннеди. Осложнения: Зубоальвеолярное удлинение 1.6, 1.5 (первая форма), Мезиальный наклон 4.7

2. Специальная подготовка к протезированию – ортодонтическое устранение деформаций зубных рядов, Протезирование 4.6, 4.5 искусственными коронками с опорой на имплантаты

3. Сошлифовывание зубов, аппаратурный (ортодонтический), аппаратурно-хирургический, хирургический

4. 1 клинический - открывание формирователя десны, фиксация

слепочных трансферов к имплантатам и получение оттиска (открытой или закрытой ложкой), установка формирователя десны. Определение цвета зубов.

1 лабораторный. Прикручивание лабораторных аналогов имплантатов к трансферам в оттиске, изготовление рабочей модели с десневой маской, выбор и установка абатмента. Моделирование восковой композиции каркаса, замена на металл. Облицовка металлического каркаса керамической облицовкой.

2 клинический Припасовка металлокерамической коронки на имплантате

2 лабораторный Глазурование коронки

3 клинический – фиксация металлокерамической коронки

5.

Метод открытой ложки

6. верхняя челюсть 4-6 месяцев, нижняя челюсть 3-4 месяца.

Задача 8.

1. Хронический катаральный локализованный гингивит (К 05.1)

2. Воспаление десны могло быть вызвано:

- нарушением биологической ширины (поддесневое препарирование, травма десны во время препарирования, пропущен этап ретракции десны);

3. Биологическая ширина – это комплекс десневых тканей вокруг зуба, который располагается над альвеолярной костью. Гистологически он включает в себя соединительную ткань (Шарпеевы волокна) и прикрепленный к зубу эпителий. В среднем размер биологической ширины - 2 мм. Внедрение в эту зону приводит к развитию воспаления и резорбции кости. Хроническое воспаление приводит к образованию пародонтальных карманов.

4. Нависающие края могут быть вызваны

- недостаточным препарированием (очень узкий уступ или его отсутствие);

- дефектом оттиска (непроснятый уступ и зауступное пространство, поры или оттяжки на уступе);

- неточностью в изготовлении коронок (отсутствие плавного перехода между коронкой и твёрдыми тканями зуба);

5. - препарирование на уровне десны;

- финишное препарирование уступа с ретракционной нитью;

- предотвращение травмирования десны при препарировании;

- формирование уступа достаточной ширины в форме жёлоба;

- чёткое проснятие уступа и зауступного пространства, отсутствие пор и оттяжек в критически значимых зонах;

- контроль на каждом лабораторном этапе изготовления протеза.

Задача 9.

1. Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит K04.5)
2.4, 2.5, ИРОПЗ=0,9

2. 1. Эндодонтическое лечение зубов.

2. Восстановление зубов культевой штифтовой вкладкой.

3. Изготовление искусственных коронок.

3. Провести эндодонтическое лечение зубов

4. 1 клинический – препарирование, подготовка корневого канала, получение двухслойного оттиска, наложение временной пломбы.

1 лабораторный – изготовление модели из гипса, сканирование модели, цифровое моделирование вкладки, фрезерование вкладки

2 клинический – припасовка и фиксация культевой штифтовой вкладки

5. Самоадгезивные цементы

Задача 10.

1. Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит K04.5)
1.4, ИРОПЗ=0,9

Дефект коронки зуба (Хронический апикальный периодонтит K04.5) 1.5,
ИРОПЗ=1,0

Кариес дентина 1.6 (K0000) , II класс по Блэку

2. 1. Эндодонтическое лечение зуба 1.4, лечение кариеса зуба 1.6

2. Удаление зуба 1.5

3. Восстановление зуба 1.4 культевой штифтовой вкладкой.

4. Изготовление мостовидного протеза с опорой на 1.4, 1.6.

3. Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

4. Касательная, промывная, седловидная, овоидная.

5. 1. Обезболивание, препарирование опорных зубов, получение двухслойного оттиска, фиксация временных коронок;

2. Припасовка литого металлического каркаса в полости рта. Определение цвета керамической облицовки;

3. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза.

4. Временная или постоянная фиксация металлокерамического мостовидного протеза.

Задача 11.

1. Перелом корня зуба 1.2

2. Удаление зуба 1.2

Иммедиат протезирование

Окончательное протезирование после полной регенерации костной ткани.

3. Непосредственное (не позднее 24 часов), раннее (через 5-7 дней) и отдаленное (после регенерации костной ткани, через 2-3 месяца)

4. Съёмный пластиночный протез, мостовидный протез с опорами на 1.3 и 1.1

5.1 клинический – получение альгинатного оттиска до удаления зуба, определение цвета зубов.

1 лабораторный – изготовление модели из гипса, срезание гипсового зуба на модели, моделирование воскового базиса протеза, постановка зуба, замена воска на пластмассу.

2 клинический – припасовка и наложение протеза на лунку удаленного зуба в первые 24 часа после удаления.

Примеры тем рефератов:

1. Структура и оснащение стоматологических отделений медицинских организаций. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологических лечебно-профилактических учреждений.

2. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологических лечебно-профилактических учреждений

3. Организация работы младшего и среднего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях. Должностные обязанности и права врача по оказанию стоматологической и неотложной медицинской помощи

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Протокол лечения кариеса зубов

2. протокол лечения пульпита

3. протокол лечения периодонтита

4. протокол лечения гингивита

5. протокол лечения пародонтита.

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Клиническая стоматология Вопросы к зачету

1. Этические принципы в ортопедической стоматологии

2. Мотивация населения на стоматологическое ортопедическое лечение

3. Премедикация в ортопедической стоматологии
4. Современные материалы в ортопедической стоматологии (оттискные, для фиксации, конструкционные и т.д.)
5. Современные виды штифтовых конструкций
6. Современные методы протезирования несъемными конструкциями
7. Протезирование на имплантатах
8. Временные конструкции на этапах протезирования
9. Протезирование с применением телескопической системы фиксации
10. Замковые системы фиксации
11. Применение имплантатов при полном съемном протезировании
12. Современные методы функциональной диагностики в ортопедической стоматологии
13. Зубочелюстные аномалии и деформации.
14. понятие профилактики стоматологических заболеваний
15. Состав эмали.
16. 3 фазы минерализации эмали
17. гипоплазия эмали
18. причины возникновения гипоплазии
19. формы гипоплазии
20. лечение различных форм гипоплазии
21. профилактика гипоплазии
22. Какие клинические формы флюороза вы знаете
23. Что такое эндемический флюороз
24. Морфофункциональная характеристика зубочелюстной системы.
25. Классификации зубочелюстных аномалий.
26. Этиопатогенез и профилактика зубочелюстных аномалий.
27. Организация ортодонтической помощи населению.
28. клиническое обследование ортодонтического пациента
29. Дополнительные методы обследования ортодонтического пациента
30. Клинические функциональные пробы
31. Как изучить размеры головы и лица
32. Как производится измерение ширины апикального базиса
33. Какой индекс позволяет измерить размер зубной дуги в трансверзальном и сагиттальном направлении
34. Организация стоматологической помощи населению. Организация работы и оснащение стоматологической клиники.
35. Инфекционный контроль в стоматологии.
36. Мероприятия по охране труда и технике безопасности.

37. Диагностика и неотложная помощь при анафилактическом шоке.
 38. Диагностика и неотложная помощь при коллапсе.
 39. Диагностика и неотложная помощь при обмороке.
 40. Диагностика и неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности.
 41. Основные методы обследования зубов, зубных рядов, пародонта и слизистой оболочки рта.
 42. Дополнительные методы исследования. Функциональные и лабораторные методы исследования.. Психологическая подготовка и анестезиологическая защита пациента.
 43. . Местное обезболивание в стоматологии.
 44. . Классификация анестетиков местного действия.
 45. . Современные технологии диагностики и лечения кариеса.
 46. Современные технологии диагностики и лечения некариозных поражений твердых тканей зубов возникающих до прорезывания.
 47. Современные технологии диагностики и лечения некариозных поражений твердых тканей зубов возникающих после прорезывания.
 48. Принципы одонтопрепарирования поражений твердых тканей зубов
 49. Принципы реставрации твердых тканей зуба современными материалами.
 50. Современные методы диагностики и эндодонтического лечения пульпита.
 51. Современные методы диагностики и эндодонтического лечения периодонтита.
 52. Критерии качества эндодонтического лечения. Ошибки и осложнения в эндодонтии.
 53. Повторное эндодонтическое лечение.
 54. Восстановление зубов после эндодонтического лечения.
 55. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. Диспансеризация.
 56. Симптоматическое и патогенетическое лечение воспалительных заболеваний пародонта.
 57. Хирургические методы лечения воспалительных заболеваний пародонта.
 58. Декубитальная язва. Клиника, диф.диагностика, лечение.
 59. Вирусные поражения СОПР. Клиника, диф.диагностика, лечение.
 60. Пузырные дерматозы. Клиника, диф.диагностика, лечение.
 61. Предраковые заболевания слизистой оболочки рта.
- Онконастороженность

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которой он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

Зачет

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.

3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество

положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут **(I)**. Билет состоит из 2 вопросов **(II)**. Критерии сдачи зачета **(III)**:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя,

знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал

менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для оценки рефератов:

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

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

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

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточно для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают

эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную

			рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 2. Болезни пародонта [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Г. М. Барера. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-3459-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434598.html>

2. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов. В 3 ч. Ч. 1. [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Е.А. Волкова, О.О. Янушевича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-2629-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426296.html>

3. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-2708-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>

4. Планы ведения больных. Стоматология [Электронный ресурс] / О. Ю. Атьков и др.; под ред. О. Ю. Атькова, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-3400-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434000.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+

2. Операционная система Windows 10.

3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office

4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.

5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний

6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.

7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста,

поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного

изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отнесенном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные

материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже после составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в

рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Клиническая стоматология
(название дисциплины)

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками. Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, шкаф, стол преподавателя, стул преподавателя, учебно-наглядные пособия, необходимые для организации образовательной деятельности.	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 4 этаж, кабинет № 23, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2	Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала,

	подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
--	--	---