

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

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

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
8 семестр				
1	Профилактика кариеса; некариозных поражений твердых тканей зубов, заболеваний пародонта.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
2	Особенности течения и лечения кариеса зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
3	Особенности течения и лечения некариозных поражений зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
4	Особенности течения и лечения пульпитов временных и постоянных зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
5	Особенности течения и лечения периодонтитов временных и постоянных зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
6	Особенности течения и лечения заболеваний пародонта у детей и подростков.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания

7	Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Травматические повреждения, заболевания, обусловленные аллергией, проявление на СОПР детских инфекционных заболеваний и заболеваний внутренних органов. Хейлиты, глосситы.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
8	Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Острый герпетический стоматит. Кандидоз.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
9	Обезболивание и реанимация в детской хирургической стоматологии. Удаление временных и постоянных зубов у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
10	Клиника и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
11	Заболевания слюнных желез у детей воспалительного генеза	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, Доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания

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

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

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;

- Доклад/устное реферативное сообщение

- решение ситуационных задач;

- курация больного;

- разбор тематического больного;

- разбор истории болезни;

- иные формы контроля, определяемые преподавателем

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

2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1.

Принципы организации оказания амбулаторной стоматологической помощи детям и подросткам. Клинические аспекты развития зубов. Особенности стоматологического обследования детей и подростков.

1. При нарушении функции глотания клинически определяют нарушения состояния
 - 1) жевательных мышц
 - 2) всех мышц челюстно-лицевой области
 - 3) мышцы мягкого неба
 - 4) височные мышцы
 - 5) мышцы приротовой области
2. КПУ (з) - это индекс:
 - 1) интенсивности кариеса временных зубов;
 - 2) интенсивности кариеса постоянных зубов;
 - 3) интенсивности кариеса поверхностей;
 - 4) гигиенический.
3. У детей 3-х лет гигиеническое состояние полости рта оценивают с помощью индекса:
 - 1) Грин-Вермиллиона;
 - 2) Федорова-Володкиной;
 - 3) кп (п).
4. Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индексов:
 - 1) КПУ;
 - 2) Грин-Вермиллиона;
 - 3) Федорова-Володкиной;
 - 4) кп;
5. В детской стоматологии применяются методики рентгенологического исследования
 - 1) телерентгенография
 - 2) конусно-лучевая компьютерная томография
 - 3) панорамная рентгенография
 - 4) внутриротовая рентгенография
 - 5) все перечисленные выше методики
6. К основным методам обследования относятся:
 - 1) опрос, рентгенография
 - 2) опрос, осмотр
 - 3) осмотр, ЭОД
 - 4) ЭОД, рентгенография
 - 5) перкуссия, ЭОД
7. Окончательный диагноз включает:
 - 1) основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания и их осложнения;
 - 2) основное заболевание, данные дополнительных методов обследования;
 - 3) предварительный диагноз, сопутствующие заболевания и их осложнения;
 - 4) эпикриз.
8. К медицинской документации, которую ведёт врач-стоматолог детский НЕ относится:
 - 1) журнал записи амбулаторных операций;
 - 2) медицинская карта стоматологического больного;
 - 3) статистический талон амбулаторного пациента;
 - 4) сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета;
 - 5) контрольная карта диспансерного наблюдения.

9. Количественными показателями, характеризующими лечебную работу врача-стоматолога НЕ являются:

- 1) среднее число больных на врача в смену, в том числе, первичных;
- 2) среднее число выработанных врачом УЕТ в смену;
- 3) соотношение вылеченного неосложненного кариеса к осложненному;
- 4) среднее число санированных на врача в смену;
- 5) отсутствие осложнений после лечения зубов.

10. Предварительный диагноз ставится на основании:

- 1) консультации врачей смежных специальностей;
- 2) анализов и рентгенологических исследований;
- 3) анамнеза, жалоб, клинического осмотра;
- 4) эпикриза.

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

Тема 2.

1. Реминерализующая терапия - это:

- 1) методика пломбирования
- 2) методика реставрации
- 3) методика искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
- 4) методика искусственного насыщения эмали органическими компонентами
- 5) методика устранения смазанного слоя

2. Наиболее характерный клинический симптом при кариесе разных стадий – боль:

- 1) самопроизвольная
- 2) сохраняющаяся после устранения раздражителя
- 3) только в присутствии раздражителя
- 4) при накусывании на зуб

3. Высушенная поверхность кариозного белого пятна

- 1) теряет блеск
- 2) меняет цвет
- 3) остается без изменений

4. Для витального окрашивания эмали зубов используют

- 1) эритрозин
- 2) фуксин
- 3) метиленовый синий
- 4) йодистый калий
- 5) раствор Шиллера-Писарева

5. При лечении кариеса дентина временных зубов можно использовать

- 1) стеклоиономерные цементы
- 2) компомеры
- 3) композиты
- 4) стандартные металлические коронки
- 5) все вышеперечисленные

6. Для лечения кариеса дентина при глубокой кариозной полости применяют лечебные прокладки

- 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- 2) резорцин-формалиновую пасту
- 3) препараты на основе гидроокиси кальция
- 4) пасты на основе антибиотиков и антисептиков
- 5) пасты на основе эвгенола

7. При кариесе дентина зондирование полости болезненно

- 1) по краю эмали
- 2) по эмалеводентиновому соединению
- 3) по дну кариозной полости

8. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте

- 1) 6-7 лет
- 2) 8-9 лет

3) 10-11 лет

4) 12-13 лет

9. На каких поверхностях временных зубов чаще всего локализуются кариозные полости в возрасте после 4 лет

- 1) на местах гипоплазии и аплазии тканей зуба
- 2) в местах антенатального обызвествления
- 3) на жевательных поверхностях моляров
- 4) на апроксимальных поверхностях временных моляров

10. Кариесрезистентность – это

- 1) устойчивость к действию кислот
- 2) устойчивость к действию щелочей
- 3) устойчивость к действию кариесогенных факторов

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

Тема 3.

Особенности течения и лечения некариозных поражений зубов у детей.

1. Системная гипоплазия поражает зубы:

- 1) временные
- 2) постоянные
- 3) временные и постоянные

2. Причиной системной гипоплазии постоянных зубов являются

- 1) заболевания матери во время беременности
- 2) низкое содержание фтора в питьевой воде
- 3) генетические факторы

3. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зуба

- 1) гипоплазия эмали
- 2) отломы коронок зубов в результате травмы
- 3) флюороз

4. Пятна при флюорозе локализуются

- 1) по режущему краю
- 2) по всей поверхности коронки зуба
- 3) в области шейки зуба

5. Поражение зубов при флюорозе относят

- 1) к местным
- 2) к системным
- 3) к генетическим

6. Оптимальное содержание фтора в питьевой воде

- 1) 0,1-0,2 мг/л
- 2) до 0,5 мг/л
- 3) 6-7 мг/л
- 4) 1,0-1,5 мг/л
- 5) больше 10 мг/л

7. «Муаровая» эмаль характерна

- 1) для эрозии
- 2) для кариеса в стадии пятна
- 3) для системной гипоплазии
- 4) для несовершенного амелогенеза
- 5) для флюороза

8. При несовершенном дентиногенезе поражены

- 1) все временные зубы
- 2) все постоянные зубы
- 3) все временные и постоянные зубы
- 4) постоянные резцы
- 5) временные моляры

9. К развитию флюороза зубов приводят

- 1) общие заболевания ребенка
 - 2) заболевания матери в период беременности
 - 3) избыточное содержание фтора в питьевой воде
 - 4) пища и избыточным содержанием углеводов
 - 5) недостаточная гигиена полости рта
10. Поставить диагноз гипоплазии эмали пятнистой формы можно используя
- 1) реопародонтографию, термометрию
 - 2) аускультацию, перкуссию
 - 3) рентгенографию, электроодонтодиагностику
 - 4) витальное окрашивание.

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

Тема 4.

Особенности течения и лечения осложнений кариеса (пульпитов и периодонтитов) во временных зубах у детей.

1. Ампутация пульпы – это:
 - 1) удаление коронковой и корневой пульпы
 - 2) удаление корневой пульпы
 - 3) удаление коронковой части пульпы
2. Рентгенологически при хронических формах пульпита в межкорневом пространстве у временных моляров чаще выявляется
 - 1) остеопороз
 - 2) расширение пространства периодонтальной связки
 - 3) остеосклероз
 - 4) гиперцементоз
3. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:
 - 1) резорцин-формалиновой пастой
 - 2) пастой из окиси цинка на масляной основе
 - 3) фосфат-цементом
 - 4) штифтами
 - 5) не пломбировать вообще
4. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего нейтропенией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом пульпите в зубе 74 является
 - 1) биологический метод
 - 2) витальная ампутация
 - 3) девитальная ампутация
 - 4) витальная экстирпация
 - 5) удаление зуба
5. Временные зубы у детей имеют
 - 1) большую пульповую камеру, широкие каналы
 - 2) большую пульповую камеру, узкие каналы
 - 3) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие
 - 4) пульповая камера не сформирована
 - 5) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие
6. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:
 - 1) рентгенографии
 - 2) субъективных ощущений
 - 3) термодиагностики
 - 4) электроодонтодиагностики
7. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:
 - 1) раствора ЭДТА
 - 2) гипохлорита натрия
 - 3) перекиси водорода
 - 4) соляной кислоты
 - 5) хлоргексидина

8. Ведущим показанием к удалению временного зуба с хроническим периодонтитом является
- 1) возраст ребенка
 - 2) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
 - 3) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на зачатки постоянных зубов
 - 4) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
9. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть
- 1) системная гипоплазия эмали постоянных зубов
 - 2) местная гипоплазия постоянного зуба
 - 3) несовершенный дентиногенез
10. Наиболее частый путь инфицирования пульпы
- 1) по артериолам (гематогенное инфицирование)
 - 2) по дентинным канальцам
 - 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

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

Тема 5.

Особенности течения и лечения осложнений кариеса (пульпитов и периодонтитов) в постоянных зубах у детей.

1. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах
 - 1) 1-6 мкА
 - 2) 20-60 мкА
 - 3) 200 мкА
2. Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте
 - 1) пульпа воспалена, резко болезненна при зондировании
 - 2) пульпа воспалена только в устьях корневых каналов
 - 3) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части
 - 4) кариозная полость на контактной поверхности временного моляра, препарирование безболезненно
3. Осложнения, возникающие при биологических методах лечения пульпита, связаны
 - 1) с ошибками диагноза
 - 2) с неправильным выбором лекарственного препарата
 - 3) с не герметичной коронковой реставрацией
 - 4) с нарушением правил антисептики
 - 5) со всем перечисленным
4. Медикаментозное средство для антисептической обработки каналов
 - 1) капрофер
 - 2) йодиол
 - 3) гипохлорит натрия
 - 4) раствор Шиллера - Писарева
 - 5) 3% раствор перекиси водорода
5. Какой исход является желаемым при правильном выборе метода эндодонтического лечения постоянного зуба с несформированным корнем?
 - 1) завершение формирования корня зуба
 - 2) формирование корня зуба за счет одного цемента
 - 3) гиперцементноз верхушки корня зуба
 - 4) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
 - 5) стабилизация первоначальной ситуации
6. Апексификация это
 - 1) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором завершение роста корня происходит физиологическим способом
 - 2) способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями при котором апикальное отверстие закрывается с помощью остео-цементного барьера
7. Несформированный корень зуба на рентгенограмме проецируется

- 1) обычной длины
 - 2) длина корня меньше удвоенной высоты коронки зуба
 - 3) канал корня обычной ширины
 - 4) канал корня широкий, заканчивается «раструбом» (расширением просвета канала)
 - 5) верхушка корня заостренная, апикальное отверстие узкое
8. Формирование корней первых постоянных моляров заканчивается
- 1) в возрасте ребенка 9-10 лет
 - 2) в возрасте ребенка 10-11 лет
 - 3) в возрасте ребенка 12 лет
 - 4) в возрасте ребенка 13 лет
 - 5) в возрасте ребенка 14 лет
9. При лечении периодонтита постоянного несформированного зуба НЕ используется
- 1) резорцин-формалиновая паста
 - 2) биодентин
 - 3) МТА
 - 4) гидроксид кальция
10. Какие материалы используются для апексификации
- 1) составы из триоксидов минералов
 - 2) стеклоиономерный цемент
 - 3) формокрезол
 - 4) резорцин-формалиновая паста
 - 5) цинкоксидэвгеноловая паста

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

Тема 6.

Особенности течения и лечения заболеваний пародонта у детей и подростков.

1. Согласно Клиническим рекомендациям лечение простого маргинального гингивита начинают с:
 - 1) профессиональной гигиены полости рта
 - 2) кюретажа пародонтальных карманов
 - 3) гингивэктомии
 - 4) назначения витаминов
2. Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются заболеваниями краевого пародонта?
 - 1) открытый прикус
 - 2) тесное положение зубов
 - 3) глубокий прикус
 - 4) дистопия 1.3, 2.3
 - 5) любая из названных
3. Пародонтальным карманом является
 - 1) физиологический десневой карман
 - 2) ложный патологический
 - 3) истинный патологический зубодесневой карман
 - 4) ни один из перечисленных
4. Методом окклюзиографии можно установить
 - 1) симптомы неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса
 - 2) симптомы неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе
 - 3) тесное положение зубов
 - 4) все перечисленное
 - 5) ни один из перечисленных
5. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта наблюдаются при
 - 1) синдроме Папийона-Лефевра
 - 2) болезни Иценко-Кушинга
 - 3) гипофизарном нанизме
 - 4) циклическая нейтропения

6. Основным рентгенологическим признаком здорового сформированного пародонта является следующее -
- 1) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 - 2) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты и формы межзубных перегородок
 - 3) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 - 4) ни один из названных
7. К локальному пародонтиту приводит
- 1) гиповитаминоз
 - 2) прием противосудорожных препаратов
 - 3) отсутствие контактного пункта между соседними зубами
 - 4) патология эндокринной системы
8. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита, является
- 1) наличие патологического десневого кармана
 - 2) воспаление десневого края
 - 3) наличие зубного камня
 - 4) рентгенологические симптомы
9. Основным методом профилактики катарального гингивита является
- 1) рациональная гигиена полости рта
 - 2) сбалансированное питание
 - 3) полоскание полости рта растворами фтора
 - 4) санация полости рта
10. Как наиболее оптимальные для детей с заболеваниями пародонта при удалении поддесневого зубного камня следует избрать
- 1) инфильтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25%
 - 2) инфильтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25% с адреналином
 - 3) проводниковую анестезию раствором новокаина 2% с адреналином
 - 4) проводниковую анестезию раствором новокаина 2%
 - 5) аппликационную анестезию

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

Тема 7.

Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей.

1. Для обезболивания элементов поражения на слизистой оболочке полости рта применяют
 - 1) теброфеновую мазь
 - 2) нистатиновую мазь
 - 3) взвесь анестезина в масле
 - 4) неомициновую мазь
2. Для ХРАС характерны
 - 1) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
 - 2) острый катаральный гингивит
 - 3) единичные эрозии округлой или овальной формы
 - 4) пузырь на различных участках слизистой оболочки полости рта
 - 5) эрозии различных размеров с фестончатыми краями на гиперемизированном фоне
3. Эрозия овальной формы, покрытая фибринозным налетом и окруженная ободком гиперемии называется
 - 1) язва
 - 2) афта
 - 3) трещина
4. Для профилактики рецидивов герпетической инфекции назначают
 - 1) препараты для повышения иммунитета
 - 2) противовирусные препараты
 - 3) противовоспалительные препараты

- 4) противогрибковые препараты
5. Суть противовирусной терапии при ОГС в периоде высыпаний
 - 1) способствовать быстрой эпителизации элементов поражения
 - 2) способствовать снижению температурной реакции организма
 - 3) стимулировать неспецифическую реактивность организма ребенка
 - 4) предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения
 - 5) способствовать дезинтоксикации организма
6. Афты Беднара встречаются
 - 1) у детей первых месяцев жизни
 - 2) у детей 2-3 лет
 - 3) у старших школьников
 - 4) у детей школьного возраста
 - 5) у подростков
7. Основные симптомы при герпангине
 - 1) интоксикация
 - 2) боли в горле при глотании
 - 3) рвота
8. Противовирусным действием обладают
 - 1) актовегиновая мазь
 - 2) мазь ацикловир
 - 3) неомициновая мазь
 - 4) полимиксиновая мазь
 - 5) нистатиновая мазь
9. Диагноз кандидоза подтверждается исследованием:
 - 1) аллергологическим
 - 2) бактериоскопическим
 - 3) цитологическим
 - 4) серологическим
 - 5) иммунологическим
10. Наиболее характерной локализацией поражения кожи при многоформной экссудативной эритемии является локализация
 - 1) в подмышечной и паховой области
 - 2) на тыльной поверхности кистей рук
 - 3) на любых участках
 - 4) поражения кожи не встречаются.

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

Тема 8.

Изменения слизистой оболочки полости рта у детей при соматических заболеваниях. Хейлиты и глосситы у детей.

1. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются
 - 1) эрозии с гнойным отделяемым
 - 2) «медовые» корки
 - 3) эрозии с влажным белым налетом
2. Признаками стрепто-стафилококковых поражений (пиодермия) красной каймы губ, кожи лица и слизистой оболочки рта являются
 - 1) повышение температуры тела предшествует высыпаниям
 - 2) температура тела повышается при значительном распространении высыпаний
 - 3) геморрагические корки на губах
 - 4) единичные и сливающиеся эрозии, поверхностные изъязвления преимущественно на слизистой оболочке губ, кончика языка, реже единичные глубокие язвы с некротическим дном, плотными краями

- 5) толстые, желтые («медовые») корки, пустулезные высыпания на коже и красной кайме губ.
3. Язвенно некротические поражения слизистой оболочки полости рта наблюдаются при
- 1) гиповитаминозах
 - 2) хроническом гипацидном гастрите
 - 3) компенсированных заболеваниях почек
 - 4) хроническом бронхите
 - 5) заболеваниях крови и кроветворных органах
4. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются
- 1) эрозии с влажным белым налетом
 - 2) медовые корки
 - 3) эрозии с гнойным отделяемым
 - 4) лихенизация, трещины, мокнутие
5. Кровоизлияния в слизистую оболочку рта возможны
- 1) при нарушениях функции почек
 - 2) при диатезах
 - 3) при тромбоцитопениях разного происхождения
 - 4) при гипопластической (опластической) анемии
 - 5) при доброкачественных нейтропениях
6. Появлению хронических, рецидивирующих афт на слизистой оболочке рта детей способствуют
- 1) вредная привычка прикусывать слизистую оболочку рта и щек
 - 2) наличие рецидивирующих герпетических поражений губ и кожи лица у членов семьи
 - 3) ортодонтические коронки
 - 4) хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта и др.
 - 5) наследственные факторы, влияющие на особенности реактивности организма
7. Красная кайма, углы рта и прилежащая кожа поражаются
- 1) при сухой форме эксфолиативного хейлита
 - 2) при экссудативной форме эксфолиативного хейлита
 - 3) при атопическом (экзематозном) хейлите
 - 4) при грандулярном хейлите
 - 5) при образивном хейлите Манганотти
8. При каких изменениях языка дети иногда жалуются на боли в языке от некоторых видов пищи?
- 1) складчатый язык
 - 2) обложенный язык
 - 3) "волосатый" язык
 - 4) "географический" язык
 - 5) сочетание складчатого и "географического" языка
9. Синдром Мелькерссона-Розенталя включает:
- 1) складчатый язык и десквамативный глоссит
 - 2) складчатый язык и макрохейлит
 - 3) складчатый язык и макроглоссит
 - 4) складчатый язык и ромбовидный глоссит
10. Гюнтеровский глоссит сопровождается общесоматическими заболеваниями:
- 1) сосудистые патологии
 - 2) сахарный диабет
 - 3) дерматозы
 - 4) лейкозы
 - 5) В12-фолиеводефицитную анемию

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

Тема 9.
Обезболивание и реанимация в детской хирургической стоматологии.
Удаление временных и постоянных зубов у детей.

1. Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:
 - 1) обморока
 - 2) анафилактического шока
 - 3) сердечно-сосудистого коллапса
 - 4) аллергической реакции
 2. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию
 - 1) проводниковое обезболивание
 - 2) аппликационное обезболивание
 - 3) ингаляционный наркоз
 - 4) инфильтрационное обезболивание
 - 5) внутрикостное обезболивание
 3. Положительными свойствами лидокаина являются
 - 1) вызывать быстро наступающую глубокую и продолжительную анестезию
 - 2) не вызывать существенных изменений пульса, артериального давления, дыхания
 - 3) совместимости с сульфаниламидами, наркотическими веществами, антибиотиками
 - 4) малотоксичность
 - 5) все перечисленное
 4. Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:
 - 1) сердечно-сосудистого коллапса
 - 2) обморока
 - 3) аллергической реакции
 - 4) верно 1) и 2)
 - 5) верно 2) и 3)
 5. С чем связан основной механизм действия местных анестетиков?
 - 1) снижением проницаемости мембраны для ионов хлора
 - 2) снижением проницаемости мембраны для ионов натрия
 - 3) угнетающее действие на болевые центры головного мозга
 6. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы:
 - 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) клювовидные несходящиеся
 - 3) байонетные
 - 4) прямые
 - 5) штыковидные
 7. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:
 - 1) не проводится
 - 2) проводится всегда
 - 3) проводится по просьбе родителей
 - 4) проводится по настоянию родителей
 - 5) проводится при эффективном обезболивании
 8. Элеватор Леклюза предназначен для удаления:
 - 1) корней зубов верхней челюсти
 - 2) третьего большого коренного зуба нижней челюсти
 - 3) корней премоляров верхней челюсти
 - 4) корней временных зубов
 - 5) верно 1) и 4)
- ПК-2.4.
9. Перелом нижней челюсти при удалении зубов наиболее часто наблюдается в области:
 - 1) резцов
 - 2) клыков
 - 3) премоляров
 - 4) третьих моляров
 - 5) мышечковых отростков
 10. При удалении по ортодонтическим показаниям зубов 14 и 24 со сформированными корнями

кюретаж лунки:

- 1) не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится по просьбе родителей
- 4) проводится по настоянию родителей
- 5) верно 2), 3) и 4)

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

Тема 10.

Клиника и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.

1. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
 - 1) стрептококком в сочетании со стафилококком
 - 2) палочкой Коха
 - 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 - 4) стрептококком
 - 5) верно 3) и 4)
2. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
 - 1) срочной госпитализации
 - 2) иммунотерапии
 - 3) хирургической помощи
 - 4) противовоспалительной терапии
 - 5) верно 2) и 4)
3. Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:
 - 1) за 2-3 дня до операции
 - 2) одновременно с основной операцией
 - 3) через 2-3 дня после операции
 - 4) через 2 недели после операции
 - 5) через 4 недели после операции
4. Максимально листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок::
 - 1) до 7 дней
 - 2) до 15 дней
 - 3) до 30 дней
 - 4) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания
5. Какие пациенты НЕ относятся к группам риска, для которых требуются коррекция дозы или замена обычно применяемого препарата на лекарства резерва:
 - 1) пациенты, перенёвшие ОРВИ
 - 2) пациенты с почечной недостаточностью
 - 3) пациенты, страдающие сахарным диабетом
 - 4) пациенты с наличием в анамнезе побочных эффектов на другие препараты
 - 5) пациенты, получающие параллельное лечение другими лекарственными средствами
6. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
 - 1) антибактериальной терапии
 - 2) хирургической помощи в полном объеме
 - 3) десенсибилизирующей терапии
 - 4) противовоспалительной терапии
 - 5) верно 1) и 4)
7. Антибиотиком выбора при лечении одонтогенных флегмон у детей является:
 - 1) тетрациклин
 - 2) амоксициллин

- 3) полимиксин
 - 4) валациклоvir
 - 5) нимесулид
8. Какие документы должен представить родитель для получения листка нетрудоспособности по уходу за ребёнком:
- 1) страховой медицинский полис
 - 2) паспорт
 - 3) медицинская карта амбулаторного больного
 - 4) письменное разрешение главврача поликлиники
9. В каких случаях антибактериальная терапия НЕ назначается:
- 1) флегмона
 - 2) рваная рана полости рта
 - 3) перикоронит
 - 4) гингивостоматит Венсана
 - 5) острый герпетический стоматит
10. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:
- 1) по показаниям
 - 2) всегда
 - 3) никогда
 - 4) по настоянию родителей
 - 5) верно 1) и 4)

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

Тема 11.

Заболевания слюнных желез у детей воспалительного генеза

1. Какой антибиотик рекомендуется назначать для лечения бактериальных инфекций слюнных желез детям с аллергией на пенициллин:
- 1) левофлоксацин
 - 2) нитрофурантоин
 - 3) виролекс
 - 4) тетрациклин
 - 5) клиндамицин
2. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализируются в области:
- 1) щек
 - 2) верхней губы
 - 3) нижней губы
 - 4) кончика языка
 - 5) нижней поверхности языка
3. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:
- 1) дна рта
 - 2) щек
 - 3) верхней губы
 - 4) нижней губы
 - 5) кончика языка
4. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:
- 1) цистотомия
 - 2) цистэктомия
 - 3) цистаденэктомия
 - 4) криотерапия
 - 5) склерозирование
5. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:
- 1) клинический

- 2) контрастная рентгенография
 - 3) эхография
 - 4) пункция
 - 5) томография
6. Основным методом лечения кист слюнных желез является:
- 1) физиотерапия
 - 2) химиотерапия
 - 3) гормонотерапия
 - 4) аутогемотерапия
 - 5) хирургическое вмешательство
7. Для профилактики эпидемического паротита применяют иммунизацию противопаротитной вакциной в возрасте:
- 1) 3-7 лет.
 - 2) 4 - 8 лет
 - 3) 2-3 года
8. От какой пищи следует больному эпидемическим паротитом временно отказаться (на время лечения болезни):
- 1) от белков и углеводов;
 - 2) от жиров и углеводов,
 - 3) от углеводов и витаминов;
 - 4) от витаминов;
 - 5) от белков.
9. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:
- 1) хроническом рецидивирующем паротите
 - 2) остром эпидемическом паротите
 - 3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
 - 4) паротите новорожденных
 - 5) верно 1) и 3)
10. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:
- 1) острого эпидемического
 - 2) хронического рецидивирующего вне обострения
 - 3) хронического рецидивирующего в стадии обострения
 - 4) новорожденных
 - 5) верно 1), 2) и 3)

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

2.2 Ситуационные задачи по темам

Тема 1

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- ноющую боль в зубе нижней челюсти слева, беспокоящую по вечерам.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 3 дня назад. К врачу не обращались. При болях принимали нурофен.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			С	Р							С				
		1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
		4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
			П	П								?			

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 7.5 зуб – на жевательной и язычной поверхностях глубокая кариозная полость, выполненная размягчённым дентином и остатками пищи.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда после проведения анестезии
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда после проведения анестезии

При зондировании выявлено сообщение с полостью зуба, пульпа красного цвета, кровоточит при зондировании.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

3.5. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительному методу обследования, необходимому для постановки диагноза, относят:

- 1: рентгенографию
 - 2: витальное окрашивание
 - 3: реопародонтографию
 - 4: количественную световую флуоресценцию (QLF)
- ### 5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Витальное окрашивание

При использовании кариеc-маркера произойдёт окрашивание деминерализованных тканей.

5.3. Репародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 На рентгенограмме 7.5 зуба выявлена кариозная полость, а также:

- 1: сообщение с полостью зуба; ослабление рисунка костных балочек в области бифуркации корней, корни сформированы, патологических изменений в периапикальных тканях нет
- 2: сообщение с полостью зуба; очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней, корни сформированы, в периапикальной области очаг разрежения костной ткани без чётких контуров
- 3: сообщения с полостью зуба нет, в периапикальной области очаг разрежения костной ткани без чётких контуров, патологическая резорбция корней
- 4: сообщения с полостью зуба нет, патологических изменений в периапикальных тканях нет, корни не сформированы

Вопрос №4 Корень 7.5 зуба в 7 лет соответствует стадии корня:

- 1: сформированного
- 2: несформированного
- 3: незакрытой верхушки
- 4: физиологической резорбции

Вопрос №5 Основным диагнозом 7.5 зуба является:

- 1: хронический пульпит
- 2: хронический апикальный периодонтит
- 3: периапикальный абсцесс без свища
- 4: кариес дентина

9. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №6 Метод лечения 7.5 зуба у данного пациента заключается в:

- 1: витальной ампутации пульпы
- 2: удалении зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №7 Метод витальной ампутации подразумевает:

- 1: полное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной корневой пульпы
- 2: частичное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной части коронковой и корневой пульпы
- 3: полное удаление нежизнеспособной пульпы из коронковой части зуба и корневых каналов
- 4: наложение девитализирующего препарата с последующим удалением коронковой пульпы через несколько дней

Вопрос №8 В качестве изолирующей прокладки при лечении зубов методом витальной ампутации используют:

- 1:стеклоиономерные цементы
- 2: композитные материалы
- 3: амальгаму
- 4: компомеры

Вопрос №9 Метод витальной экстирпации подразумевает под собой:

- 1: полное удаление коронковой и корневой пульпы из корневых каналов под анестезией
- 2: частичное удаление коронковой пульпы под анестезией
- 3: частичное удаление корневой пульпы из корневых каналов под анестезией
- 4: полное удаление коронковой и корневой пульпы после её некротизации

Вопрос №10 Для пломбирования корневых каналов временных зубов используют:

- 1: цинк-оксид-эвгеноловую пасту
- 2:стеклоиономерный цемент
- 3: гуттаперчевые штифты
- 4: серебряные штифты

Вопрос №11 У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

- 1: артикаина с адреналином 1:200 000
- 2: артикаина с адреналином 1:100 000

3: лидокаина

4: бензокаина

Вопрос №12 Диспансерное наблюдение у детей дошкольного возраста рекомендуется осуществлять 1 раз в:

1: 3-6 месяцев

2: 1 год

3: 1 месяц

4: 1-2 недели

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- боль при приёме холодной пищи и напитков в области жевательных зубов верхней челюсти слева.

1.3. Анамнез заболевания

2.6 зуб был лечен по поводу кариеса сразу после прорезывания. Пломба выпала месяц назад. Жалобы на боли появились неделю назад. К врачу-стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, бронхит.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

			С	Р							С		?		
	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6			
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6			
			Р								О	О	С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 2.6 зуб – на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином и остатками пищи.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, отно-

сятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании кариозной полости выявлено сообщение с полостью зуба, пульпа красного цвета, резко болезненная, кровоточит при зондировании.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: вакуумная проба
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция (QLF)

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



На рентгенограмме 2.6 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, корни не сформированы, изменений в периапикальной области нет.

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом 2.6 зуба является:

- 1: хронический пульпит
- 2: хронический апикальный периодонтит
- 3: периапикальный абсцесс без свища
- 4: кариес дентина

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Формирование корня 2.6 зуба заканчивается в возрасте ____ лет:

- 1: 9-10
- 2: 6-7
- 3: 12-14
- 4: 3-5

Вопрос №5 Метод лечения 2.6 зуба в данной клинической ситуации заключается в:

- 1: витальной ампутации пульпы

- 2: удалении причинного зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №6 Метод витальной ампутации подразумевает:

- 1: полное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной корневой пульпы
- 2: частичное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной части коронковой и корневой пульпы
- 3: полное удаление нежизнеспособной коронковой и нежизнеспособной корневой пульпы
- 4: наложение девитализирующего препарата с последующим удалением коронковой пульпы

Вопрос №7 При витальной ампутации в постоянных зубах для покрытия корневой пульпы используют лечебные препараты, содержащие:

- 1: минеральный триоксидфосфат
- 2: формокрезол
- 3: резорцин-формалиновую смесь
- 4: параформальдегид

Вопрос №8 При лечении зубов методом витальной ампутации в качестве изолирующей прокладки используют:

- 1: стеклоиономерный цемент
- 2: композиты
- 3: амальгаму
- 4: силикатный цемент

Вопрос №9 У детей до 12-летнего возраста наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

- 1: артикаина с вазоконстриктором 1:200 000
- 2: артикаина с вазоконстриктором 1:100 000
- 3: лидокаина
- 4: бензокаина

Вопрос №10 Основным критерием успешного лечения пульпита постоянного зуба с несформированным корнем методом витальной ампутации является:

- 1: образование дентинного мостика
- 2: прекращение формирования корня
- 3: электрочувствительность пульпы выше 50 мкА
- 4: сохранение широкого апикального отверстия

Вопрос №11 Диспансерное наблюдение и рентгенологический контроль после лечения постоянных зубов с незаконченным формированием корней проводят один раз в:

- 1: 4-6 месяцев
- 2: 1 год
- 3: 1 месяц
- 4: 2-4 недели

Вопрос №12 Диспансерное наблюдение после витальной ампутации пульпы в постоянных зубах с незаконченным формированием корня осуществляют:

- 1: до окончания формирования корня
- 2: в течение 3 лет после лечения
- 3: при появлении осложнений
- 4: в течение 1 года после лечения

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 5 лет с целью консультации.

1.2. Жалобы

Не предъявляют.

1.3. Анамнез заболевания

Ребёнок чистит зубы нерегулярно.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Аллергических реакций не отмечают.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
	?								

Осмотр полости рта: на дистальной поверхности 8.4 зуба определяется кариозная полость, выполненная размягчённым пигментированным дентином.



Вопрос №1 Для уточнения диагноза проводят :

1. зондирование стенок и дна кариозной полости
2. перкуссию зубов
3. рентгенографию 8.4 зуба
4. термометрию
5. электроодонтометрию

3. Результаты обследования

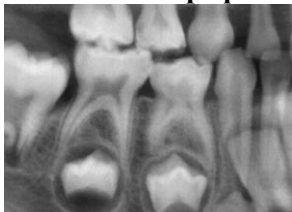
3.1. Зондирование стенок и дна кариозной полости

Зондирование стенок кариозной полости с аппроксимальной поверхности затруднено. После этапа раскрытия при зондировании определяется полость, выполненная размягчённым пигментированным дентином. Зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно.

3.2. Перкуссия зубов

Безболезненна.

3.3. Рентгенография 8.4 зуба



3.4. Термометрия

Отсутствие адекватной реакции ребёнка на исследование.

3.5. Электроодонтометрия

Отсутствие адекватной реакции ребёнка на исследование.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта проводят с помощью индекса:

1. Фёдорова – Володкиной
2. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)

3. эффективности гигиены полости рта РНР
4. КПУ

5. Результаты оценки гигиены полости рта с помощью индекса

5.1. Фёдорова – Володкиной

2,5

5.2. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)

Не применяется в данном возрасте.

5.3. эффективности гигиены полости рта РНР

Не применяется в данном возрасте.

5.4. КПУ

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данном случае имеет место кариес _____ 8.4 зуба:

1. дентина
2. эмали
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Кариозная полость, расположенная на контактной поверхности зуба, относится к _____ классу по Блэку:

1. II
2. I
3. III
4. IV

Вопрос №5 В данном случае имеет место степень активности кариеса:

1. I (компенсированная)
2. II (субкомпенсированная)
3. III (декомпенсированная)
4. IV (умеренная)

Вопрос №6 По глубине поражения кариес в данном случае :

1. средний
2. в стадии пятна
3. поверхностный
4. глубокий

Вопрос №7 Перед препарированием проводят :

1. анестезию
2. изоляцию рабочего поля
3. сбор смешанной слюны
4. рентгенографию

Вопрос №8 Для детей преимущественно применяют местные анестетики на основе _____ в концентрации _____ %:

1. артикаина; 4
2. бензокаина; 4
3. прокаина; 1
4. лидокаина; 10

Вопрос №9 Для медикаментозной обработки кариозной полости при лечении у детей применяют раствор _____ %:

1. биглюконата хлоргексидина 0,06
2. йодиола 1
3. глюконата кальция 10
4. хлорида натрия 2

Вопрос №10 Пломбирование временного зуба при условии достаточной изоляции от слюны проводят с помощью :

1. компомеров
2. цинкфосфатного цемента
3. цинкоксидэвгенольного цемента
4. силикофосфатного цемента

Вопрос №11 Рекомендации по диете при кариесе дентина у детей заключаются в :

1. уменьшении потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. приёме высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличении потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничении потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Прогноз при лечении кариеса дентина у детей:

1. благоприятный
2. сомнительный
3. неблагоприятный
4. долгосрочный

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратился ребёнок 12 лет с целью профилактического осмотра.

1.2. Жалобы

Не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Зубы чистит 1 раз в день.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Аллергических реакций не отмечает.
- С 7 лет страдает суставной формой ювенильного ревматоидного артрита.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

П											С
1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
С											С

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, гладкая, блестящая.

Прикус: дистоокклюзия.

Локальный статус. На окклюзионной поверхности 4.6 зуба определяется кариозная полость, заполненная размягчённым пигментированным дентином.



Вопрос №1 Для уточнения диагноза в данной клинической ситуации проводят:

1. зондирование стенок и дна кариозной полости
2. перкуссию зубов
3. витальное окрашивание эмали
4. определение pH слюны

5. определение вязкости смешанной слюны

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Зондирование стенок и дна кариозной полости

При зондировании определяется кариозная полость, заполненная размягчённым пигментированным дентином. Зондирование стенок кариозной полости по эмалево-дентинной границе болезненно.

3.2. Перкуссия зубов

Безболезненна.

3.3. Витальное окрашивание эмали

Исследование не имеет значения при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.4. Определение pH слюны

Исследование не имеет значения при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

3.5. Определение вязкости смешанной слюны

Исследование не имеет значения при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта проводят с помощью индекса:

1. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)
2. эффективности гигиены полости рта (РНР)
3. папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА)
4. Фёдорова – Володкиной
5. интенсивности кариеса зубов (КПУ)

5. Результаты оценки гигиены полости рта

5.1. Индекс гигиены рта упрощённого (ИГР-У)

2,5 (высокий, гигиена полости рта неудовлетворительная).

5.2. Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР)

3,9 (неудовлетворительный уровень гигиены).

5.3. Индекс папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА)

Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Индекс Фёдорова – Володкиной

Не применяется в данном возрасте.

5.5. Индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ)

Исследование не имеет значения при постановке диагноза в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 В данном клиническом случае диагнозом 4.6 зуба является кариес:

1. дентина
2. эмали
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. зубной налёт
2. короткая уздечка языка
3. избыточное поступление фтора с водой
4. позднее прорезывание постоянных зубов

Вопрос №5 Кариозная полость, расположенная на окклюзионной поверхности зуба, относится к _____ классу по Блэку:

1. I
2. II
3. III
4. V

Вопрос №6 Перед препарированием зуба проводят :

1. анестезию зуба
2. изоляцию рабочего поля
3. сбор смешанной слюны
4. индекацию зубного налёта

Вопрос №7 Для лечения детей преимущественно применяют местные анестетики на основе:

1. артикаина 4%
2. бензокаина 4%

3. прокаи́на 1%
4. лидокаи́на 10%

Вопрос №8 В данном клиническом случае возможно применение адгезивной системы с техникой тотального травления _____ поколения:

1. V
2. I
3. IV
4. VII

Вопрос №9 В качестве пломбировочного материала в данном клиническом случае целесообразно выбрать _____ отверждения :

1. композитный материал светового
2. композитный материал химического
3. стеклоиномерный цемент двойного
4. стеклоиномерный цемент тройного

Вопрос №10 Формирование дизайна кариозной полости, полирование краёв эмали осуществляют на _____ скорости наконечника _____ оборотов в минуту:

1. средней; 20000-120000
2. высокой; 250000-400000
3. низкой; 500-25000
4. очень высокой; 400000-500000

Вопрос №11 При протравливании кариозной полости используют гель с раствором _____ кислоты с концентрацией _____ %:

1. ортофосфорной; 37
2. ортофосфорной; 50
3. плавиковой; 9,5
4. плавиковой; 15

Вопрос №12 Рекомендации по диете при кариесе дентина у детей включают в себя :

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребление животных и растительных жиров

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

В клинику обратилась пациентка 4 года 6 месяцев с родителями.

1.2. Жалобы

родителей на

- появление кариозных полостей в 5.1, 6.1 зубах,
- неэстетичный внешний вид зубов.

1.3. Анамнез заболевания

Год назад родители заметили, что на контактных поверхностях 5.1 и 6.1 зубов появились пятна. К стоматологу не обращались. Месяц назад обратили внимание, что на контактных поверхностях 5.1 и 6.1 зубов появились дефекты и пигментация.

1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			С	П			?	?			П			
			5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5		
			8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5		
												С		

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: временный.

Локальный статус:

Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на медиальных контактных поверхностях 5.1, 6.1 зубов выявлены кариозные полости, заполненные пигментированным дентином.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на медиальных контактных поверхностях 5.1, 6.1 зубов выявлены кариозные полости в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозных полостей в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования в данном клиническом случае относят:

1. рентгенологическое исследование
2. метод трансиллюминационной диагностики
3. количественную световую флуоресценцию (QLF)
4. реопародонтографию
5. доплеровскую флоуметрию

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На медиальных контактных поверхностях 5.1 и 6.1 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, без сообщения с полостью зуба, изменений в периапикальной области нет.

5.2. Метод трансиллюминационной диагностики

Определяется тень кариозного поражения в эмали и дентине на медиальных контактных поверхностях зубов 5.1 и 6.1.

5.3. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Доплеровская флоуметрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом пациентки является ____ 5.1, 6.1 зубов:

1. кариес дентина
2. хронический пульпит
3. хронический пародонтит

4. кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По локализации кариозные дефекты на 5.1, 6.1 зубах относятся к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. III
2. I
3. II
4. V

Вопрос №5 Резорбция корней временных резцов начинается в возрасте ____ лет:

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

Вопрос №6 Метод лечения 5.1, 6.1 зубов заключается в:

1. препарировании кариозных тканей с последующим пломбированием кариозной полости
2. проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика (силанта)
3. применении реминерализующей терапии по методу Боровского
4. препарировании, проведении метода витальной ампутации и пломбировании кариозной полости

Вопрос №7 При пломбировании кариозных полостей на аппроксимальных поверхностях зубов обязательно применение:

1. матричных систем
2. окклюзионного штампа
3. защитных коронок
4. силиконового ключа

Вопрос №8 Для медикаментозной обработки кариозных полостей во временных зубах предпочтительно использовать:

1. хлоргексидина биглюконата раствор 0,05 %
2. гипохлорита натрия раствор 3 %
3. дистиллированную воду
4. этиловый спирт 95% + хлоргексидина биглюконата раствор 0,2%

Вопрос №9 При пломбировании кариозных полостей во временных резцах предпочтительно использовать:

1. стеклоиономерные цементы, компомеры
2. силикатные цементы и амальгаму
3. композитные и компомерные герметики
4. силикофосфатные цементы и вкладки

Вопрос №10 Показанием к использованию стандартных защитных коронок является:

1. разрушение коронки зуба 50% и более
2. разрушение коронки зуба менее 25%
3. кариес эмали в области фиссур зуба
4. разрушение коронки зуба ниже уровня десны

Вопрос №11 При высокой степени активности кариеса диспансеризацию детей дошкольного и младшего школьного возраста осуществляют 1 раз в:

1. 3 месяца
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Вопрос №12 Пациентке рекомендованы зубные пасты с содержанием фторида ____ ppm:

1. 500
2. 1200
3. 1450
4. 5000

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 7 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- наличие кариозной полости в 3.6 зубе.

1.3. Анамнез заболевания

На наличие кариозной полости в 3.6 зубе обратили внимание при прохождении диспансерного осмотра в школе месяц назад, к стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический тонзиллит.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

	С	П										П	С		
	1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.5	2.6		
	4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.5	3.6		
	П												?		

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный

Локальный статус: 3.6 зуб

Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)
5. определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удаленные постоянные зубы)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре жевательной поверхности зуба 3.6 выявлена кариозная полость, эмаль по краю дефекта имеет меловидно-белый цвет, дентин светлый.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина средней глубины, дентин мягкий, зондирование болезненно по стенкам кариозной полости.

3.3. Определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удаленные постоянные зубы)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования в данном клиническом случае относят:

1. рентгенологическое исследование

2. вакуумную пробу
3. реопародонтографию
4. количественную световую флуоресценцию (QLF)

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме 3.6 зуба определяется кариозная полость в пределах средних слоев дентина на жевательной поверхности, не сообщающаяся с полостью зуба. В периапикальных тканях патологических изменений нет.

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом пациента является ____ 3.6 зуба:

1. кариес дентина
2. хронический пульпит
3. хронический периодонтит
4. кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По локализации кариозная полость на 3.6 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. I
2. III
3. II
4. V

Вопрос №5 Формирование корней 3.6 зуба заканчивается в возрасте ____ лет:

1. 9-10
2. 6-7
3. 12-14
4. 3-5

Вопрос №6 Лечение 3.6 зуба заключается в:

1. препарировании с последующим пломбированием
2. проведении инвазивной герметизации фиссур
3. применении реминерализирующей терапии
4. проведении витальной ампутации и пломбировании

Вопрос №7 Эмаль по краю дефекта меловидно-белого цвета и светлый дентин в кариозной полости в 3.6 зубе у данного ребенка характерны для:

1. высокой степени активности кариеса
2. стабилизации кариозного процесса
3. кариеса на фоне пороков развития зуба
4. низкой степени активности кариеса

Вопрос №8 У детей с высокой активностью кариозного процесса и недостаточной минерализацией твердых тканей зубов для пломбирования кариозных полостей в постоянных зубах необходимо применять :

1. стеклоиономерные цементы
2. амальгаму
3. композитные материалы
4. силикатные цементы

Вопрос №9 Принципы малоинвазивной технологии при лечении кариеса постоянных зубов у детей включают:

1. щадящее отношение к тканям зуба, удаление только нежизнеспособных тканей
2. удаление всех пораженных тканей, создание дополнительной площадки для улучшения ретенции
3. удаление нежизнеспособных тканей без водного охлаждения
4. сохранение нежизнеспособных тканей в области дна кариозной полости

Вопрос №10 Герметизацию фиссур зубов для профилактики фиссурного кариеса проводят :

1. в течение года после прорезывания зуба
2. через два года после прорезывания зуба
3. через пять лет после прорезывания зуба
4. после прорезывания всех постоянных зубов

Вопрос №11 При применении для герметизации фиссур зуба стеклоиономерных герметиков исключается этап:

1. протравливания эмали ортофосфорной кислотой
2. очищения поверхности зуба
3. проверки окклюзионных контактов
4. изоляции зуба от слюны

Вопрос №12 Рекомендуемая периодичность проведения профессиональной гигиены данному пациенту составляет один раз в:

1. 6 месяцев
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 2.

Особенности течения и лечения кариеса зубов у детей.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Родители обратились на консультацию в поликлинику с ребёнком в возрасте 1 год и 6 месяцев.

1.2. Жалобы

на

- разрушение зубов.

1.3. Анамнез заболевания

Указанные жалобы отметили 1 месяц назад.

1.4. Анамнез жизни

Ребёнок родился в срок. С рождения находился на искусственном вскармливании, дополнительно получая из бутылочки сладкие соки и воду. Заболеваний в течение первого года жизни родители не отмечают.

1.5. Объективный статус



Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Осмотр полости рта: коронки зубов разрушены почти до десны, дентин обнажён, имеется обильное отложение зубного налёта. Слизистая оболочка десны у 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов гиперемирована, отёчна. Определяется укорочение уздечки верхней губы.

Зубная формула:

			Р	Р	Р	Р			
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5

8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

Вопрос №1 Для диагностики у детей раннего возраста применяют:

- 1: опрос
- 2: осмотр
- 3: рентгенографию
- 4: зондирование
- Д: перкуссию

3. Результаты методов обследования

3.1. Результат опроса

С рождения находился на искусственном вскармливании, дополнительно получая из бутылочки сладкие соки и воду.

3.2. Осмотр

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

3.3. Рентгенография



3.4. Зондирование

Не информативно.

3.5. Перкуссия

Не информативна.

Вопрос №2 В данном случае имеет место _____ форма кариеса:

- 1: декомпенсированная
- 2: компенсированная
- 3: субкомпенсированная
- 4: хроническая

Вопрос №3 Основным диагнозом в данном случае является _____ 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов:

- 1: пульпит
- 2: кариес дентина
- 3: хронический апикальный периодонтит
- 4: гипоплазия эмали

6. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 К патогенетическим факторам развития данной клинической ситуации относят нарушение течения беременности, характер вскармливания, заболевания ребёнка и:

- 1: отсутствие гигиены полости рта
- 2: применение гигиенических зубных паст
- 3: наличие короткой уздечки верхней губы
- 4: позднее прорезывание временных зубов

Вопрос №5 К особенностям процесса разрушения зубов, которые можно выявить при осмотре данного пациента, относят кариес:

- 1: циркулярный
- 2: в стадии белого пятна
- 3: приостановившийся
- 4: корня зуба

Вопрос №6 Предрасполагающим фактором развития такой ситуации в полости рта является _____ временных зубов:

- 1: гипоминерализация
- 2: флюороз зубов

3: пренатальная гипоплазия эмали

4: острая травма

Вопрос №7 Светлый, мягкий дентин временных зубов свидетельствует о/об _____ течении процесса:

1: активном

2: медленном

3: компенсированном

4: галлопирующем

Вопрос №8 Лечение 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов возможно после проведения исследования:

1: рентгенологического

2: бактериологического

3: флуоресцентного

4: биохимического

Вопрос №9 Выбор метода лечения пульпита зависит от формы пульпита, групповой принадлежности зуба, степени разрушения зуба и:

1: степени сформированности корней

2: способа вскармливания ребёнка

3: сроков прорезывания временных зубов

4: стабилизации кариозного процесса

Вопрос №10 Лечение данного ребёнка возможно только в условиях анестезии:

1: общей

2: местной

3: аппликационной

4: назальной

Вопрос №11 Методом лечения пульпита временного однокорневого зуба с несформированным корнем является:

1: пульпотомия

2: пульпэктомия

3: девитальная пульпотомия

4: высокая пульпотомия

Вопрос №12 Прогноз при лечении пульпитов временных зубов у детей:

1: благоприятный

2: неблагоприятный

3: сомнительный

4: удовлетворительный

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- боль ночью в зубе нижней челюсти слева, отдающую в ухо;
- резкую боль от холодного в 7.5 зубе.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 дня назад. К врачу-стоматологу не обращались, принимали нурофен.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпи-

руются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

				П							С				
	1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	1.1	2.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6			
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6			
				П						Р	?	С			

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 7.5 зуб – на язычной поверхности кариозная полость, заполненная размягчённым дентином.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия зуба безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлена болевая реакция в кариозной полости на язычной поверхности 7.5 зуба, зондирование резко болезненно в одной точке в проекции рога пульпы, вскрыта красная кровотокающая пульпа.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: вакуумная проба
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция (QLF)

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 На рентгенограмме у 7.5 зуба установлено: сообщение кариозной полости с полостью зуба _____, в области фуркации корней _____, корни _____, патологические изменения в периапикальной области:

- 1: выявляется; ослабление рисунка костных балочек; сформированы; отсутствуют
- 2: выявляется; очаг разрежения костной ткани; сформированы; в виде очагов разрежения костной ткани без чётких контуров
- 3: отсутствует; нормальный рисунок костной ткани; с выявленной патологической резорбцией; в виде очагов разрежения костной ткани без чётких контуров
- 4: отсутствует; нормальный рисунок костной ткани; не сформированы; отсутствуют

Вопрос №4 Основным диагнозом 7.5 зуба является:

- 1: хронический пульпит
- 2: хронический апикальный периодонтит
- 3: периапикальный абсцесс без свища
- 4: кариес дентина

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Метод лечения 7.5 зуба заключается в:

- 1: девитальной экстирпации пульпы
- 2: удалении причинного зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: отсроченном пломбировании

Вопрос №6 У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

- 1: артикаина с адреналином 1:200 000
- 2: артикаина с адреналином 1:100 000
- 3: лидокаина
- 4: бензокаина

Вопрос №7 При проведении метода девитальной экстирпации в первое посещение проводят:

- 1: наложение на вскрытую пульпу девитализирующего препарата
- 2: ампутацию и наложение на устья каналов резорцин-формалиновой смеси
- 3: ампутацию и наложение на устья каналов резорцин-формалиновой пасты
- 4: наложение на вскрытую пульпу препарата с гидроокисью кальция

Вопрос №8 Для девитализации пульпы при лечении пульпита временных зубов применяют препараты содержащие:

- 1: параформальдегид
- 2: мышьяковистую пасту
- 3: резорцин
- 4: формалин

Вопрос №9 При проведении метода девитальной экстирпации во второе посещение корневую пульпу:

- 1: удаляют
- 2: мумифицируют
- 3: некротизируют

4: сохраняют

Вопрос №10 Для медикаментозной обработки корневых каналов во временных зубах используют:

1: раствор хлоргексидинабиглюконата 0,05%

2: раствор хлоргексидинабиглюконата 5%

3: дистиллированную воду

4: этиловый спирт 95%

Вопрос №11 После медикаментозной обработки каналов проводят:

1: высушивание и obturацию каналов

2: мумификацию оставшейся пульпы

3: наложение временной повязки

4: наложение изолирующей прокладки

Вопрос №12 Каналы временных зубов пломбируют:

1: цинк-оксид-эвгеноловой пастой

2: стеклоиономерным цементом

3: гуттаперчевыми штифтами

4: термопластифицированной гуттаперчей

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 13 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- наличие кариозных полостей в 1.1, 2.1 зубах,
- боли при приёме сладкой пищи и напитков.

1.3. Анамнез заболевания

На наличие кариозных полостей в 1.1, 2.1 зубах обратили внимание при прохождении диспансерного осмотра в школе 3 месяца назад, к врачу-стоматологу не обращались. Боли появились неделю назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, хронический тонзиллит.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

		П	П				?	?					П		
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3,4	3.5	3.6	3.7	
		П											П		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на медиальных контактных поверхностях 1.1, 2.1 зубов выявлены кариозные полости, отмечается коричневая пигментация, эмаль по краю дефекта на 1.1 зубе имеет меловидно-белый цвет.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на медиальных контактных поверхностях 1.1, 2.1 зубов выявлены кариозные полости в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпацию по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 В данном клиническом случае необходимо провести дополнительные методы исследования :

1. рентгенографию
2. трансиллюминационную диагностику
3. вакуумную пробу
4. реопародонтографию
5. денситометрию

5. Результаты обследования

5.1. Рентгенография

На рентгенограмме 1.1, 2.1 зубов определяются кариозные полости в пределах средних слоёв дентина на медиальных контактных поверхностях, не сообщающиеся с полостью зуба. В периапикальных тканях патологических изменений нет.

5.2. Трансиллюминационная диагностика

Определяется тень кариозного поражения на медиальных контактных поверхностях 1.1, 2.1 зубов в пределах эмали и дентина.

5.3. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Денситометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом 1.1, 1.2 зубов является :

1. кариес дентина
2. хронический пульпит
3. хронический периодонтит
4. кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По локализации кариозные полости на 1.1, 2.1 зубах относятся к ___ классу кариозных полостей по Блэку:

1. III
2. I
3. II
4. V

Вопрос №5 Метод лечения данного пациента заключается в :

1. препарировании кариозной полости с последующим пломбированием
2. проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика (силанта)
3. применении реминерализующей терапии по методу Боровского –Волкова
4. экстирпации пульпы, медикаментозной и механической обработке корневых каналов и пломбировании

Вопрос №6 Основными принципами малоинвазивной технологии при лечении кариеса постоянных зубов у детей являются :

1. щадящее отношение к тканям зуба, удаление только нежизнеспособных тканей
2. удаление всех поражённых тканей, создание дополнительной площадки для улучшения ретенции
3. удаление нежизнеспособных тканей без водного охлаждения
4. отсутствие перерывов при удалении нежизнеспособных тканей с помощью бормашины

Вопрос №7 К преимуществам воздушно-абразивного метода препарирования твёрдых тканей относят :

1. меньшее удаление здоровых тканей, получение маленьких полостей, которые можно пломбировать по адгезивной технологии
2. исключение протравливания и адгезивной подготовки к пломбированию кариозной полости
3. отсутствие необходимости в использовании коффердама, защитных очков и пылесоса
4. быстрое раскрытие полости зуба для доступа к корневым каналам при лечении пульпита

Вопрос №8 У детей с низкой активностью кариеса, сформированными корнями зубов, зрелыми и хорошо минерализованными твёрдыми тканями зубов, выбор пломбирочного материала обусловлен:

1. локализацией поражения
2. решением врача
3. регионом, в котором проживает ребёнок
4. уровнем гигиены полости рта

Вопрос №9 При пломбировании у детей кариозных полостей на передней группе зубов предпочтительно использовать :

1. композиты
2. стеклоиономерные цементы
3. амальгаму
4. силико-фосфатные цементы

Вопрос №10 При пломбировании кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов обязательно применение:

1. матричных систем
2. окклюзионного штампа
3. тефлоновой ленты
4. силиконового ключа

Вопрос №11 Формирование корней 1.1, 2.1 зубов заканчивается в возрасте ____ лет:

1. 9-10
2. 6-7
3. 12-14
4. 3-5

Вопрос №12 Рекомендуемая периодичность осмотров и проведения профессиональной гигиены составляет один раз в:

1. 6 месяцев
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	38	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	----	----	----

Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	-----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 7 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- наличие кариозной полости в 1.6 зубе.

1.3. Анамнез заболевания

На наличие кариозной полости в 1.6 зубе обратили внимание при прохождении диспансерного осмотра в школе.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

	?	О	П							П			
	1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	1.1	2.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6	
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6	
		П	П								П		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. температурную пробу
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на жевательной поверхности 1.6 зуба выявлена кариозная полость в области фиссуры, отмечается коричневая пигментация.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на жевательной поверхности 1.6 зуба выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 В данном клиническом случае необходимо провести дополнительные методы исследования :

1. рентгенологическое исследование
2. трансиллюминационную диагностику
3. количественную световую флуоресценцию (QLF)
4. реопародонтографию
5. денситометрию

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме определяется кариозная полость в пределах плащевого дентина, не сообщающаяся с полостью зуба. В периапикальных тканях патологических изменений нет.

5.2. Трансиллюминационная диагностика

Определяется тень кариозного поражения в эмали и дентине на жевательной поверхности в области фиссур и ямок.

5.3. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Денситометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом 1.6 зуба является :

1. Кариес дентина
2. Хронический пульпит
3. Хронический периодонтит
4. Кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По локализации кариозная полость на 1.6 зубе относится к ___ классу кариозных полостей по Блэку:

1. I
2. II
3. III
4. V

Вопрос №5 Метод лечения данного пациента заключается в :

1. препарировании с помощью бормашины с последующим восстановлением анатомической и функциональной целостности зуба
2. проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика (силанта)
3. применении реминерализующей терапии по методу Боровского – Волкова
4. раскрытии полости зуба, экстирпации пульпы, медикаментозной и механической обработке корневых каналов

Вопрос №6 Основными принципами малоинвазивной технологии при лечении кариеса постоянных зубов у детей являются :

1. щадящее отношение к тканям зуба, удаление только нежизнеспособных тканей
2. удаление всех поражённых тканей при кариесе, создание дополнительной площадки для улучшения ретенции
3. удаление нежизнеспособных тканей без водного охлаждения
4. отсутствие перерывов при удалении нежизнеспособных тканей с помощью бор машины

Вопрос №7 К показаниям по применению отсроченного метода пломбирования в постоянных зубах у детей относят :

1. активное течение кариеса; глубокий кариес в несформированных зубах с незрелой эмалью
2. кариес эмали в области фиссур моляров и премоляров
3. хроническое течение кариозного процесса; наличие пигментации; плотные ткани в области поражения
4. компенсированную форму кариеса

Вопрос №8 При методе профилактического пломбирования в постоянных зубах со зрелой эмалью применяются :

1. композиционные герметики и жидкотекучие композиты
2. стеклоиномерный цемент и силикофосфатный цемент
3. компомеры и фосфатный цемент
4. силикофосфатный цемент и амальгама

Вопрос №9 Формирование корней в 1.6 зубе заканчивается в возрасте ____ лет:

1. 9-10
2. 6-7
3. 12-14
4. 3-5

Вопрос №10 Окончательное созревание эмали в области фиссур моляров и премоляров происходит через _____ после прорезывания зуба:

1. 2-3 года
2. 3-6 месяцев
3. 1-2 месяца
4. 5-7 лет

Вопрос №11 Этиотропным методом профилактики фиссурного кариеса в постоянных зубах у детей является :

1. герметизация фиссур
2. озонотерапия
3. реминерализирующая терапия
4. лазеротерапия

Вопрос №12 Герметизацию фиссур зубов для профилактики фиссурного кариеса проводят:

1. в течение года после прорезывания зуба
2. через два года после прорезывания зуба
3. через пять лет после прорезывания зуба
4. после прорезывания всех постоянных зубов

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратился ребёнок 11 лет с целью консультации.

1.2. Жалобы

Не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Зубы чистит 1 раз в день. Использует детскую зубную щётку с мягкими щетинами.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребенка соответствуют возрасту.
- В 5 лет перенёс ветряную оспу.
- Аллергических реакций не отмечает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

	П	П							П	С	
1.6	5.5	5.4	3.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	6.4	6.5	2.6
4.6	8.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	7.4	7.5	3.6

С	П								П	П	С
---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

Осмотр полости рта: На вестибулярной поверхности 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов в пришеечной определяются матовые участки эмали, не имеющие тенденции к ограничению

Локальный статус:



Вопрос №1 Для определения характера пятен и дефектов эмали проводят:

1. зондирование
2. витальное окрашивание эмали
3. перкуссию
4. термометрию
5. электроодонтометрию

3. Результаты обследования

3.1. Зондирование

При зондировании определяется шероховатость эмали.

3.2. Витальное окрашивание эмали

Бледно-голубое окрашивание матового пятна на эмали.

3.3. Перкуссия

Безболезненна.

3.4. Термометрия

Безболезненна.

3.5. Электроодонтометрия

8 мкА.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта в данной клинической ситуации проводят с помощью индекса:

1. гигиены рта (ИГР-У) упрощённого
2. эффективности гигиены полости рта РНР
3. Фёдорова – Володкиной
4. КПУ
5. папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)

5. Результаты обследования

5.1. Индекс гигиены рта (ИГР-У) упрощённого

1,8

5.2. Эффективность гигиены полости рта РНР

3,5

5.3. Индекс Фёдорова – Володкиной

Не применяется в данном возрасте.

5.4. КПУ

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

5.5. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)

45%

Вопрос №3 В данном случае имеет место кариес:

1. эмали
2. дентина
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. зубной налёт
2. короткая уздечка верхней губы
3. ротовое дыхание

4. позднее прорезывание постоянных зубов

Вопрос №5 Основным методом лечения кариеса эмали постоянных зубов является фторирование и:

1. реминерализирующая терапия
2. хирургическое лечение
3. пульпотомия
4. инфильтрация

Вопрос №6 Для ремотерапии применяют :

1. методику Боровского – Леуса
2. серебрение
3. озонотерапию
4. инфильтрацию

Вопрос №7 Улучшение химического состава и структуры участка деминерализации включает в себя применение:

1. кальций-фосфатного геля (СРР-АСР)
2. раствора нитрата серебра
3. раствора гипохлорита натрия
4. раствора формокрезола

Вопрос №8 Для снижения кариесогенности микрофлоры зубной биоплёнки назначают:

1. хлоргексидинсодержащие препараты
2. раствор фторида натрия
3. раствор перекиси водорода
4. раствор глюконата кальция

Вопрос №9 К альтернативным методам лечения кариеса эмали постоянных зубов относят метод:

1. инфильтрации
2. серебрения
3. химико-механический
4. пульпотомии

Вопрос №10 Первым этапом проведения метода инфильтрации является применение :

1. протравливающего геля с соляной кислотой
2. протравливающего геля с ортофосфорной кислотой
3. спиртосодержащего раствора
4. инфильтранта

Вопрос №11 Рекомендации по питанию при кариесе эмали постоянных зубов у детей включает в себя :

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. обязательный приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Дети с кариесом эмали постоянных зубов для проведения гигиенических мероприятий профилактических процедур должны посещать специалиста 1 раз в :

1. 6 месяцев
2. 12 месяцев
3. 9 месяцев
4. 1 месяц

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 8 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- быстропроходящие боли от сладкого в области 8.4, 8.5 зубов.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 недели назад, к врачу-стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, хронический тонзилит.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			С	С							С			
		1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6	
		4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6	
			?	?								С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. температурную пробу
5. определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на дистальной контактной поверхности 8.4 зуба выявлена кариозная полость, заполненная пигментированным дентином, на медиальной поверхности 8.5 зуба эмаль изменена в цвете.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на дистальной поверхности 8.4 зуба выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения. На медиальной поверхности 8.5 зуба выявлена кариозная полость, зондирование безболезненно.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

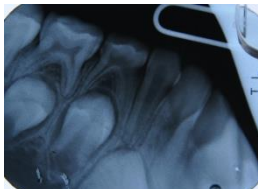
Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 В данном клиническом случае необходимо провести дополнительные методы исследования :

1. рентгенологическое исследование
2. трансиллюминационную диагностику
3. количественную световую флуоресценцию (QLF)
4. реопародонтографию
5. денситометрию

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенологическое исследование



5.2. Трансиллюминационная диагностика

Определяется тень кариозного поражения в эмали и дентине на медиальной контактной поверхности 8.5 зуба и дистальной контактной поверхности 8.4 зуба.

5.3. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Денситометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 На рентгенограмме 8.4, 8.5 зубов отмечаются:

1. на медиальной поверхности 8.5 зуба и дистальной поверхности 8.4 зуба кариозные полости в пределах эмали и дентина, без сообщения с полостью зуба, изменений в периапикальной области нет
2. на медиальной поверхности 8.5 зуба и дистальной поверхности 8.4 зуба глубокие кариозные полости, сообщающиеся с полостью зуба, изменений в периапикальной области нет
3. на медиальной поверхности 8.5 зуба и дистальной поверхности 8.4 зуба глубокие кариозные полости, сообщающиеся с полостью зуба, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани без чётких контуров диаметром 3 мм
4. переломы коронок 8.4, 8.5 зубов, проходящие через эмаль и дентин, сообщающиеся с полостями зубов, изменений в периапикальной области нет

Вопрос №4 Основным диагнозом 8.4, 8.5 зубов является :

1. кариес дентина
2. хронический пульпит
3. хронический периодонтит
4. кариес эмали

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 По локализации кариозные дефекты на 8.4, 8.5 зубах относятся к ___ классу кариозных полостей по Блэку:

1. II
2. I
3. III
4. V

Вопрос №6 Метод лечения данного пациента заключается в:

1. препарировании кариозных тканей с последующим пломбированием кариозной полости
2. проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика (силанта)
3. проведении реминерализующей терапии по методу Боровского – Волкова
4. применении метода витальной ампутации и последующим пломбированием кариозной полости

Вопрос №7 При пломбировании кариозных полостей на аппроксимальных поверхностях зубов обязательно применение:

1. матричных систем
2. окклюзионного штампа
3. защитных коронок
4. силиконового ключа

Вопрос №8 Для медикаментозной обработки кариозных полостей во временных зубах предпочтительно использовать:

1. раствор хлоргексидина биглюконата 0,06%
2. раствор хлоргексидина биглюконата 5 %
3. дистиллированную воду

4. этиловый спирт 95%

Вопрос №9 При пломбировании кариозных полостей во временных молярах предпочтительными пломбировочными материалами являются _____ цементы:

1. стеклоиономерные
2. силикатные
3. фосфатные
4. поликарбоксилатные

Вопрос №10 Показанием к использованию стандартных защитных коронок является :

1. разрушение коронки зуба 50% и более
2. разрушение коронки зуба менее 25%
3. кариес эмали в области фиссур зуба
4. разрушение коронки зуба ниже уровня десны

Вопрос №11 Развитие корней 8.4, 8.5 зубов в 8 лет соответствует стадии:

1. физиологической резорбции корня
2. несформированного корня
3. физиологического покоя
4. незакрытой верхушки корня

Вопрос №12 При высокой степени активности кариеса диспансеризацию детей дошкольного и младшего школьного возраста осуществляют 1 раз в :

1. 3 месяца
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 7

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 6 лет.

1.2. Жалобы

не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Родители ребёнка обратили внимание на наличие тёмного пятна на зубе 1 неделю назад.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Отмечают аллергическую реакцию в виде сыпи на апельсин.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

П									
5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5
?									

Осмотр полости рта: на окклюзионной поверхности 8.5 зуба определяется кариозная полость, выполненная размягчённым пигментированным дентином.

Вопрос №1 Для уточнения диагноза в данной клинической ситуации проводят :

1. зондирование
2. перкуссию

3. электроодонтометрию
4. термометрию
5. определение pH слюны

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Зондирование

При зондировании определяется кариозная полость, заполненная размягчённым пигментированным дентином. Зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно.

3.2. Перкуссия

Безболезненна.

3.3. Электроодонтометрия

Отсутствие адекватной реакции ребенка на исследование.

3.4. Термометрия

Отсутствие адекватной реакции ребёнка на исследование.

3.5. Определение pH слюны

Обследование не имеет значения для уточнения диагноза у данного больного.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта у данного пациента проводят с помощью индекса:

1. Фёдорова – Володкиной
2. гигиены рта (ИГР-У) упрощённого
3. эффективности гигиены полости рта РНР
4. КПУ

5. Результаты

5.1. Индекс Фёдорова – Володкиной

2,5

5.2. Индекс гигиены рта (ИГР-У) упрощённого

Не применяется в данном возрасте.

5.3. Индекс эффективности гигиены полости рта РНР

Не применяется в данном возрасте.

5.4. КПУ

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данной клинической ситуации имеет место кариес _____ 8.5 зуба:

1. дентина
2. эмали
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Кариозная полость, расположенная на окклюзионной поверхности зуба, относится к _____ классу по Блэку :

1. I
2. II
3. III
4. IV

Вопрос №5 В данном случае имеет место степень активности кариеса:

1. I (компенсированная)
2. II (субкомпенсированная)
3. III (декомпенсированная)
4. IV (умеренная)

Вопрос №6 При лечении кариеса дентина временного зуба пломбирование проводят :

1. в одно посещение с препарированием
2. в следующее посещение
3. без препарирования
4. после профессиональной гигиены полости рта

Вопрос №7 Перед препарированием проводят :

1. анестезию
2. изоляцию рабочего поля
3. сбор смешанной слюны
4. рентгенографию

Вопрос №8 Для инфльтрационной и проводниковой анестезии у детей преимущественно применяют местные анестетики на основе:

1. артикаина 4%
2. бензокаина 4%
3. прокаина 1%
4. лидокаина 10%

Вопрос №9 При препарировании кариозных полостей I класса по Блэку необходимо :

1. максимально сохранять бугры на окклюзионной поверхности
2. максимально иссекать бугры на окклюзионной поверхности
3. максимально иссекать непоражённые ямки и фиссуры
4. создавать ретенционную форму полости

Вопрос №10 Пломбирование временного зуба при отсутствии адекватной изоляции от слюны проводят с помощью :

1. стеклоиномерных цементов
2. композитных материалов
3. компомерных материалов
4. амальгаммы

Вопрос №11 Рекомендации по питанию при кариесе дентина у детей включают в себя:

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. обязательный приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Прогноз при лечении кариеса дентина у детей:

1. благоприятный
2. сомнительный
3. неблагоприятный
4. долгосрочный

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 8

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 7 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- наличие кариозной полости в 3.6 зубе.

1.3. Анамнез заболевания

На наличие кариозной полости в 3.6 зубе обратили внимание при прохождении диспансерного осмотра в школе месяц назад, к стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический тонзиллит.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

	С	П									П	С		
	1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6		

5. 9-10
6. 6-7
7. 12-14
8. 3-5

Вопрос №6 Лечение 3.6 зуба заключается в:

5. препарировании с последующим пломбированием
6. проведении инвазивной герметизации фиссур
7. применении реминерализирующей терапии
8. проведении витальной ампутации и пломбировании

Вопрос №7 Эмаль по краю дефекта меловидно-белого цвета и светлый дентин в кариозной полости в 3.6 зубе у данного ребенка характерны для:

5. высокой степени активности кариеса
6. стабилизации кариозного процесса
7. кариеса на фоне пороков развития зуба
8. низкой степени активности кариеса

Вопрос №8 У детей с высокой активностью кариозного процесса и недостаточной минерализацией твердых тканей зубов для пломбирования кариозных полостей в постоянных зубах необходимо применять :

5. стеклоиономерные цементы
6. амальгаму
7. композитные материалы
8. силикатные цементы

Вопрос №9 Принципы малоинвазивной технологии при лечении кариеса постоянных зубов у детей включают:

5. щадящее отношение к тканям зуба, удаление только нежизнеспособных тканей
6. удаление всех пораженных тканей, создание дополнительной площадки для улучшения ретенции
7. удаление нежизнеспособных тканей без водного охлаждения
8. сохранение нежизнеспособных тканей в области дна кариозной полости

Вопрос №10 Герметизацию фиссур зубов для профилактики фиссурного кариеса проводят :

5. в течение года после прорезывания зуба
6. через два года после прорезывания зуба
7. через пять лет после прорезывания зуба
8. после прорезывания всех постоянных зубов

Вопрос №11 При применении для герметизации фиссур зуба стеклоиономерных герметиков исключается этап:

5. протравливания эмали ортофосфорной кислотой
6. очищения поверхности зуба
7. проверки окклюзионных контактов
8. изоляции зуба от слюны

Вопрос №12 Рекомендуемая периодичность проведения профессиональной гигиены данному пациенту составляет один раз в:

5. 6 месяцев
6. 1 месяц
7. 1 год
8. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 9

1.1. Ситуация

Родители с ребенком 12 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- появление белых пятен на зубах.

1.3. Анамнез заболевания

На пятна обратили внимание при прохождении диспансеризации в школе 1 месяц назад. К врачу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Пыльцевая аллергия на цветение березы.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

	П											П/С		
	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6		
	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6		
	П			?	?							П		

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена

Прикус: постоянный

Локальный статус:

Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. инструментальное исследование с помощью зонда
2. витальное окрашивание
3. определение степени подвижности зуба
4. определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании поверхность пятен гладкая.

3.2. Витальное окрашивание

При окрашивании раствором метиленового синего 1% пятна окрашиваются в синий цвет.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. количественная световая флуоресценция (QLF)
2. электроодонтодиагностика
3. прицельная внутриротовая рентгенография
4. фиброоптическая трансиллюминация

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом, у части с пятнами – красным.

5.2. Электроодонтодиагностика

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации из-за маленького возраста пациента.

5.3. Прицельная внутриротовая рентгенография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Фиброоптическая трансиллюминация

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Окончательным диагнозом пациента является _____ 4.3, 4.2 зубов :

1. кариес эмали
2. кариес дентина
3. хронический пульпит
4. гипоплазия эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации проводят с :

1. гипоплазией эмали
2. первичной адентией
3. травматическим переломом коронок
4. хроническим пульпитом

Вопрос №5 В дифференциальной диагностике кариеса эмали с гипоплазией эмали помогает изучение анамнеза жизни с целью выявления:

1. времени, когда появилось поражение
2. региона проживания ребенка
3. характера вскармливания на первом году жизни
4. применения фторидсодержащих зубных паст

Вопрос №6 Предпочтительным методом лечения 4.3, 4.2 зубов является:

1. реминерализирующая терапия
2. препарирование и реставрация
3. изготовление защитных коронок
4. реставрация без препарирования

Вопрос №7 Для реминерализирующей терапии применяют препараты, содержащие:

1. кальций и фосфаты
2. хлор и магний
3. калий и цинк
4. фториды и пероксиды

Вопрос №8 Для успешного лечения кариеса эмали постоянных зубов необходимо осуществить:

1. нормализацию гигиены полости рта
2. реставрацию зубов композитными материалами
3. полоскание антисептическими препаратами
4. использование метода отсроченного пломбирования

Вопрос №9 Критерием эффективности лечения является:

1. уменьшение размеров пятен, появление блеска эмали
2. увеличение размеров пятен, появление пигментации
3. более интенсивное окрашивание пятен красителями
4. появление шероховатости при зондировании

Вопрос №10 Комплексное лечение кариеса эмали постоянных зубов у детей включает:

1. профессиональную гигиену полости рта
2. консультацию врача-педиатра
3. использование метода отсроченного пломбирования
4. назначение иммуномодуляторов

Вопрос №11 Зубные нити (флоссы) рекомендуется самостоятельно использовать детям с возраста _____ лет:

1. 9-10
2. 2-3
3. 5-6
4. 12-14

Вопрос №12 Пациенту для ежедневной гигиены полости рта рекомендовано использовать пасту :

1. содержащую 1450 ppm фторида
2. без содержания фторида
3. содержащую 5000 ppm фторида
4. содержащую 500 ppm фторида

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	52	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	----	----	----

Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 10

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 13 лет.

1.2. Жалобы

на

- частичное разрушение коронки 4.6 зуба,
- кратковременные, быстропроходящие боли от сладкого и холодного.

1.3. Анамнез заболевания

Разрушение заметили 2 недели назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

		П											П		
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	
		?											С		

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный

Локальный статус:

Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. инструментальное исследование с помощью зонда
2. температурную пробу
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Инструментальное исследование с помощью зонда

Кариозная полость на аппроксимальной поверхности 4.6 зуба заполнена размягченным дентином. Зондирование умеренно болезненно по всему дну кариозной полости.

3.2. Температурная проба

Положительная, болевая реакция быстро проходит после устранения раздражителя.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. рентгенологическое исследование
2. реопародонтография
3. инфракрасная лазерная флюоресценция

4. количественная световая флюоресценция

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

5.2. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Инфракрасная лазерная флюоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флюоресценция

Отмечается равномерное свечение при прохождении света через коронку зуба.

Вопрос №3 На рентгенограмме 4.6 зуба выявлена кариозная полость:

1. на апроксимальной поверхности зуба, не сообщающаяся с полостью зуба, корни сформированы, изменений в периапикальной области нет
2. на апроксимальной поверхности зуба, сообщающаяся с полостью зуба, патологическая резорбция корней, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани диаметром 3 мм
3. на апроксимальной поверхности зуба, сообщающаяся с полостью зуба, корни не сформированы, в периапикальной области очаги деструкции костной ткани диаметром 5 мм
4. на жевательной поверхности зуба, не сообщающаяся с полостью зуба, корни сформированы, изменений в периапикальной области нет

Вопрос №4 Окончательным диагнозом пациента в данной клинической ситуации является _____

4.6 зуба:

1. кариес дентина
2. кариес эмали
3. хронический пульпит
4. хронический периодонтит

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 По полученным данным клинического обследования данная форма кариеса соответствует :

1. глубокому кариесу
2. среднему кариесу
3. хроническому пульпиту
4. хроническому периодонтиту

Вопрос №6 Формирование корней зуба 4.6 заканчивается в возрасте :

1. 9-10 лет
2. 6-7 лет
3. 12-14 лет
4. 3-5 лет

Вопрос №7 По локализации кариозная полость на 4.6 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. II
2. I
3. III
4. V

Вопрос №8 Предпочтительным методом лечения 4.6 зуба является:

1. отсроченное пломбирование
2. витальная ампутация
3. частичная пульпотомия
4. удаление зуба

Вопрос №9 При методе отсроченного пломбирования в качестве лечебной прокладки применяют:

1. твердеющие кальцийсодержащие пасты
2. кальцийсодержащую пасту с йодоформом
3. стеклоиономерный цемент
4. композит

Вопрос №10 Удаление временной пломбы и окончательная механическая обработка кариозной полости при методе отсроченного пломбирования проводится через :

1. 1-6 месяцев
2. 1-3 дня
3. 7-10 дней
4. 1-2 года

Вопрос №11 При лечении кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов в обязательном порядке необходимо использовать :

1. матричную систему
2. стандартные коронки
3. композиционные материалы
4. силиконовый ключ

Вопрос №12 Матричные системы при восстановлении апроксимальных кариозных поверхностей используют для:

1. предотвращения формирования нависающего края
2. повышения эстетики реставрации
3. профилактики вторичного кариеса
4. защиты соседнего зуба

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 11

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 13 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- наличие кариозной полости в 3.6 зубе,
- быстропроходящие боли при приеме пищи и напитков.

1.3. Анамнез заболевания

На наличие кариозной полости в 3.6 зубе обратили внимание при прохождении диспансерного осмотра в школе 3 месяца назад, к стоматологу не обращались. Боли появились 2 недели назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, хронический тонзиллит.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

		П					С						П		
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	
		С											?		

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена

Прикус: постоянный

Локальный статус: 3.6 зуб

Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. температурную пробу

4. определение степени подвижности зуба.
5. определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)
6. определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удаленные постоянные зубы)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре жевательной поверхности 3.6 зуба выявлена кариозная полость, эмаль по краю дефекта имеет меловидно-белый цвет, дентин светлый.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина, дентин мягкий, легко удаляется пластинами, зондирование болезненно по всему дну кариозной полости.

3.3. Температурная проба

Положительная, болевая реакция быстро проходит после устранения раздражителя.

3.4. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удаленные постоянные зубы)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования в данном клиническом случае относят:

1. рентгенологическое исследование
2. вакуумную пробу
3. реопародонтографию
4. количественную световую флуоресценцию (QLF)

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 На рентгенограмме 3.6 зуба выявлена кариозная полость:

1. на жевательной поверхности зуба, не сообщающаяся с полостью зуба, корни сформированы, изменений в периапикальной области нет
2. на апроксимальной поверхности зуба, сообщающаяся с полостью зуба, патологическая резорбция корней, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани диаметром 3 мм
3. на жевательной поверхности зуба, сообщающаяся с полостью зуба, корни не сформированы, в периапикальной области очаги деструкции костной ткани диаметром 5 мм
4. на апроксимальной поверхности зуба, не сообщающаяся с полостью зуба, корни сформированы, изменений в периапикальной области нет

Вопрос №4 Основным диагнозом пациента является _____ 3.6 зуба:

1. кариес дентина
2. хронический пульпит
3. хронический периодонтит
4. кариес эмали

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 По локализации кариозная полость на 3.6 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. I
2. III
3. II
4. V

Вопрос №6 Формирование корней 3.6 зуба заканчивается в возрасте _____ лет:

1. 9-10

2. 6-7
3. 12-14
4. 3-5

Вопрос №7 По полученным данным клинического обследования данная форма кариеса соответствует :

1. глубокому кариесу
2. среднему кариесу
3. хроническому пульпиту
4. хроническому периодонтиту

Вопрос №8 Лечение 3.6 зуба заключается в:

1. применении метода отсроченного пломбирования
2. проведении инвазивной герметизации фиссур
3. применении реминерализующей терапии
4. проведении витальной экстирпации и пломбировании

Вопрос №9 При методе отсроченного пломбирования в качестве лечебной прокладки применяют:

1. твердеющие кальцийсодержащие пасты
2. кальцийсодержащую пасту с йодоформом
3. стеклоиономерный цемент
4. композит

Вопрос №10 В первое посещение пациенту при проведении метода отсроченного пломбирования проводят:

1. механическую обработку кариозной полости и наносят твердеющий кальцийсодержащий препарат под временный цемент
2. механическую обработку кариозной полости и проводят реставрацию зуба композитным пломбировочным материалом
3. частичную пульпотомию и наносят твердеющий кальцийсодержащий препарат под временный цемент
4. витальную экстирпацию с последующим герметичным закрытием кариозной полости временным цементом

Вопрос №11 При проведении метода отсроченного пломбирования временную пломбу удаляют через:

1. 1-6 месяцев
2. 2-3 дня
3. 1-2 недели
4. 1-3 года

Вопрос №12 Пациенту рекомендовано проведение профессиональной гигиены с периодичностью один раз в:

1. 6 месяцев
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 12

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 5 лет.

1.2. Жалобы

на

- появление кариозной полости в 7.5 зубе;
- кратковременные, быстропроходящие боли от сладкого.

1.3. Анамнез заболевания

- Разрушение заметили несколько дней назад.
- Год назад 7.5 зуб лечили в поликлинике с диагнозом «кариес дентина».

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

				П									П	П				
		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5							
		8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5							
		С	П										0	?				

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: временный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на медиальной поверхности 7.5 зуба выявлена неглубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. На жевательной поверхности пломба, краевое прилегание не нарушено.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

Зондирование болезненно по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. рентгенологическое исследование
2. доплеровская флоуметрия
3. количественная световая флуоресценция
4. вакуумная проба

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме определяется кариозная полость на медиальной поверхности 7.5 зуба, не со-

общающаяся с полостью зуба.

5.2. Допплеровская флоуметрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Окончательным диагнозом 7.5 зуба является:

1. Кариес дентина
2. Кариес эмали
3. Хронический пульпит
4. Хронический апикальный периодонтит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По полученным данным клинического обследования данная форма патологии соответствует кариесу:

1. среднему
2. глубокому
3. поверхностному
4. в стадии пятна

Вопрос №5 Дифференциальную диагностику проводят с хроническим пульпитом и :

1. хроническим периодонтитом
2. очаговой гипоплазией эмали
3. кариесом эмали
4. системной гипоплазией эмали

Вопрос №6 Предпочтительным методом лечения 7.5 зуба является:

1. препарирование с последующей реставрацией
2. реминерализирующая терапия
3. изготовление защитной коронки
4. удаление с последующим протезированием

Вопрос №7 Особенность медикаментозной обработки при лечении кариеса зубов у детей заключается в применении:

1. низких концентраций водных растворов антисептиков
2. высоких концентраций спиртовых растворов антисептиков
3. низких концентраций спиртовых растворов антисептиков
4. дистиллированной воды

Вопрос №8 Для медикаментозной обработки кариозной полости у детей показано применение раствора :

1. хлоргексидина биглюконата 0,05%
2. гипохлорита натрия 3%
3. этилового спирта 70%
4. формальдегида 40%

Вопрос №9 У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

1. артикаина с вазоконстриктором 1:200 000
2. артикаина с вазоконстриктором 1:100 000
3. лидокаина
4. бензокаина

Вопрос №10 При лечении кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов в обязательном порядке необходимо использовать :

1. матричную систему
2. стандартные металлические коронки
3. композиционные материалы
4. систему кофердам

Вопрос №11 Применение стандартной защитной коронки при лечении кариеса у детей показано при :

1. разрушении коронки зуба на 50% и более
2. локализации кариозной полости на апроксимальной поверхности

3. разрушении коронки зуба менее 25%
4. разрушении зуба на 3 мм ниже уровня десны

Вопрос №12 Диспансерное наблюдение у детей дошкольного возраста рекомендуется осуществлять один раз в:

1. 3-6 месяцев
2. год
3. месяц
4. 2-3 недели

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 13

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 10 лет.

1.2. Жалобы

- Жалоб нет.
- Обратились с целью медосмотра.

1.3. Анамнез заболевания

К врачу-стоматологу последний раз обращались год назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

	С		?									П	С		
	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	6.5	2.6			
	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6			
	П												С		

Состояние слизистой оболочки рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 1.4 зуб.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. определение индекса РМА

5. определение индекса КПУ

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на медиальной поверхности 1.4 зуба выявлена кариозная полость, эмаль по краю дефекта имеет меловидно-белый цвет.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина средней глубины, дентин мягкий, зондирование болезненно по стенкам кариозной полости.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса КПУ

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является :

1. рентгенологическое исследование
2. вакуумная проба
3. реопародонтография
4. количественная световая флуоресценция

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме 1.4 зуба определяется кариозная полость в пределах средних слоев дентина на медиальной поверхности, не сообщающаяся с полостью зуба. В периапикальных тканях патологических изменений нет.

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом 1.4 зуба является:

1. Кариес дентина
2. Хронический пульпит
3. Хронический апикальный периодонтит
4. Кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 По локализации кариозная полость на 1.4 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. II
2. III
3. I
4. V

Вопрос №5 Формирование корней 1.4 зуба заканчивается в возрасте ____ лет:

1. 12-13
2. 6-7
3. 8-10
4. 14-16

Вопрос №6 Лечение 1.4 зуба в данной клинической ситуации заключается в:

1. препарировании с последующим пломбированием
2. проведении инвазивной герметизации фиссур
3. применении реминерализирующей терапии
4. проведении витальной ампутации и пломбирования

Вопрос №7 Меловидно-белый цвет эмали по краю дефекта и светлый дентин в кариозной полости в 1.4 зубе у данного пациента характерны для :

1. высокой степени активности кариеса

2. стабилизации кариозного процесса
3. кариеса на фоне пороков развития зуба
4. низкой степени активности кариеса

Вопрос №8 У детей с высокой активностью кариозного процесса и недостаточной минерализацией твёрдых тканей зубов для пломбирования кариозных полостей в постоянных зубах необходимо применять :

1. стеклоиономерные цементы
2. амальгаму
3. композиты
4. силикатные цементы

Вопрос №9 При лечении кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов обязательно используют :

1. матричную систему
2. стандартные коронки
3. композиционные материалы
4. силиконовый ключ

Вопрос №10 Герметизацию фиссур зубов для эффективной профилактики фиссурного кариеса проводят _____ после прорезывания зуба :

1. в течение первого года
2. через два года
3. через три года
4. в течение второго года

Вопрос №11 Абсолютным противопоказанием к проведению процедуры инвазивной герметизации является :

1. кариес дентина
2. большая глубина фиссур
3. слабая минерализация эмали
4. низкий уровень гигиены

Вопрос №12 Рекомендуемая периодичность проведения профессиональной гигиены у детей школьного возраста составляет один раз в:

1. 6 месяцев
2. месяц
3. год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 3.

Особенности течения и лечения некариозных поражений зубов у детей.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику обратилась мама с ребёнком в возрасте 1 год 8 месяцев.

1.2. Жалобы

на

- разрушение передних зубов,
- появление свищевого хода в области 5.2 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

Зубы начали разрушаться сразу после прорезывания, по острой боли были удалены 6.1, 6.2 зубы.

1.4. Анамнез жизни

Во втором триместре беременности мама перенесла инфекционное заболевание, наблюдалась в инфекционной больнице. Ребёнок родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту, аллергологический анамнез не отягощён. По настоящее время ребенок находится на ночном грудном вскармливании.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

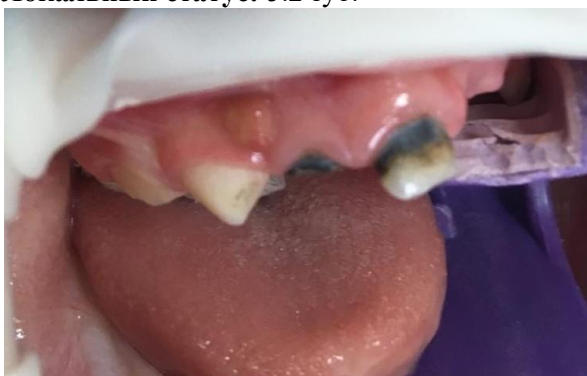
Зубная формула:

				Pt	c	?	c	o	o	c	p				
				5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4				
				8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4				
				p		c	c	c	c		c				

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: временный.

Локальный статус: 5.2 зуб.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: визуальный осмотр с помощью зеркала
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание раствором метиленового синего
- 4: определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удалённые постоянные зубы)
- 5: определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

3. Результаты обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

5.2 зуб сильно разрушен, коронка зуба отсутствует. В области проекции верхушки 5.2 зуба, ближе к клыку, имеется свищевой ход.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлено сообщение с полостью зуба, зондирование безболезненное, зуб подвижен.

3.3. Витальное окрашивание раствором метиленового синего

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса КПУ (кариозные, запломбированные, удалённые постоянные зубы)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: вакуумная проба
- 3: реопародонтография
- 4: биопсия

5. Результаты обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Биопсия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 На рентгенограмме 5.2 зуба отмечается :

- 1: очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами у верхушки корня диаметром 3 мм
- 2: очаг разрежения костной ткани с чёткими контурами у верхушки корня диаметром 1 см
- 3: отсутствие изменений костной ткани в периапикальной области
- 4: линия перелома в средней трети корня, изменений в периапикальной области нет

Вопрос №4 Диагнозом 5.2 зуба является:

- 1: хронический периодонтит
- 2: хронический пульпит
- 3: перелом корня зуба
- 4: другой кариес

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Окончание формирования корня 5.2 зуба происходит к:

- 1: 2 годам
- 2: 0,5 годам
- 3: 1 году
- 4: 5 годам

Вопрос №6 План лечения 5.2 зуба заключается в:

- 1: удалении зуба
- 2: витальной экстирпации
- 3: высокой ампутации
- 4: пульпотомии

Вопрос №7 Для полноценного развития зубочелюстной системы данному пациенту необходима консультация:

- 1: врача-ортодонта
- 2: врача-ортопеда
- 3: врача-хирурга
- 4: врача-педиатра

Вопрос №8 Осложнением данного заболевания является:

- 1: вовлечение зачатка постоянного зуба в воспалительный процесс
- 2: гиперцементоз
- 3: одонтоклазия
- 4: образование сверхкомплектного постоянного зуба

Вопрос №9 На рентгенограмме признаком вовлечения фолликула постоянного зуба в воспалительный процесс является:

- 1: нарушение целостности кортикальной пластинки, окружающей зачаток постоянного зуба

- 2: непрерывность кортикальной пластинки, окружающей зачаток постоянного зуба
- 3: выявление патологической резорбции корня временного зуба
- 4: выявление очага деструкции костной ткани в области верхушки корня временного зуба

Вопрос №10 При вовлечении зачатка постоянного зуба в воспалительный процесс развивается:

- 1: местная гипоплазия эмали |
- 2: гиперплазия эмали
- 3: несовершенный амелогенез
- 4: системная гипоплазия эмали

Вопрос №11 Данному пациенту рекомендуется зубная паста с содержанием фторида ____ ppm :

- 1: 500
- 2: 1200
- 3: 1450
- 4: 5000

Вопрос №12 Для передней группы временных зубов характерны каналы:

- 1: широкие короткие
- 2: узкие длинные
- 3: широкие длинные
- 4: трудно проходимые

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 1,5 лет.

1.2. Жалобы

Родители жалуются на появление пятен на зубах у ребёнка.

1.3. Анамнез заболевания

Пятна заметили 2 недели назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

					?	?	C	C				
			5.4	5.2	5.1	6.1	6.2	6.4				
				8.2	8.1	7.1	7.2					

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: временный

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. инструментальное исследование с помощью зонда
2. витальное окрашивание
3. определение степени подвижности зуба
4. температурную пробу
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании поверхность пятен гладкая.

3.2. Витальное окрашивание

При окрашивании раствором метиленового синего 1% пятна окрашиваются в синий цвет.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. количественная световая флуоресценция (QLF)
2. электроодонтодиагностика
3. прицельная внутриротовая рентгенография
4. фиброоптическая трансиллюминация

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом, у части с пятнами – красным.

5.2. Электроодонтодиагностика

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации из-за маленького возраста пациента.

5.3. Прицельная внутриротовая рентгенография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Фиброоптическая трансиллюминация

Отмечается равномерное свечение при прохождении света через коронку зуба.

Вопрос №3 Окончательным диагнозом 5.2, 5.1 зубов является:

1. кариес эмали
2. кариес дентина
3. хронический пульпит
4. гипоплазия эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальную диагностику проводят с :

1. системной гипоплазией эмали
2. первичной адентией
3. травматическим переломом коронок
4. хроническим пульпитом

Вопрос №5 Данная форма заболевания называется:

1. ранний детский кариес
2. медленнотекущий кариес
3. системная гипоплазия эмали
4. несовершенный амелогенез

Вопрос №6 Предпочтительным методом лечения 5.2, 5.1 зубов является:

1. реминерализующая терапия
2. препарирование с последующей реставрацией
3. изготовление защитных коронок
4. удаление

Вопрос №7 Для реминерализующей терапии применяют препараты, содержащие:

1. кальций и фосфаты
2. хлор и магний

3. калий
4. фториды

Вопрос №8 Реминерализующую терапию в домашних условиях данному ребёнку проводят с нанесением препаратов _____ раз в:

1. 6-8; день
2. 1; день
3. 1; неделю
4. 4-5; неделю

Вопрос №9 Критерием эффективности лечения является:

1. уменьшение размеров пятен, появление блеска эмали
2. увеличение размеров пятен, появление пигментации
3. более интенсивное окрашивание пятен красителями
4. появление шероховатости при зондировании

Вопрос №10 Диспансерное наблюдение ребёнка с ранним детским кариесом осуществляют один раз в:

1. 1-3 месяца
2. неделю
3. 6-9 месяцев
4. год

Вопрос №11 Профилактика развития раннего детского кариеса заключается в:

1. прекращении употребления сахаросодержащих напитков в ночное время
2. кормлении ребёнка по требованию без учёта режима дня
3. соблюдении режима дня
4. ограничении контактов ребёнка с другими детьми

Вопрос №12 Детям с ранним детским кариесом для ежедневной гигиены полости рта рекомендуется использовать зубную щётку и пасту _____ фторида:

1. содержащую 500 ppm
2. без содержания
3. содержащую 5000 ppm
4. содержащую 1500 ppm

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 2 года 1 месяц.

1.2. Жалобы

на

- разрушение передних зубов верхней челюсти.

1.3. Анамнез заболевания

2 месяца назад родители обратили внимание на появление «белых пятен» на зубах, обращаться к врачу-стоматологу не стали. Неделю назад обратили внимание на потемнение пятен и появление «желтизны».

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребенка соответствуют возрасту.
- Аллергических реакций не отмечают.
- Ребёнок ночью пьёт жидкость из бутылочки.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

					С	С				
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

Осмотр полости рта: на вестибулярной поверхности 5.1 и 5.2 зубов в пришеечной области определяются кариозные полости, выполненная размягчённым светлом дентином на фоне матовой эмали.



Вопрос №1 Для уточнения диагноза проводят :

1. зондирование стенок и дна кариозной полости
2. перкуссию
3. термометрию
4. электроодонтометрию

3. Результаты обследования

3.1. Зондирование стенок и дна кариозной полости

Зондирование стенок кариозной полости с аппроксимальной поверхности затруднено. После этапа раскрытия при зондировании определяется полость, выполненная размягчённым пигментированным дентином. Зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно.

3.2. Перкуссия

Безболезненна.

3.3. Термометрия

Отсутствие адекватной реакции ребенка на исследование.

3.4. Электроодонтометрия

Отсутствие адекватной реакции ребенка на исследование.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта проводят с помощью индекса:

1. Фёдорова – Володкиной
2. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)
3. эффективности гигиены полости рта РНР
4. КПУ

5. Результаты оценки гигиены полости рта с помощью индекса

5.1. Фёдорова – Володкиной

2,5

5.2. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)

Не применяется в данном возрасте.

5.3. эффективности гигиены полости рта РНР

Не применяется в данном возрасте.

5.4. КПУ

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данном случае имеет место кариес _____ 5.1, 6.1 зубов:

1. дентина
2. эмали
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Кариозная полость, расположенная в пришеечной области, относится к ____ классу по Блэку:

1. V
2. I
3. II

4. IV

Вопрос №5 В данном случае имеет место степень активности кариеса:

1. II (субкомпенсированная)
2. I (компенсированная)
3. III (декомпенсированная)
4. IV (умеренная)

Вопрос №6 По глубине поражения в данном случае кариес:

1. средний
2. в стадии пятна
3. поверхностный
4. глубокий

Вопрос №7 У ребёнка указанного раннего возраста с низким уровнем сотрудничества предпочтительно проводить препарирование:

1. ручное
2. традиционное
3. лазерное
4. воздушно-абразивное

Вопрос №8 Методика ART (atraumaticrestorativetreatment) предусматривает выскабливание кариозных тканей и пломбирование :

1. стеклоиномерными цементами
2. амальгамой
3. цинкоксидаэвгенольным цементом
4. силикофосфатным цементом

Вопрос №9 К преимуществам применения стеклоиномерных цемента в детской стоматологии относят :

1. фторзависимый кариесстатический эффект
2. невысокую износостойкость
3. низкую прочность на диаметрально растяжение
4. плохую полируемость

Вопрос №10 Химическая адгезия к тканям зуба у стеклоиномерных цемента достигается за счёт:

1. образования хелатных соединений с кальцием
2. растворения минерального компонента эмалевых призм с поверхности эмали
3. сцепления высвобождённых из цельной структуры зуба элементов с полимерным твердеющим веществом
4. применения адгезивных систем

Вопрос №11 Препарирование при применении методики ART производят с помощью :

1. эскаватора
2. зонда
3. скейлера
4. кюреты

Вопрос №12 Прогноз при лечении кариеса дентина у детей:

1. благоприятный
2. сомнительный
3. неблагоприятный
4. долгосрочный

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 3 лет.

1.2. Жалобы

на

- изменение цвета передних зубов верхней челюсти.

1.3. Анамнез заболевания

Родители обратили внимание на изменение цвета зубов 1 месяц назад.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Перенесённые заболевания: частые ОРВИ

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

			С	С	С	С			С
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
									П

Осмотр полости рта: на вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов определяются матовые участки эмали, не имеющие тенденции к ограничению, на фоне которых определяются дефекты эмали.



Вопрос №1 Для определения характера пятен и дефектов эмали проводят:

1. зондирование дна и стенок кариозной полости
2. витальное окрашивание эмали
3. перкуссию
4. термометрию
5. электроодонтометрию
6. термодиагностику

3. Результаты обследования

3.1. Зондирование дна и стенок кариозной полости

При зондировании определяется шероховатость эмали, дефекты в пределах эмали.

3.2. Витальное окрашивание эмали

Бледно-голубое окрашивание матового пятна на эмали.

3.3. Перкуссия

Данное исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

3.4. Термометрия

Данное исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

3.5. Электроодонтометрия

Данное исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

3.6. Термодиагностика

Данное исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта у данного пациента проводят с помощью индекса:

1. Фёдорова – Володкиной
2. гигиены полости рта упрощённого (ОНИ-S)
3. эффективности гигиены полости рта РНР
4. КПУ

5. Результаты оценки гигиены полости рта с помощью индекса

5.1. Фёдорова – Володкиной

2,0

5.2. гигиены полости рта упрощённого (ОНИ-S)

Не применяется в данном возрасте.

5.3. эффективности гигиены полости рта РНР

Не применяется в данном возрасте.

5.4. КПУ

Данное исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данном случае имеет место кариес _____ 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов:

1. эмали
2. дентина
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. зубной налёт
2. ранее прорезывание временных зубов
3. грудное вскармливание
4. длительное сосание соски-пустышки

Вопрос №5 Основным методом лечения кариеса эмали являются фторирование и:

1. реминерализирующая терапия
2. хирургическое лечение
3. пульпотомия
4. инфильтрация

Вопрос №6 Для ремотерапии применяют:

1. методику Боровского – Леуса
2. серебрение
3. озонотерапию
4. инфильтрацию

Вопрос №7 Улучшение химического состава и структуры участка деминерализации включает в себя применение:

1. кальций-фосфатного геля (СРР-АСР)
2. раствора нитрата серебра
3. раствора гипохлорита натрия
4. раствора формокрезола

Вопрос №8 Наиболее удобной формой флюоризации зубов у маленьких детей является:

1. фторидный лак
2. раствор фторида натрия
3. гель фторида натрия
4. плёнка с фторидом натрия

Вопрос №9 К альтернативному методу лечения кариеса эмали относят метод:

1. серебрения
2. инфильтрации
3. химико-механический
4. пульпотомии

Вопрос №10 Серебрение проводят с помощью раствора _____ серебра в концентрации _____ %:

1. азотнокислого; 30
2. азотнокислого; 50
3. диаминофторида; 8
4. диаминофторида; 78

Вопрос №11 Рекомендации по диете при кариесе эмали у детей включает в себя :

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Дети с кариесом эмали временных зубов должны посещать специалиста 1 раз в :

1. 3 месяца
2. 12 месяцев

3. 9 месяцев
4. 1 месяц

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратился ребёнок 13 лет с целью консультации.

1.2. Жалобы

Не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Зубы чистит 1 раз в день. Использует детскую зубную щётку с мягкими щетинами.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребенка соответствуют возрасту.
- Аллергических реакций не отмечает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

П											С
1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6
4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
П											П

Осмотр полости рта: на вестибулярной поверхности 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов в пришеечной области определяются матовые участки эмали, не имеющие тенденции к ограничению.



Вопрос №1 Для определения характера пятен и дефектов эмали проводят:

1. зондирование стенок зуба
2. витальное окрашивание эмали
3. перкуссию
4. термометрию
5. электроодонтометрию
6. термодиагностику

3. Результаты обследования

3.1. Зондирование стенок зуба

При зондировании определяется шероховатость эмали.

3.2. Витальное окрашивание эмали

Бледно-голубое окрашивание матового пятна на эмали.

3.3. Перкуссия

Безболезненна.

3.4. Термометрия

Безболезненна.

3.5. Электроодонтометрия

8 мкА

3.6. Термодиагностика

Безболезненна.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта проводят с помощью индекса:

1. гигиены рта упрощённого (ИГР-У)
2. эффективности гигиены полости рта РНР
3. Фёдорова – Володкиной
4. СРITN
5. КПУ

5. Результаты оценки гигиены полости рта с помощью индекса

5.1. Индекс гигиены рта упрощённый (ИГР-У)

2,5

5.2. Индекс эффективности гигиены полости рта РНР

3,9

5.3. Индекс Фёдорова – Володкиной

Не применяется в данном возрасте.

5.4. СРITN

Не применяется в данном возрасте, является пародонтальным индексом.

5.5. КПУ

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данном случае имеет место кариес _____ 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов:

1. эмали
2. дентина
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. зубной налёт
2. короткая уздечка верхней губы
3. ротовое дыхание
4. позднее прорезывание постоянных зубов

Вопрос №5 Основным методом лечения кариеса эмали является:

1. реминерализующая терапия
2. хирургическое лечение
3. пульпотомия
4. серебрение

Вопрос №6 Для ремотерапии применяют :

1. методику Боровского – Леуса
2. серебрение
3. озонотерапию
4. инфильтрацию

Вопрос №7 Улучшение химического состава и структуры участка деминерализации включает в себя применение:

1. кальций-фосфатного геля (СРР-АСР)
2. раствора нитрата серебра
3. раствора гипохлорита натрия
4. раствора формокрезола

Вопрос №8 Для снижения кариесогенности микрофлоры зубной биоплёнки назначают раствор _____ в концентрации ____ %:

1. хлогексидина; 0,05
2. фторида натрия; 2,0
3. перекиси водорода; 3,0
4. глюконата кальция; 10

Вопрос №9 К альтернативному методу лечения кариеса эмали относят метод:

1. инфильтрации
2. серебрения
3. химико-механический

4. пульпотомии

Вопрос №10 Первым этапом проведения метода инфильтрации является применение :

1. протравливающего геля с соляной кислотой
2. протравливающего геля с ортофосфорной кислотой
3. спиртосодержащего раствора
4. инфильтранта

Вопрос №11 Рекомендации по диете при кариесе эмали у детей включают в себя :

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Дети с кариесом эмали постоянных зубов должны посещать специалиста 1 раз в :

1. 3 месяца
2. 12 месяцев
3. 9 месяцев
4. 1 месяц

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 4 лет.

1.2. Жалобы

на

- изменение цвета передних зубов верхней челюсти.

1.3. Анамнез заболевания

Родители обратили внимание на изменение цвета зубов 2 месяца назад.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Перенесённые заболевания – отит в 8 месяцев. Частые ОРВИ.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

Р		П	?	?	?	0			С
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5
П									П

Локальный статус: На вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.3 зубов определяются дефекты эмали.

Вопрос №1 Для определения характера пятен и дефектов эмали проводят:

1. исследование тканей зуба с помощью зонда
2. витальное окрашивание эмали
3. перкуссию
4. термометрию
5. электроодонтометрию
6. термодиагностику

3. Результаты обследования

3.1. Исследование тканей зуба с помощью зонда

При зондировании определяется шероховатость эмали, дефекты в пределах эмали. Зондирование безболезненно.

3.2. Витальное окрашивание эмали

Бледно-голубое окрашивание участков эмали.

3.3. Перкуссия

Безболезненна. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Термометрия

Безболезненна. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Электроодонтометрия

Показатель чувствительности пульпы: 8 мкА. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Термодиагностика

Безболезненна. Обследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта в данной клинической ситуации проводят с помощью индекса:

1. Фёдорова – Володкиной
2. гигиены полости рта упрощённого (ИГР-У)
3. эффективности гигиены полости рта (РНР)
4. интенсивности кариеса зубов

5. Результаты оценки

5.1. Индекс Фёдорова – Володкиной

2,1

5.2. Индекс гигиены полости рта упрощённого (ИГР-У)

Не применяется в данном возрасте.

5.3. Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР)

Не применяется в данном возрасте.

5.4. Индекс интенсивности кариеса зубов

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного больного.

Вопрос №3 В данном клиническом случае имеет место кариес:

1. эмали
2. дентина
3. цемента
4. неуточнённый

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. зубной налёт
2. ранее прорезывание временных зубов
3. грудное вскармливание
4. длительное сосание соски-пустышки

Вопрос №5 Основными методами лечения кариеса эмали являются фторирование и:

1. реминерализующая терапия
2. хирургическое лечение
3. пульпотомия
4. инфильтрация

Вопрос №6 Для ремотерапии применяют методику:

1. Боровского – Леуса
2. серебрения
3. озонотерапии
4. инфильтрации

Вопрос №7 Улучшение химического состава и структуры участка деминерализации включает в себя применение:

1. кальций-фосфатного геля
2. раствора нитрата серебра

3. раствора гипохлорита натрия
4. раствора формокрезола

Вопрос №8 Наиболее удобной формой флюоризации зубов у маленьких детей является:

1. фторидный лак
2. раствор фторида натрия
3. гель фторида натрия
4. плёнка с фторидом натрия

Вопрос №9 К альтернативному методу лечения кариеса эмали временных зубов относят метод:

1. серебрения
2. инфильтрации
3. химико-механический
4. пульпотомии

Вопрос №10 Серебрение проводят с помощью раствора _____ серебра в концентрации (в %):

1. азотнокислого; 30
2. азотнокислого; 50
3. диаминофторида; 5
4. диаминофторида; 78

Вопрос №11 Рекомендации по питанию при кариесе эмали у детей включают :

1. уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
2. обязательный приём высокобелковых продуктов и животных жиров
3. увеличение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничение потребления животных и растительных жиров

Вопрос №12 Дети с кариесом эмали временных зубов должны посещать специалиста 1 раз в _____ месяц/месяцев/месяца:

1. 6
2. 12
3. 1
4. 24

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 7

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 6 лет.

1.2. Жалобы

на

- боли от сладкого в области 8.5 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 недели назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический тонзилит.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

				П							П	П				
		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5					

		8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5			
		?									П			

Состояние слизистой оболочки рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на жевательной поверхности 8.5 зуба выявлена кариозная полость, окружённая деминерализованной меловидной эмалью, заполненная пигментированным дентином.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на жевательной поверхности 8.5 зуба выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К необходимому дополнительному методу обследования в данной клинической ситуации относят :

1. рентгенологическое исследование
2. количественную световую флуоресценцию (QLF)
3. реопародонтографию
4. денситометрию

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме выявлена неглубокая кариозная полость на жевательной поверхности 8.5 зуба, сообщение с полостью зуба отсутствует.

5.2. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Денситометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом ребенка в данной клинической ситуации является _____ 8.5 зуба :

1. кариес дентина
2. хронический пульпит

3. хронический апикальный периодонтит
4. кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальную диагностику проводят с :

1. хроническим периодонтитом
2. несовершенным амелогенезом
3. острой травмой зуба
4. системной гипоплазией эмали

Вопрос №5 По полученным данным клинического обследования данная форма кариеса соответствует кариесу :

1. среднему
2. глубокому
3. в стадии пятна
4. поверхностному

Вопрос №6 Развитие корней 8.5 зуба в 7 лет соответствует стадии _____ корня :

1. сформированного
2. несформированного
3. физиологической резорбции
4. незакрытой верхушки

Вопрос №7 По локализации кариозный дефект на 8.5 зубе относится к _____ классу кариозных полостей (по Блэку):

1. I
2. II
3. III
4. V

Вопрос №8 Предпочтительным методом лечения 8.5 зуба является:

1. препарирование с последующей реставрацией
2. реминерализирующая терапия
3. изготовление защитной коронки
4. удаление причинного зуба

Вопрос №9 При пломбировании кариозных полостей во временных молярах предпочтительно использовать пломбировочные материалы :

1. стеклоиономерные цементы
2. силикатные цементы
3. композитные герметики
4. керамические вкладки

Вопрос №10 В данной клинической ситуации рекомендуется зубная щётка со щетиной :

1. мягкой
2. жёсткой
3. средней жёсткости
4. очень жёсткой

Вопрос №11 В данной клинической ситуации рекомендуются зубные пасты с содержанием фторида _____ ppm:

1. 1000-1450
2. 2300
3. 5000
4. 500-950

Вопрос №12 При средней степени активности кариеса диспансеризацию детей дошкольного и младшего школьного возраста проводят один раз в :

1. 6 месяцев
2. 1 месяц
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 8

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 14 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- появление белых пятен на зубах.

1.3. Анамнез заболевания

Проходили лечение у врача-ортодонта несъёмной техникой (брекет-система) в течение 2 лет. После снятия системы заметили белые пятна.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Пыльцевая аллергия на цветение березы.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

		П				?						П/С				
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7		
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7		
		П												П		

Состояние слизистой оболочки рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. инструментальное исследование с помощью зонда
2. витальное окрашивание
3. определение степени подвижности зуба
4. определение индекса РМА
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании поверхность пятен гладкая.

3.2. Витальное окрашивание

При использовании раствора метиленового синего 1% пятна окрасились в синий цвет.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. количественная световая флуоресценция
2. электроодонтодиагностика
3. прицельная внутриротовая рентгенография
4. реопародонтография

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Количественная световая флуоресценция

Зуб флуоресцирует зелёным светом, участки с пятнами – красным.

5.2. Электроодонтодиагностика

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации из-за маленького возраста пациента.

5.3. Прицельная внутриротовая рентгенография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Окончательным диагнозом 1.2 зуба является:

1. Кариес эмали
2. Кариес дентина
3. Хронический пульпит
4. Гипоплазия эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальную диагностику кариеса эмали проводят с :

1. гипоплазией эмали
2. несовершенным амелогенезом
3. несовершенным одонтогенезом
4. хроническим пульпитом

Вопрос №5 Предпочтительным методом лечения 1.2 зуба является:

1. реминерализирующая терапия
2. препарирование и реставрация
3. изготовление защитных коронок
4. реставрация без препарирования

Вопрос №6 Для реминерализирующей терапии применяют препараты, содержащие:

1. кальций и фосфаты
2. хлор и магний
3. калий и цинк
4. фториды и пероксиды

Вопрос №7 Перед нанесением реминерализирующего препарата необходимо:

1. очистить поверхность зуба от налёта
2. обработать зуб спиртом 96%
3. прополоскать рот антисептиком
4. нанести кариес-детектор

Вопрос №8 Критерием эффективности лечения в данной клинической ситуации является :

1. уменьшение размеров пятен, появление блеска эмали
2. увеличение размеров пятен, появление пигментации
3. более интенсивное окрашивание пятен красителями
4. появление шероховатости при зондировании

Вопрос №9 Комплексное лечение кариеса эмали постоянных зубов у детей включает:

1. профессиональную гигиену полости рта
2. консультацию врача-педиатра
3. использование метода отсроченного пломбирования

4. назначение иммуномодуляторов

Вопрос №10 Пациентам с несъёмной ортодонтической техникой рекомендуется проводить профессиональную гигиену 1 раз в ___ месяц/месяца/месяцев:

1. 2-3
2. 6
3. 1
4. 9-12

Вопрос №11 Комплекс гигиенического ухода за полостью рта у пациентов с несъёмной ортодонтической техникой включает использование:

1. ирригатора
2. фторлака
3. жевательных резинок
4. электрических зубных щёток

Вопрос №12 Применение полосканий полости рта фторидсодержащими растворами для профилактики кариеса возможно у детей с возраста ___ лет:

1. 6
2. 9
3. 3
4. 12

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 9

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 14 лет.

1.2. Жалобы

на

- появление пятен на зубах.

1.3. Анамнез заболевания

Четыре месяца назад на зубах верхней и нижней челюстей врачом-ортодонтом установлены брекет-системы. Впервые жалобы появились около 2 месяцев назад. Пациент чистит зубы горизонтальными движениями 2 раза в день мягкой зубной щёткой с щетиной ровной подстрижки и фторидсодержащей зубной пастой в течение 1 минуты.

1.4. Анамнез жизни

- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ: отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр челюстно-лицевой области: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное, височно-нижнечелюстной сустав без патологии.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

		П			?		?						П		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		П	П	?	?	?	?						П	П	

При осмотре полости рта выявляется мягкий зубной налет в области фиксации брекетов, пришеечной области, межзубных промежутках. После удаления зубного налета на 1.1, 1.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубах в пришеечной области визуализируются меловидные пятна, блеск эмали в области оча-

гов поражения отсутствует. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Папиллярная и маргинальная десна на верхней и нижней челюстях гиперемирована, отечна.

Гигиеническое состояние полости рта: неудовлетворительное.



Вопрос №1 К клиническому методу обследования твердых тканей зубов, обязательному для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят:

1. витальное окрашивание твёрдых тканей зубов
2. определение пародонтальных индексов
3. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
4. девитальное окрашивание твёрдых тканей зубов

3. Результаты клинического метода обследования

3.1. Витальное окрашивание твёрдых тканей зубов

Окрашивание очагов деминерализации эмали (пятен) в различные оттенки синего цвета.

3.2. Определение пародонтальных индексов

Метод обследования не является обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации.

3.3. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

Метод обследования не является обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации.

3.4. Девитальное окрашивание твёрдых тканей зубов

Метод обследования не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования твердых тканей зубов для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят:

1. люминесцентную стоматоскопию
2. волоконно-оптическую трансиллюминацию
3. определение степени патологической подвижности зубов
4. контрастную рентгенографию
5. определение индексов гигиены полости рта
6. осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Люминесцентная стоматоскопия

Интактная эмаль светится голубым светом, а при начальном кариесе в области пятна (очага деминерализации) происходит гашение люминесценции на фоне свечения неповреждённой эмали.

5.2. Волоконно-оптическая трансиллюминация

При кариозном поражении наблюдается гашение свечения вследствие изменения оптической плотности просвечиваемых тканей.

5.3. Определение степени патологической подвижности зубов

Метод обследования не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Контрастная рентгенография

Метод обследования не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Определение индексов гигиены полости рта

Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Метод обследования является обязательным в данной клинической ситуации, с кратностью выполнения – согласно алгоритму.

5.6. Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов

Метод обследования является обязательным в данной клинической ситуации, с кратностью выполнения – 1.

Вопрос №3 Клиническая картина патологии твердых тканей 1.1, 1.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубов соответствует диагнозу:

1. Кариес эмали
2. Кариес цемента
3. Нарушения формирования зубов

4. Крапчатые зубы

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Стадия развития патологического процесса 1.1, 1.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 зубов соответствует кариесу:

1. начальному
2. приостановившемуся
3. развившемуся
4. стабильному

Вопрос №5 В данной клинической ситуации для проведения индивидуальной гигиены полости рта пациенту рекомендуется использовать зубную щётку:

1. ортодонтическую
2. профессиональную
3. циркулярную
4. стандартную

Вопрос №6 В данной клинической ситуации пациенту рекомендовано использовать суперфлоссы для очищения:

1. под дугой брекет-системы
2. поверхности брекетов
3. фиссур зубов
4. ямок на зубах

Вопрос №7 В данной клинической ситуации регулярное проведение профессиональной гигиены рта предотвращает развитие _____ заболеваний пародонта:

1. воспалительных
2. дистрофических
3. идиопатических
4. опухолевых

Вопрос №8 В данной клинической ситуации при кариесе эмали пациенту рекомендовано применение ополаскивателей для полости рта, содержащих соли:

1. фтора
2. стронция
3. калия
4. магния

Вопрос №9 Для лечения кариеса эмали в стадии пятна пациенту проводят курс _____ терапии:

1. реминерализующей
2. антигистаминной
3. противовоспалительной
4. десенсибилизирующей

Вопрос №10 Курс реминерализующей терапии в данной клинической ситуации состоит из _____ аппликаций:

1. 10-15
2. 5-10
3. 20-25
4. 2-5

Вопрос №11 После аппликации реминерализующим средством пациенту рекомендуют не принимать пищу в течение:

1. 2-3 часов
2. 10-15 минут
3. 20-30 минут
4. 1-1,5 часов

Вопрос №12 Длительность индивидуальной чистки зубов составляет _____ минуты/минут/минуту:

1. 3
2. 1
3. 4
4. 5

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 4.

Особенности течения и лечения пульпитов временных и постоянных зубов у детей.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Родители с ребенком 5 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- ноющую боль в зубе нижней челюсти слева, усиливающуюся в вечернее и ночное время.

1.3. Анамнез заболевания

Зуб лечили по месту жительства год назад по поводу кариеса. Жалобы появились 3 дня назад. К врачу не обращались. При болях принимали «Нурофен».

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			П			С				П/С			
		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5		
		8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5		
			П							?			

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена

Прикус: сменный

Локальный статус: 7.4 зуб



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлена кариозная полость на апроксимальной поверхности 7.4 зуба, зондирование резко болезненно в одной точке в проекции рога пульпы, вскрыта красная кровотокающая пульпа.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

3.5. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: витальное окрашивание
- 3: реопародонтография
- 4: количественную световую флуоресценцию (QLF)

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Витальное окрашивание

При использовании кариес-маркера произойдет окрашивание деминерализованных тканей.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 Корень 7.4 зуба в 5 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: сформированного
- 2: несформированного
- 3: незакрытой верхушки
- 4: физиологической резорбции

Вопрос №4 На контактной рентгенограмме 7.4 зуба выявлено:

1: сообщение кариозной полости с полостью зуба, ослабление рисунка костных балочек в области бифуркации корней, корни сформированы, патологических изменений в периапикальных тканях нет.

2: сообщение кариозной полости с полостью зуба, очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней, корни сформированы, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани без четких контуров.

3: сообщение кариозной полости с полостью зуба отсутствует, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани без четких контуров, патологическая резорбция корней.

4: сообщение кариозной полости с полостью зуба отсутствует, патологических изменений в периапикальных тканях нет, корни не сформированы.

Вопрос №5 Основным диагнозом пациента является ____ 7.4 зуба:

- 1: пульпит
- 2: хронический апикальный периодонтит

3: периапикальный абсцесс без свища

4: кариес дентина

9. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №6 По локализации кариозная полость на 7.4 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1: II

2: I

3: III

4: V

Вопрос №7 Метод лечения 7.4 зуба заключается в:

1: витальной ампутации пульпы

2: удалении зуба

3: резекции верхушки корня

4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №8 Метод витальной ампутации подразумевает:

1: удаление коронковой и устьевой пульпы под анестезией

2: полное удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

3: удаление коронковой и устьевой пульпы после её некротизации

4: полное удаление коронковой и корневой пульпы после её некротизации

Вопрос №9 У детей до 12 лет наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

1: артикаина с адреналином 1:200 000

2: артикаина с адреналином 1:100 000

3: лидокаина

4: бензокаина

Вопрос №10 Экспозиция формокрезола, глютаральдегида или сульфата железа при проведении витальной ампутации пульпы составляет:

1: 1-5 минут

2: 10-15 минут

3: 1-2 дня

4: 3-5 дней

Вопрос №11 При проведении витальной ампутации пульпы с использованием формокрезола, глютаральдегида или сульфата железа, после удаления антисептического препарата на культю пульпы накладывают:

1: цинк-оксид-эвгеноловый цемент

2: кальция гидроокись

3: минеральный триоксиагрегат

4: стеклоиономерный цемент

Вопрос №12 В качестве изолирующей прокладки при лечении временных зубов методом витальной ампутации используются:

1: стеклоиономерные цементы

2: композитные материалы

3: амальгама

4: резорцин-формалиновая паста

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

Родители с ребенком 5 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- ноющую боль в зубе нижней челюсти слева, усиливающуюся в вечернее и ночное время.

1.3. Анамнез заболевания

Зуб лечен по поводу кариеса по месту жительства год назад. Жалобы появились 3 дня назад. К врачу не обращались. При болях принимали «Нурофен».

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

				П			С				П/С			
		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5			
		8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5			
			П							?				

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена

Прикус: сменный

Локальный статус: 7.4 зуб



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлено, что пломба подвижна, удалена зондом, кариозная полость заполнена размягченным дентином, зондирование резко болезненное.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

3.5. Определение индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

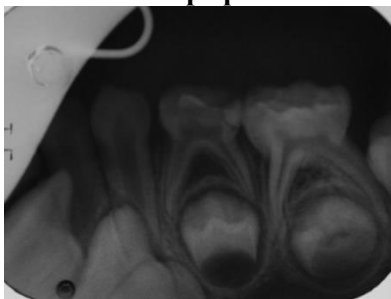
- 1: рентгенография
- 2: витальное окрашивание

3: реопародонтография

4: количественную световую флуоресценцию (QLF)

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Витальное окрашивание

При использовании кариес-маркера произойдет окрашивание деминерализованных тканей.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественную световую флуоресценцию (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 Корень зуба 7.4 в 5 лет соответствует стадии _____ корня:

1: сформированного

2: несформированного

3: незакрытой верхушки

4: физиологической резорбции

Вопрос №4 На контактной рентгенограмме 7.4 зуба выявлены:

1: пломба на дистальной апроксимальной поверхности, не прилегающая к тканям зуба, сообщение кариозной полости с полостью зуба, ослабление рисунка костных балочек в области бифуркации корней, корни сформированы, патологических изменений в периапикальных тканях нет

2: кариозная полость на дистальной апроксимальной поверхности, сообщающаяся с полостью зуба, очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней, корни сформированы, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани без четких контуров

3: кариозная полость на жевательной поверхности, сообщение кариозной полости с полостью зуба отсутствует, в периапикальной области очаги разрежения костной ткани без четких контуров, патологическая резорбция корней

4: пломба на дистальной апроксимальной поверхности, краевое прилегание не нарушено, сообщение кариозной полости с полостью зуба отсутствует, патологических изменений в периапикальных тканях нет, корни не сформированы

Вопрос №5 Основным диагнозом пациента является _____ 7.4 зуба:

1: пульпит

2: хронический апикальный периодонтит

3: периапикальный абсцесс без свища

4: кариес дентина

9. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №6 По локализации кариозная полость на 7.4 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1: II

2: I

3: III

4: V

Вопрос №7 Метод лечения зуба 7.4 заключается в:

1: витальной ампутации пульпы

2: удалении зуба

3: резекции верхушки корня

4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №8 Метод витальной ампутации подразумевает:

1: удаление коронковой и устьевой пульпы под анестезией

- 2: полное удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией
- 3: удаление коронковой и устьевой пульпы после её некротизации
- 4: полное удаление коронковой и корневой пульпы после её некротизации

Вопрос №9 У детей до 12 лет наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

- 1: артикаина с адреналином 1:200 000
- 2: артикаина с адреналином 1:100 000
- 3: лидокаина
- 4: бензокаина

Вопрос №10 При проведении метода витальной ампутации для покрытия культи пульпы используют препараты, содержащие:

- 1: минеральный триоксид-агрегат
- 2: гипохлорит натрия
- 3: глюкокортикоиды
- 4: резорцин-формалиновую смесь

Вопрос №11 Противопоказанием к проведению витальной ампутации пульпы с использованием минерального триоксид-агрегата является:

- 1: кровоточивость из каналов более 5 минут
- 2: гемостаз после ампутации в течение 5 минут
- 3: сообщение кариозной полости с полостью зуба
- 4: несформированные корни зуба

Вопрос №12 При наличии кровоточивости из корневых каналов более 5 минут во временных зубах со сформированными корнями проводят:

- 1: экстирпацию пульпы
- 2: удаление зуба
- 3: резекцию верхушки корня
- 4: высокую ампутацию пульпы

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

Родители мальчика 3 лет 7 мес. обратились для санации рта в условиях общего обезболивания.

1.2. Жалобы

на

- разрушение зубов,
- боли при попадании пищи в кариозные полости,
- боли во время еды.

1.3. Анамнез заболевания

- Разрушение зубов родители заметили 2 года назад, предпринимались неоднократные попытки лечения, но ни одна из них не была завершена из-за сопротивления ребенка.
- 1,5 месяца назад случился однократный приступ ночной зубной боли, после чего родители стали искать возможность санации в условиях общего обезболивания.

1.4. Анамнез жизни

- Мальчик от 1-й беременности, срочных родов кесаревым сечением. На грудном вскармливании до 9 мес, после чего в течение 1,5 лет практиковали ночные кормления из бутылочки (каша, сок).
- Последние полгода ребенок отказывается от чистки зубов.

1.5. Объективный статус



Кожа лица с явлениями атопического дерматита. При внешнем осмотре отмечаются множественные полости в зубах 5.5, 5.4, 5.3, 5.2., 5.1, 6.1, 6.2, 6.2, 6.4, 6.4, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5. В зубах 8.4, 8.5 имеются обширные полости, выполненные пигментированным размягченным дентином. Зондирование полостей болезненно по дну, перкуссия зубов сомнительна (при зондировании зубов мальчик начал плакать и успокоить его не удалось).

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

- 1: рентгенография зубов
- 2: определение упрощенного индекса гигиены рта
- 3: ТЭР-тест
- 4: электроодонтодиагностика

3. Результаты лабораторного метода обследования

3.1. Рентгенография зубов



3.2. Определение упрощенного индекса гигиены рта

Гигиена рта – неудовлетворительная.

3.3. ТЭР-тест

ТЭР-тест не проводится при наличии полости с обнаженным дентином.

3.4. Электроодонтодиагностика

Электроодонтодиагностика невозможна из-за малого возраста ребенка.

Вопрос №2 Какие факторы в данном случае способствовали быстрой прогрессии заболевания?:

- 1: ночные кормления
- 2: отказ от чистки зубов
- 3: родоразрешение кесаревым сечением
- 4: длительность грудного вскармливания
- 5: локализация кариозных полостей

Вопрос №3 Какой предполагаемый основной диагноз?:

- 1: хронический пульпит
- 2: хронический периодонтит
- 3: острый периодонтит
- 4: кариес дентина

6. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Какая диагностическая информация позволяет в данном случае исключить или подтвердить поражение периодонта?:

- 1: данные рентгенографии
- 2: данные перкуссии
- 3: данные электроодонтодиагностики
- 4: сохранение нативного цвета зуба

Вопрос №5 Адекватной тактикой лечения зубов 8.4, 85 является:

- 1: витальнаяпульпотомия/пульпэктомия
- 2: удаление зуба
- 3: прямое покрытие пульпы
- 4: только иссечение пораженных тканей с пломбированием полости

Вопрос №6 Основным критерием выбора между пульпотомией и пульпэктомией в данном случае является:

- 1: время остановки кровотечения из культей пульпы
- 2: глубина кариозной полости
- 3: данные рентгенографии
- 4: длительность существования кариозной полости

Вопрос №7 После удаления коронковой пульпы культы корневой закрывают тампоном с:

- 1: дистиллированной водой или физраствором

- 2: перекисью водорода
- 3: сульфатом железа
- 4: формокрезолом

Вопрос №8 После удаления коронковой пульпы кровотечение из культей корневой пульпы в зубе 8.4 остановилось за 1,5 минуты. Данный критерий:

- 1: говорит об отсутствии воспаления в корневой пульпе и возможности обойтись пульпотомией
- 2: говорит о наличии воспаления в корневой пульпе и необходимости пульпэктомии
- 3: говорит о наличии воспаления в корневой пульпе и необходимости более глубокой ее ампутации
- 4: не является решающим и не дает возможность принять клиническое решение

Вопрос №9 После удаления коронковой пульпы кровотечение из культей корневой пульпы в зубе 8.5 спонтанная остановка кровотечения произошла за 7 мин. Данный критерий:

- 1: говорит о наличии воспаления в корневой пульпе и необходимости пульпэктомии
- 2: говорит об отсутствии воспаления в корневой пульпе и возможности обойтись пульпотомией
- 3: говорит о несформированности корней зуба и необходимости более глубокой ампутации корневой пульпы
- 4: не является решающим и не дает возможность принять клиническое решение

Вопрос №10 Для покрытия культей пульпы при пульпотомии во временных молярах используют:

- 1: минералтриоксидаграт
- 2: формокрезол
- 3: стеклоиономерный цемент
- 4: гидроксипатит

Вопрос №11 Для остановки кровотечения из культей пульпы после удаления первичных сгустков можно использовать:

- 1: сульфат железа
- 2: перекись водорода
- 3: йодиол
- 4: гидроксид кальция

Вопрос №12 Для плобирования корневых каналов во временных молярах используют:

- 1: цинк-оксид-эвгенольный цемент
- 2: гуттаперчу методом латеральной конденсации
- 3: гуттаперчу методом вертикальной конденсации
- 4:стеклоиономерный цемент

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 13 лет.

1.2. Жалобы

на

- частичное разрушение коронки 4.6 зуба;
- кратковременные, быстропроходящие боли от сладкого и холодного.

1.3. Анамнез заболевания

Разрушение коронки 4.6 зуба заметили 2 недели назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался по возрасту.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

		П											П	
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
		?											С	

Состояние слизистой оболочки рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. инструментальное исследование с помощью зонда
2. температурная проба
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. пальпацию по переходной складке

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Инструментальное исследование с помощью зонда

Кариозная полость на аппроксимальной поверхности 4.6 зуба заполнена размягчённым дентином. Зондирование умеренно болезненно по всему дну кариозной полости.

3.2. Температурная проба

Положительная, болевая реакция быстро проходит после устранения раздражителя.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Пальпация по переходной складке

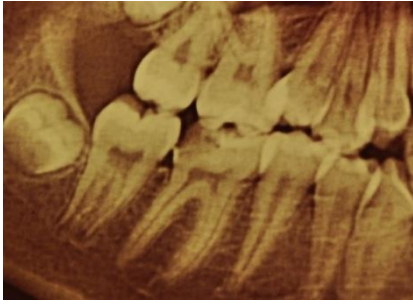
Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является:

1. рентгенологическое исследование
2. реопародонтография
3. инфракрасная лазерная флюоресценция
4. количественная световая флюоресценция

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование



5.2. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Инфракрасная лазерная флюоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флюоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 image::<https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/012/001012134>[зуева_23_30.01.2019 рис 2.jpg]

На рентгенограмме 4.6 зуба выявлена кариозная полость на _____ поверхности зуба, _____ с полостью зуба, корни _____, в периапикальной области:

1. дистальной апроксимальной; не сообщающаяся; сформированы; изменений нет
2. медиальной апроксимальной; сообщающаяся; с патологической резорбцией; очаги разрежения костной ткани диаметром 3 мм
3. дистальной апроксимальной; сообщающаяся; не сформированы; очаги деструкции костной ткани диаметром 5 мм
4. жевательной; не сообщающаяся; сформированы; изменений нет

Вопрос №4 Окончательным диагнозом 4.6 зуба является:

1. Кариес дентина
2. Кариес эмали
3. Хронический пульпит
4. Хронический апикальный периодонтит

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 По полученным данным клинического обследования данная форма соответствует кариесу :

1. глубокому
2. среднему
3. в стадии пятна
4. поверхностному

Вопрос №6 Диагностику кариеса по глубине поражения проводят на основании данных визуального осмотра и :

1. зондирования
2. витального окрашивания
3. вакуумной пробы
4. реопародонтографии

Вопрос №7 По локализации кариозная полость на 4.6 зубе относится к классу ____ кариозных полостей по Блэку:

1. II
2. I
3. III
4. V

Вопрос №8 Предпочтительным методом лечения 4.6 зуба является:

1. отсроченное пломбирование
2. витальная ампутация
3. частичная пульпотомия
4. операция удаления зуба

Вопрос №9 При методе отсроченного пломбирования в качестве лечебной прокладки применяют:

1. твердеющую кальцийсодержащую пасту

2. фторидсодержащий лак
3. стеклоиономерный цемент
4. пасту с антибиотиком и антисептиком

Вопрос №10 Удаление временной пломбы и окончательная механическая обработка кариозной полости при методе отсроченного пломбирования проводятся через :

1. 1-6 месяцев
2. 6-7 дней
3. 1-2 недели
4. 1-2 года

Вопрос №11 При лечении кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов в обязательном порядке необходимо использовать :

1. матричную систему
2. стандартные коронки
3. композиционные материалы
4. силиконовый ключ

Вопрос №12 Матричные системы при восстановлении апроксимальных кариозных поверхностей используют для:

1. предотвращения формирования нависающего края
2. повышения эстетики реставрации
3. профилактики вторичного кариеса
4. защиты соседнего зуба от повреждения при препарировании

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 7,5 лет.

1.2. Жалобы

на

- выпадение пломбы из 5.5 зуба;
- дискомфорт при приёме пищи.

1.3. Анамнез заболевания

- У врача-стоматолога были 6 месяцев назад. 5.5 зуб лечили по поводу кариеса: зуб был запломбирован.
- Пломба выпала 2 дня назад.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический тонзилит.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

			?	П							П	П		
	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5	4.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
			П	П								П	П	

Состояние слизистой оболочки рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. визуальный осмотр с помощью зеркала
2. инструментальное исследование с помощью зонда
3. определение степени подвижности зуба
4. витальное окрашивание
5. определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре на медиальной контактной поверхности 5.5 зуба выявлена кариозная полость, заполненная пигментированным дентином.

3.2. Инструментальное исследование с помощью зонда

При зондировании на медиальной поверхности 5.5 зуба выявлена кариозная полость в пределах эмали и дентина, средней глубины, болезненность по стенкам кариозной полости в области эмалево-дентинного соединения.

3.3. Определение степени подвижности зуба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является :

1. рентгенологическое исследование
2. количественная световая флуоресценция
3. реопародонтография
4. денситометрия

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенологическое исследование

На рентгенограмме выявлена неглубокая кариозная полость на дистальной контактной поверхности 5.5 зуба, сообщение с полостью зуба отсутствует.

5.2. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Денситометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом 5.5 зуба является:

1. Кариес дентина
2. Хронический пульпит
3. Хронический апикальный периодонтит
4. Кариес эмали

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Развитие корней 5.5 зуба в возрасте 7,5 лет соответствует стадии _____
корня :

1. сформированного
2. несформированного
3. резорбции
4. незакрытой верхушки

Вопрос №5 По полученным данным клинического обследования данная форма соответствует ка-риесу :

1. среднему
2. глубокому
3. в стадии пятна
4. поверхностному

Вопрос №6 По локализации кариозный дефект на 5.5 зубе относится к классу кариозных полостей (по Блэку):

1. II
2. I
3. III
4. V

Вопрос №7 Метод лечения данного пациента заключается в:

1. препарировании кариозных тканей с последующим пломбированием кариозной полости
2. проведении неинвазивной герметизации с применением композитного герметика
3. проведении реминерализующей терапии по методу Боровского – Волкова
4. применении метода витальной ампутации с последующим пломбированием кариозной полости

Вопрос №8 При пломбировании кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов обязательно применение:

1. матричных систем
2. окклюзионного штампа
3. защитных коронок
4. силиконового ключа

Вопрос №9 Матричные системы при восстановлении апроксимальных кариозных поверхностей используют для:

1. предотвращения формирования нависающего края
2. повышения эстетики реставрации
3. профилактики вторичного кариеса
4. защиты соседнего зуба от повреждения при препарировании

Вопрос №10 Для медикаментозной обработки кариозных полостей во временных зубах предпочтительно использовать:

1. хлоргексидина биглюконата раствор 0,05%
2. хлоргексидина биглюконата раствор 5%
3. дистиллированную воду
4. этиловый спирт 95%

Вопрос №11 Показанием к использованию стандартных защитных коронок является :

1. разрушение коронки зуба 50% и более
2. разрушение коронки зуба менее 25%
3. кариес эмали в области фиссур зуба
4. разрушение коронки зуба ниже уровня десны

Вопрос №12 При высокой степени активности кариеса диспансеризацию детей дошкольного и младшего школьного возраста осуществляют 1 раз в :

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 1 год
4. 2 года

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Особенности течения и лечения периодонтитов временных и постоянных зубов у детей.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 9 лет с родителями.

1.2. Жалобы

на

- появление образования на десне в области центрального резца справа.

1.3. Анамнез заболевания

В возрасте 8 лет (1 год назад) была получена спортивная травма (удар мячом по лицу во время игры в футбол). В 1.1 зубе сразу после травмы отмечалась ноющая боль в течение 3 дней. К стоматологу не обращались. Месяц назад появилось образование на десне.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			П				?					П			
		1.6	5.5			1.2	1.1	2.1	2.2			6.5	2.6		
		4.6	8.5		8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3		7.5	3.6		
			П									П			

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

На переходной складке в области проекции корня 1.1 зуба отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

- 1: перкуссию зуба
- 2: температурную пробу
- 3: витальное окрашивание
- 4: определение индекса РМА
- 5: определение индекса СРITN

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия зуба

Вертикальная перкуссия слабоболезненная.

3.2. Температурная проба

Реакция на температурные раздражители отсутствует.

3.3. Витальное окрашивание

При окрашивании кариес-маркером окрашивания тканей зуба нет.

3.4. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса СРІТN

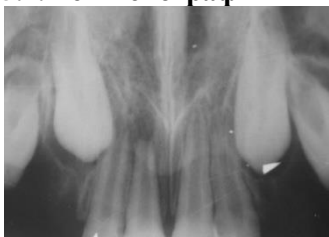
Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: рентгенография
- 2: электроодонтометрия (ЭОД)
- 3: вакуумная проба
- 4: фиброоптическая трансиллюминация
- 5: количественная световая флуоресценция (QLF)

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Электроодонтометрия (ЭОД)

Снижение электровозбудимости свыше 100 мкА.

5.3. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Фиброоптическая трансиллюминация

При просвечивании коронковой части зуба нет изменения оптической плотности.

5.5. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 Диагнозом 1.1 зуба является:

- 1: хронический периодонтит
- 2: хронический пульпит
- 3: кариес дентина
- 4: другой кариес

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Метод лечения 1.1 зуба заключается в:

- 1: многоэтапном эндодонтическом лечении с использованием препаратов, содержащих кальция гидроокись
- 2: удалении зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: одномоментной постоянной obturации силером и гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации

Вопрос №5 При лечении хронического периодонтита зуба с незаконченным формированием корня в результате введения в корневой канал препаратов гидроксида кальция происходит:

- 1: апексификация
- 2: апексогенез
- 3: патологическая резорбция корня
- 4: физиологическая резорбция корня

Вопрос №6 При апексификации происходит:

- 1: формирование остеоцементного апикального барьера
- 2: физиологическое формирование верхушки корня зуба
- 3: регенерация
- 4: гиперцементоз

Вопрос №7 При введении в корневой канал препарата гидроксида кальция на водной основе сразу препарат проводят 1 раз в:

- 1: 1 месяц

- 2: 3 месяца
- 3: 6 месяцев
- 4: 12 месяцев

Вопрос №8 При введении в корневой канал препарата гидроксида кальция на масляной основе замену препарата проводят 1 раз в:

- 1: 3 месяца
- 2: 1 месяц
- 3: 1 год
- 4: 3 недели

Вопрос №9 В качестве временной пломбы для закрытия полости после введения кальция гидроксида применяют:

- 1: стеклоиономерный цемент
- 2: водный дентин
- 3: масляный дентин
- 4: светоотверждаемые материалы для временных пломб

Вопрос №10 Рентгенологический контроль на этапах диспансерного наблюдения осуществляют 1 раз в:

- 1: 3-6 месяцев
- 2: 1-2 месяца
- 3: 1-2 года
- 4: 2-3 недели

Вопрос №11 Корень 1.1 зуба в 8 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: несформированного
- 2: сформированного
- 3: физиологической резорбции
- 4: незакрытой верхушки

Вопрос

№12 image::https://create-

multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/004/001004122[Рентгенография.jpg]

На рентгенограмме 1.1 зуба определяется:

- 1: очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами у верхушки корня 1.1 зуба диаметром 3 мм, апикальное отверстие широкое, корень 1.1 зуба короче корня 2.1 зуба
- 2: линия перелома, проходящая через эмаль и дентин в косом направлении и не имеющая сообщения с полостью 1.1 зуба
- 3: очаг разрежения костной ткани с чёткими контурами области верхушки корня 1.1 зуба диаметром 1 см, глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью 1.1 зуба
- 4: коронковая часть 1.1 зуба без патологии, изменений в периапикальной области нет

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- разрушение 2.1 зуба,
- боль при приёме горячей и холодной пищи и напитков.

1.3. Анамнез заболевания

2.1 зуб прорезался с жёлтыми пятнами на коронке. Боль появилась две недели назад. К врачу-стоматологу не обращались. В возрасте 2 лет ребёнок упал с качелей, ударился передними зубами, был диагностирован вколоченный вывих 6.1 зуба. 6.1 зуб был удалён через 3 месяца после травмы, так как появился свищевой ход на десне.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.

- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпируются.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

		С	П				?			С	С			
	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5		8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
		П								П	П			

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: определение кровоточивости десны
- 4: определение индекса КПУ
- 5: определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлена кариозная полость на нёбной поверхности 2.1 зуба, зондирование резко болезненно в одной точке в проекции рога пульпы, вскрыта красная кровоточащая пульпа.

3.3. Определение кровоточивости десны

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса КПУ

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: витальное окрашивание
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Рентгенодентография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 На рентгенограмме 2.1 зуба выявлена кариозная полость, в периапикальной области _____, корень:

- 1: патологических изменений нет; не сформирован
- 2: очаг разрежения костной ткани без чётких контуров диаметром 5 мм; сформирован
- 3: очаг разрежения костной ткани без четких контуров диаметром 7 мм; с признаками патологической резорбции
- 4: патологических изменений нет; сформирован

Вопрос №4 Основным диагнозом 2.1 зуба является:

- 1: пульпит
- 2: хронический апикальный периодонтит
- 3: периапикальный абсцесс без полости
- 4: кариес дентина

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Корень 2.1 зуба в 7 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: несформированного
- 2: сформированного
- 3: незакрытой верхушки
- 4: физиологической резорбции

Вопрос №6 Метод лечения 2.1 зуба заключается в:

- 1: витальной ампутации пульпы
- 2: проведении удаления зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №7 Метод витальной ампутации подразумевает удаление коронковой и _____ пульпы:

- 1: устьевой; под анестезией
- 2: корневой; под анестезией
- 3: устьевой; после её некротизации
- 4: корневой; после её некротизации

Вопрос №8 Для покрытия корневой пульпы при витальной ампутации в постоянных зубах используют лечебные препараты, содержащие:

- 1: гидроокись кальция
- 2: параформальдегид
- 3: гипохлорит натрия
- 4: глутаральдегид

Вопрос №9 В качестве временной пломбы при отсроченном пломбировании 2.1 зуба после проведении витальной ампутации используют:

- 1: стеклоиономерный цемент
- 2: водный дентин

3: масляный дентин

4: композитный материал

Вопрос №10 В данной клинической ситуации после витальной ампутации пульпы эстетическое восстановление коронковой части 2.1 зуба реставрационными композитными материалами проводятся:

1: через 6-8 месяцев

2: в первое посещение

3: по достижении возраста 18 лет

4: по достижении возраста 12 лет

Вопрос №11 Признаком успешного лечения 2.1 зуба в данной клинической ситуации является:

1: образование дентинного мостика над раневой поверхностью пульпы

2: прекращение формирования корня зуба

3: значение показателя электрочувствительности пульпы более 100 мкА

4: образование очага внутриканальной резорбции

Вопрос №12 К причине изменения коронковой части 2.1 зуба в данной клинической ситуации относят:

1: повреждение зачатка 2.1 зуба при вколоченном вывихе 6.1 зуба

2: заболевания матери во время беременности

3: заболевания ребёнка на первом году жизни

4: наследственное нарушение развития эмали и дентина 2.1 зуба

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- разрушение 3.6 зуба,
- дискомфорт при приёме пищи.

1.3. Анамнез заболевания

Разрушение зуба заметили 2 недели назад, когда ребёнок начал жаловаться на дискомфорт при приёме пищи.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

			С	П			С				П/С			
		1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6	
		4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6	
				П							П	П	?	

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 3.6 зуб.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: перкуссия
- 2: исследование с помощью стоматологического зонда
- 3: витальное окрашивание
- 4: пальпация регионарных лимфатических узлов
- 5: определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлена кариозная полость на аппроксимальной поверхности 3.6 зуба, зондирование резко болезненно в одной точке в проекции рога пульпы, вскрыта красная кровотокающая пульпа.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА

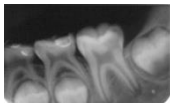
Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: витальное окрашивание
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция

Зуб флуоресцирует зелёным светом. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Корень 3.6 зуба в 7 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: несформированного
- 2: сформированного
- 3: незакрытой верхушки
- 4: физиологической резорбции

Вопрос №4 image:::https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/011/001011229[зуева 32_30.01.2019 рис 3.jpg]

На рентгенограмме 3.6 зуба выявлено: _____ сообщения кариозной полости с полостью

зуба, корни _____, в периапикальных тканях:

- 1: наличие; не сформированы; патологических изменений нет
- 2: наличие; сформированы; очаги разрежения костной ткани без чётких контуров диаметром 5 мм и очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней
- 3: отсутствие; с патологической резорбцией; очаги разрежения костной ткани без чётких контуров диаметром 7 мм
- 4: отсутствие; сформированы; патологических изменений нет

Вопрос №5 Основным диагнозом 3.6 зуба является:

- 1: Пульпит
- 2: Хронический апикальный периодонтит
- 3: Периапикальный абсцесс без полости
- 4: Кариес дентина

9. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №6 Метод лечения 3.6 зуба у данного пациента заключается в:

- 1: витальной ампутации пульпы
- 2: удалении зуба
- 3: резекции верхушки корня
- 4: многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №7 Метод витальной ампутации пульпы подразумевает удаление коронковой и _____ пульпы:

- 1: устьевой; под анестезией
- 2: корневой; под анестезией
- 3: устьевой; после её некротизации
- 4: корневой; после её некротизации

Вопрос №8 У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе:

- 1: артикаина с вазоконстриктором 1:200 000
- 2: артикаина с вазоконстриктором 1:100 000
- 3: лидокаина
- 4: бензокаина

Вопрос №9 Для покрытия корневой пульпы при витальной ампутации в постоянных зубах используют лечебные препараты, содержащие:

- 1: гидроокись кальция
- 2: формокрезол
- 3: резорцин-формалин
- 4: параформальдегид

Вопрос №10 Для покрытия корневой пульпы при витальной ампутации в постоянных зубах используют лечебные препараты, содержащие:

- 1: минеральный триоксидат
- 2: параформальдегид
- 3: гипохлорит натрия
- 4: глютаральдегид

Вопрос №11 В качестве изолирующей прокладки при лечении постоянных зубов методом витальной ампутации используют:

- 1: стеклоиономерный цемент
- 2: композитный материал
- 3: амальгаму
- 4: резорцин-формалиновую пасту

Вопрос №12 Признаком успешного лечения 3.6 зуба у данного пациента является:

- 1: образование дентинного мостика над раневой поверхностью пульпы
- 2: прекращение формирования корня зуба и окружающих тканей периодонта
- 3: снижение электрочувствительности пульпы до значений выше 100 мкА
- 4: образование очага внутриканальной резорбции

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

Родители девочки 5 лет обратились для планового осмотра ребенка у стоматолога.

1.2. Жалобы

Нет, обратились с целью осмотра.

1.3. Анамнез заболевания

Последний раз обращались для лечения зубов 1 год назад.

1.4. Анамнез жизни

- Девочка от 2-й беременности, роды в срок через естественные родовые пути. Грудное вскармливание до года, регулярная гигиена рта с момента прорезывания первого зуба.
- В возрасте 2 лет перенесла пневмонию.
- В анамнезе обструктивный бронхит, частые ОРВИ.

1.5. Объективный статус



Внешний осмотр без патологии. На дистальной контактной поверхности зуба 8.4 имеется полость, выполненная пигментированным размягченным дентином.

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:

- 1: рентгенография зубов
- 2: определение упрощенного индекса гигиены рта
- 3: ТЭР-тест
- 4: электроодонтодиагностика

3. Результаты метода обследования

3.1. Рентгенография зубов



3.2. Определение упрощенного индекса гигиены рта

Гигиена рта – неудовлетворительная.

3.3. ТЭР-тест

ТЭР-тест не проводится при наличии полости с обнаженным дентином.

3.4. Электроодонтодиагностика

Электроодонтодиагностика невозможна из-за малого возраста ребенка.

Вопрос №2 Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются:

- 1: зондирование полости в зубе 8.4
- 2: перкуссия зуба 8.4
- 3: витальное окрашивание зубов
- 4: конусно-лучевая компьютерная томография
- 5: оценка кариозной полости аппаратом Diagnodent

5. Результаты методов обследования

5.1. Зондирование полости в зубе 8.4

Зондирование болезненно по дну полости.

5.2. Перкуссия зуба 8.4

Перкуссия зуба безболезненна.

5.3. Витальное окрашивание зубов

Пигментированный дентин окрасился раствором кислого фуксина.

5.4. Конусно-лучевая компьютерная томография

КЛКТ нецелесообразна, так как в данном случае не дает дополнительной диагностической информации.

5.5. Оценка кариозной полости аппаратом Diagnodent

Оценка аппаратом Diagnodent не дает дополнительной диагностической информации при наличии полости с обнаженным дентином.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом пациентки является:

- 1: хронический пульпит
- 2: хронический периодонтит
- 3: острый пульпит
- 4: кариес дентина

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Какая диагностическая информация позволяет в данном случае исключить или подтвердить поражение периодонта?:

- 1: данные рентгенографии
- 2: данные перкуссии
- 3: данные электроодонтодиагностики
- 4: сохранение нативного цвета зуба

Вопрос №5 Адекватной тактикой лечения зуба 8.4 является:

- 1: витальнаяпульпотомия/пульпэктомия
- 2: удаление зуба
- 3: прямое покрытие пульпы
- 4: только иссечение пораженных тканей с пломбированием полости

Вопрос №6 Основным критерием выбора между пульпотомией и пульпэктомией в данном случае является:

- 1: время остановки кровотечения из культей пульпы
- 2: глубина кариозной полости
- 3: данные рентгенографии
- 4: длительность существования кариозной полости

Вопрос №7 После удаления коронковой пульпы культы корневой закрывают тампоном с:

- 1: дистиллированной водой или физраствором
- 2: перекисью водорода
- 3: сульфатом железа
- 4: формокрезолом

Вопрос №8 После удаления коронковой пульпы кровотечение из культей корневой пульпы остановилось за 1,5 минуты. Данный критерий:

- 1: говорит об отсутствии воспаления в корневой пульпе и возможности обойтись пульпотомией
- 2: говорит о наличии воспаления в корневой пульпе и необходимости пульпэктомии
- 3: говорит о наличии воспаления в корневой пульпе и необходимости более глубокой ее ампутации
- 4: не является решающим и не дает возможность принять клиническое решение

Вопрос №9 Для покрытия культей пульпы при пульпотомии во временных молярах используют:

- 1: минералтриоксидаагрегат
- 2: формокрезол
- 3: стеклоиономерный цемент
- 4: гидроксиапатит

Вопрос №10 Для остановки кровотечения из культей пульпы после удаления первичных сгустков можно использовать:

- 1: сульфат железа
- 2: перекись водорода
- 3: йодиол
- 4: гидроксид кальция

Вопрос №11 В качестве изолирующей повязки после покрытия культей пульпы следует использовать:

- 1: стеклоиономерный цемент
- 2: цинк-оксид-эвгенольный цемент

3: микронаполненный композитный пломбировочный материал

4: макронаполненный композитный пломбировочный материал

Вопрос №12 Наилучшей герметичностью из всех способов восстановления зуба в данном случае обладает:

1: защитная коронка

2: стеклоиономерные цементы

3: композитные пломбировочные материалы

4: компомерные пломбировочные материалы

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

1.2. Жалобы

на

- ноющую боль в зубе нижней челюсти справа, беспокоящую по вечерам.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились 3 дня назад. К врачу-стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, бронхит.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

			С	Р							С			
	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
	?		Р							0	0	С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 4.6 зуб – на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином и остатками пищи.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. перкуссия
2. исследование с помощью стоматологического зонда
3. витальное окрашивание
4. пальпация регионарных лимфатических узлов

5. определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Перкуссия

Вертикальная перкуссия безболезненная.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлено сообщение с полостью зуба, пульпа красного цвета, резко болезненная, кровоточит при зондировании.

3.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. рентгенографию
2. температурную пробу
3. витальное окрашивание
4. реопародонтографию
5. количественную световую флуоресценцию

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Температурная проба

Проба положительная, боль длительно не проходит после устранения раздражителя.

5.3. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 image:::https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/011/001011241[зуева 33_30.01.2019 рис 2.jpg]

На рентгенограмме 4.6 зуба выявлена кариозная полость, а также _____ сообщения с полостью зуба, корни _____, в периапикальных тканях :

1. наличие; не сформированы; патологических изменений ростковой зоны нет
2. наличие; сформированы; очаг разрежения костной ткани без чётких контуров и очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней
3. отсутствие, с патологической резорбцией; очаг разрежения костной ткани без чётких контуров
4. отсутствие, сформированы; патологических изменений нет

Вопрос №4 Корень 4.6 зуба в 7 лет соответствует стадии _____ корня :

1. несформированного
2. сформированного
3. незакрытой верхушки
4. физиологической резорбции

Вопрос №5 Основным диагнозом 4.6 зуба является:

1. Пульпит

2. Хронический апикальный периодонтит
3. Периапикальный абсцесс без полости
4. Кариес дентина

9. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №6 Метод лечения 4.6 зуба у данного пациента заключается в:

1. витальной ампутации пульпы
2. удалении зуба
3. резекции верхушки корня
4. многоэтапном эндодонтическом лечении

Вопрос №7 Метод витальной ампутации пульпы подразумевает:

1. полное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной корневой пульпы
2. частичное удаление коронковой пульпы, с сохранением жизнеспособной части коронковой и корневой пульпы
3. полное удаление нежизнеспособной пульпы из коронковой части зуба и корневых каналов
4. наложение девитализирующего препарата с последующим удалением коронковой пульпы через несколько дней

Вопрос №8 Для покрытия корневой пульпы при витальной ампутации в постоянных зубах используют лечебные препараты, содержащие:

1. минеральный триоксид-агрегат
2. формокрезол
3. резорцин-формалин
4. параформальдегид

Вопрос №9 Для покрытия корневой пульпы при витальной ампутации в постоянных зубах используют лечебные препараты, содержащие:

1. гидроокись кальция
2. параформальдегид
3. гипохлорит натрия
4. глютаральдегид

Вопрос №10 В качестве изолирующей прокладки при лечении зубов методом витальной ампутации используют:

1. стеклоиономерный цемент
2. композитный материал
3. амальгаму
4. цинк-оксид-эвгеноловый цемент

Вопрос №11 Признаком успешного лечения 4.6 зуба у данного пациента является :

1. образование дентинного мостика над раневой поверхностью пульпы
2. прекращение формирования корня зуба и окружающих тканей периодонта
3. снижение электрочувствительности пульпы до значений выше 100 мкА
4. образование очага внутриканальной резорбции

Вопрос №12 Диспансерное наблюдение и рентгенологический контроль после лечения постоянных зубов с незаконченным формированием корней осуществляют 1 раз в:

1. 6 месяцев
2. 1 год
3. 1 месяц
4. 1-2 недели

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 6.

Особенности течения и лечения заболеваний пародонта у детей и подростков.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребёнком К. 4 лет.

1.2. Жалобы

не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Обратились с целью профилактического осмотра.

1.4. Анамнез жизни

- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергологический анамнез неотягощён.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски, без видимых патологических изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

П								П	П
5.5	5.4	5.3	5.2	1.1	2.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5
								П	П

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Локальный статус: на окклюзионных поверхностях 5.5, 6.4, 6.5, 7.4, 7.5 зубов пломбы. На всех зубах верхней и нижней челюстей виден мягкий зубной налёт.

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является окрашивание раствором:

- 1: эритрозина
- 2: бриллиантового зелёного
- 3: хлорофиллипта
- 4: перманганата калия

3. Результаты обследования

3.1. Окрашивание раствором эритрозина

Налёт окрашен в розовый цвет.

3.2. Окрашивание раствором бриллиантового зелёного

Данный метод исследования не информативен для постановки диагноза.

3.3. Окрашивание раствором хлорофиллипта

Данный метод исследования не информативен для постановки диагноза.

3.4. Окрашивание раствором перманганата калия

Данный метод исследования не информативен для постановки диагноза.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента по МКБ-10 является:

- 1: отложения на зубах
- 2: эрозия зубов
- 3: нарушения формирования зубов
- 4: крапчатые зубы

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 При данном диагнозе необходимо определение:

- 1: индекса Фёдорова – Володкиной
- 2: индекса гигиены упрощённого
- 3: индекса налёта на проксимальных поверхностях зубов
- 4: показателя электропроводимости пульпы

Вопрос №4 Оптимальным вариантом лечения указанного заболевания является:

- 1: профессиональная гигиена полости рта
- 2: глубокое фторирование
- 3: герметизация фиссур зубов

4: применение отбеливающих средств

Вопрос №5 Обучение родителей уходу за полостью рта ребёнка целесообразно проводить:

- 1: до момента рождения ребёнка
- 2: после прорезывания первого временного зуба
- 3: при первом диспансерном визите к врачу-стоматологу
- 4: при посещении ребёнком дошкольного учреждения

Вопрос №6 С момента прорезывания первых зубов рекомендуется использовать щётку:

- 1: напальчник, силиконовую
- 2: с мягкой щетиной
- 3: средней жёсткости, натуральную
- 4: с жёсткой щетиной

Вопрос №7 Контроль за чисткой зубов у детей раннего возраста должен осуществляться:

- 1: родителями
- 2: врачом-педиатром
- 3: воспитателем дошкольного учреждения
- 4: врачом-стоматологом

Вопрос №8 Для ухода за полостью рта ребёнка в возрасте от 3 до 5 лет рекомендуется использовать _____ зубную щётку и _____ зубную пасту:

- 1: мягкую; детскую фторидсодержащую
- 2: средней жёсткости; отбеливающую
- 3: жёсткую; не содержащую фторид
- 4: средней жёсткости; десенситивную

Вопрос №9 Дошкольный возраст (от 3 до 5 лет) является периодом окклюзии:

- 1: сформированной временной
- 2: сменной
- 3: постоянной
- 4: формирующейся временной

Вопрос №10 Рекомендуемая частота посещения врача-стоматолога детьми дошкольного возраста составляет _____ в год:

- 1: 2 раза
- 2: 1 раз
- 3: 3 раза
- 4: 4 раза

Вопрос №11 Оптимальное содержание фторида в детских зубных пастах для детей дошкольного возраста _____ ppm:

- 1: 500
- 2: 250
- 3: 700
- 4: 1400

Вопрос №12 Для детей дошкольного возраста наиболее удобен метод чистки зубов:

- 1: круговой
- 2: стандартный
- 3: Bass
- 4: Charters

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребёнком К.

1.2. Жалобы

на

- болезненное прорезывание зубов.

1.3. Анамнез заболевания

Обратились с целью профилактического осмотра.

1.4. Анамнез жизни

- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергологический анамнез неотягощён.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски, без видимых патологических изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта:

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, без видимых патологических элементов, десневые валики полукруглой формы, уздечки верхней и нижней губ, языка в норме.

Локальный статус: 7.1, 8.1 зубы прорезались на $\frac{1}{3}$, визуально определяются белые отложения на зубах.

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:

- 1: исследование зондом стоматологическим
- 2: окрашивание бриллиантовым зелёным
- 3: перкуссия зубов
- 4: пальпация по переходной складке

3. Результаты обследования

3.1. Исследование зондом стоматологическим

При зондировании мягкий зубной налёт снимается с поверхности зуба.

3.2. Окрашивание бриллиантовым зелёным

Раствор бриллиантового зелёного не используется для диагностики данной патологии.

3.3. Перкуссия зубов

Перкуссия зубов не используется для диагностики данной патологии.

3.4. Пальпация по переходной складке

Данный вид исследования не информативен для постановки диагноза.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента по МКБ-10 является:

- 1: отложения на зубах
- 2: аномалии размеров и формы зубов
- 3: нарушения формирования зубов
- 4: крапчатые зубы

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Оптимальным вариантом лечения указанного заболевания является:

- 1: удаление мягкого зубного налёта
- 2: глубокое фторирование
- 3: герметизация фиссур зубов
- 4: применение отбеливающих средств

Вопрос №4 Обучение родителей уходу за полостью рта ребёнка целесообразно проводить:

- 1: до момента рождения ребёнка
- 2: после прорезывания первого временного зуба
- 3: при первом диспансерном визите к врачу-стоматологу
- 4: при посещении ребёнком дошкольного учреждения

Вопрос №5 С момента прорезывания первых зубов рекомендуется использовать щётку:

- 1: силиконовую, напальчник
- 2: натуральную, очень мягкую
- 3: средней жёсткости
- 4: с жёсткой щетиной

Вопрос №6 Начинать чистить зубы ребёнку необходимо:

- 1: с момента прорезывания первого временного зуба
- 2: после прорезывания всех временных зубов
- 3: при посещении дошкольного учреждения
- 4: с момента прорезывания первого постоянного зуба

Вопрос №7 Исходя из условий задачи возраст ребёнка составляет _____ месяцев:

- 1: 6-8

- 2: 10-12
- 3: 12-14
- 4: 14-16

Вопрос №8 Дошкольный возраст (с 3 до 5 лет) является периодом окклюзии:

- 1: сформированной временной
- 2: сформированной постоянной
- 3: формирования постоянной
- 4: формирующейся временной

Вопрос №9 Рекомендуемая частота посещения врача-стоматолога детьми дошкольного возраста составляет ____ в год:

- 1: 2 раза
- 2: 1 раз
- 3: 3 раза
- 4: 4 раза

Вопрос №10 Большое количество сахара в рационе детей раннего возраста способствует возникновению:

- 1: кариеса зубов
- 2: флюороза зубов
- 3: гипоплазии эмали
- 4: гиперплазии эмали

Вопрос №11 Для снижения болевых ощущений при прорезывании зубов рекомендуется:

- 1: использование детских гелей с анестетиками
- 2: проведение блокады ветвей тройничного нерва
- 3: использование нестероидных противовоспалительных средств
- 4: проведение электрофореза анестетиками

Вопрос №12 Отказаться от применения соски-пустышки необходимо при достижении ребёнком возраста ____ месяцев:

- 1: 12
- 2: 6
- 3: 18
- 4: 24

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

Родители с ребёнком 12 лет обратились в клинику.

1.2. Жалобы

на

- разрастание десны.

1.3. Анамнез заболевания

Впервые жалобы появились полгода назад. К врачу-стоматологу не обращались, лечились самостоятельно полосканием раствором соды.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые и сопутствующие заболевания: доброкачественная роландическая эпилепсия (постоянный приём противоэпилептического препарата в течение последнего года). Наблюдается у врача-невролога.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр челюстно-лицевой области: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

		П	П									П	П		
--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

		1.6	5.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	6.5	2.6		
		4.6	8.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	7.5	3.6		
		П	П									П/С	П		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: при осмотре выявлена гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюстей до $\frac{1}{3}$ коронок зубов.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Зубы покрыты толстым слоем вязкого белого налёта.

Гигиена полости рта: неудовлетворительная.

Вопрос №1 К методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

- 1: определение кровоточивости десны при зондировании
- 2: зондирование пародонтальных карманов пародонтальным зондом
- 3: рентгенографию
- 4: витальное окрашивание
- 5: количественную световую флуоресценцию (QLF)
- 6: электроодонтометрию (ЭОД)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Определение кровоточивости десны при зондировании

При зондировании пародонтальным зондом возникает кровоточивость.

3.2. Зондирование пародонтальных карманов пародонтальным зондом

При зондировании выявлены ложные пародонтальные карманы глубиной 2-3 мм.

3.3. Рентгенография

На рентгенограмме деструкция межальвеолярной перегородки не наблюдается.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Электроодонтометрия (ЭОД)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является:

- 1: хронический гингивит
- 2: хронический пародонтит
- 3: гипертрофия десны
- 4: острый гингивит

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Хронический гингивит у данного пациента соответствует форме – _____ гингивит:

- 1: гипертрофический
- 2: катаральный
- 3: язвенно-некротический
- 4: атрофический

Вопрос №4 Клиническая картина хронического гипертрофического гингивита у данного пациента соответствует форме:

- 1: отёчной
- 2: фиброзной
- 3: катаральной
- 4: язвенной

Вопрос №5 Клиническая картина хронического гипертрофического гингивита у данного пациента соответствует степени тяжести:

- 1: лёгкой
- 2: средней
- 3: тяжёлой
- 4: очень тяжёлой

Вопрос №6 Первым этапом лечения хронического гипертрофического гингивита является:

- 1: проведение профессиональной гигиены
- 2: лечение кариеса
- 3: назначение кератопластиков
- 4: назначение витаминов

Вопрос №7 В комплекс лечения данного пациента необходимо включить:

- 1: обучение методам индивидуальной гигиены полости рта
- 2: антибактериальную терапию, вакуумный массаж дёсен
- 3: лоскутную операцию
- 4: открытый кюретаж

Вопрос №8 Для уменьшения отёка гипертрофированной десны рекомендуется в течение 2-3 недель местно применять противовоспалительные полоскания и аппликации _____ раз/раза в сутки:

- 1: 2-3
- 2: 1
- 3: 10
- 4: 6-7

Вопрос №9 В комплексном лечении гипертрофического гингивита после устранения отёка и кровоточивости десны применяют препараты, обладающие действием:

- 1: склерозирующим и кератолитическим
- 2: антибактериальным и противогрибковым
- 3: противовоспалительным
- 4: кератопластическим

Вопрос №10 Причиной развития гипертрофического гингивита в данной клинической ситуации является:

- 1: приём противоэпилептического препарата
- 2: заболевание желудочно-кишечного тракта
- 3: аллергическая реакция на лекарственные препараты
- 4: аутоиммунная реакция на лекарственные препараты

Вопрос №11 Фактором, приводящим к более выраженным изменениям тканей десны, помимо приёма лекарственных препаратов, у данного пациента является:

- 1: неудовлетворительная гигиена полости рта
- 2: аутоиммунная реакция
- 3: отягощённый аллергологический анамнез
- 4: сменный прикус

Вопрос №12 При проведении индивидуальной гигиены полости рта при данной патологии рекомендуется дополнительно использовать:

- 1: ирригатор для полости рта
- 2: ёршики
- 3: электрическую зубную щётку
- 4: зубочистки

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребёнком 6 лет.

1.2. Жалобы

Не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Обратились с целью профилактического осмотра.

1.4. Анамнез жизни

- Вредные привычки: отрицает.
- Аллергологический анамнез не отягощён.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски, без видимых патологических изменений, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

	П								П	П	
1.6	5.5	5.4	5.3	5.2	1.1	2.1	6.2	6.3	6.4	6.5	2.6
4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	4.1	3.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6
	?								П	П	

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 8.5 зуб – на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется нечётко отграниченный участок белого матового цвета. Потери эпителиального прикрепления нет, в пришеечной области всех зубов определяется наличие мягкого зубного налёта.

Вопрос №1 К клиническому методу обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относится :

1. исследование зондом стоматологическим
2. пальпация по переходной складке
3. определение пародонтальных индексов
4. окрашивание слабым раствором марганцовки

3. Результат клинических методов обследования

3.1. Исследование зондом стоматологическим

Поверхность участка эмали шероховатая.

3.2. Пальпация по переходной складке

Пальпация по переходной складке не используется для диагностики заболеваний твёрдых тканей полости рта.

3.3. Определение пародонтальных индексов

Определение пародонтальных индексов не используется для диагностики заболеваний твёрдых тканей полости рта.

3.4. Окрашивание слабым раствором марганцовки

Раствор марганцовки не используется для диагностики заболеваний твёрдых тканей полости рта.

Вопрос №2 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является окрашивание:

1. раствором метиленового синего 2%
2. бриллиантовым зелёным
3. раствором Шиллера – Писарева
4. слабым раствором марганцовки

5. Результат обследования

5.1. Окрашивание раствором метиленового синего 2%

Краситель проникает только в участки деминерализации эмали. Интенсивность окрашивания очага сравнивают со специальной градационной 10-бальной шкалой, имеющей различные оттенки синего цвета.

5.2. Окрашивание бриллиантовым зелёным

Раствор бриллиантового зелёного не используется для диагностики заболеваний твёрдых тканей полости рта.

5.3. Окрашивание раствором Шиллера – Писарева

Раствор Шиллера – Писарева не используется в диагностике заболеваний твёрдых тканей полости рта.

5.4. Окрашивание слабым раствором марганцовки

Раствор марганцовки не используется для диагностики заболеваний твёрдых тканей полости рта

Вопрос №3 Основным диагнозом 8.5 зуба по МКБ-10 является кариес:

1. эмали
2. корня
3. дентина
4. цемента

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 При данном диагнозе необходимо :

1. провести витальное окрашивание твёрдых тканей зуба
2. рассчитать пародонтальный индекс Рассела
3. определить коммунальный пародонтальный индекс нуждаемости в лечении (СРITN)
4. провести электроодонтодиагностику (ЭОД)

Вопрос №5 Оптимальным вариантом лечения данного заболевания является:

1. фторирование твёрдых тканей зубов
2. лечение кариеса при помощи протезирования
3. лечение кариеса при помощи препарирования
4. применение отбеливающих средств

Вопрос №6 К этиологии данного заболевания относят :

1. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
2. высокое содержание фторида в питьевой воде
3. заболевания желудочно-кишечного тракта
4. инфекционные заболевания ребёнка на первом году жизни

Вопрос №7 В данной клинической ситуации пациенту может быть рекомендовано :

1. применение ополаскивателей
2. использование отбеливающих зубных паст
3. применение жевательной резинки
4. использование зубных паст без фтора

Вопрос №8 Запечатывание фиссур зубов герметиками проводят с целью:

1. предотвращения развития кариеса
2. нормализации окклюзии
3. профилактики стираемости эмали
4. профилактики супраконтактов

Вопрос №9 Функцией герметизации фиссур зубов является:

1. создание барьера для кариесогенных бактерий
2. профилактика некариозных поражений
3. профилактика стираемости эмали
4. искусственная минерализация эмали

Вопрос №10 Герметизацию фиссур зубов можно проводить :

1. в стадии прорезывания и созревания эмали
2. не ранее чем через 2 года после формирования корня
3. не ранее чем через 2 года после прорезывания
4. спустя 2 года после естественной минерализации эмали

Вопрос №11 Для проведения запечатывания фиссур зубов рекомендовано использование:

1. компомеров
2. фторлака
3. фторгеля

4. триклозана

Вопрос №12 Показанием к проведению герметизации фиссур зубов является:

1. наличие узких глубоких фиссур на жевательной поверхности зубов
2. страх стоматологического вмешательства у пациента
3. интактность зубов более 2 лет с момента прорезывания
4. некариозное поражение твёрдых тканей зубов

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 7.

Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Травматические повреждения, заболевания, обусловленные аллергией, проявление на СОПР детских инфекционных заболеваний и заболеваний внутренних органов. Хейлиты, глосситы.

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 12 лет.

1.2. Жалобы

на

- болезненность при приёме пищи и разговоре,
- появление болезненного образования на слизистой щеки.

1.3. Анамнез заболевания

Сутки назад в стоматологической поликлинике лечили осложнённый кариес 2.6 зуба девитальным методом.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Со слов матери, ребёнок практически здоров.
- Аллергоанамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. Общее состояние удовлетворительное. Открывание рта безболезненное.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

																П	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		

На слизистой оболочке щеки имеется обширный дефект слизистой, покрытый белой фибриновой пленкой. При осмотре твёрдых тканей зубов кариозных зубов не выявлено.



Вопрос №1 К основному методу обследования в данном клиническом случае относят:

1. осмотр слизистой оболочки рта
2. пальпацию элемента слизистой оболочки рта
3. окрашивание элемента раствором Шиллера – Писарева
4. микробиологическое исследование мазка на кандидоз

3. Результаты метода обследования

3.1. Осмотр слизистой оболочки рта

При визуальном осмотре выявлен обширный дефект слизистой оболочки щеки слева с нечёткими контурами с узким ободком гиперемии, покрытый белой фибринозной пленкой размером 13 мм.

3.2. Пальпация элемента слизистой оболочки рта

Проводить не следует у детей из-за сильной болезненности эрозии.

3.3. Окрашивание элемента раствором Шиллера – Писарева

Исследование не имеет значения при постановке диагноза у данного пациента.

3.4. Микробиологическое исследование мазка на кандидоз

Результат исследования – отрицательный.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта в данной клинической ситуации проводят с помощью индекса:

1. РНР
2. Силнесс – Лое
3. Фёдорова – Володкиной
4. КПУ

5. Результаты метода обследования

5.1. Индекс РНР

РНР = 2,1 (удовлетворительный).

5.2. Индекс Силнесс – Лое

Не имеет диагностического значения при постановке диагноза у данного пациента.

5.3. Индекс Фёдорова – Володкиной

Не применяется для детей 12 лет.

5.4. Индекс КПУ

Исследование не имеет диагностического значения при постановке диагноза у данного пациента.

Вопрос №3 В данном клиническом случае диагнозом пациента является:

1. химический ожог рта и глотки
2. другие формы стоматита
3. рецидивирующие афты полости рта
4. кандидозный стоматит

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 К причине развития заболевания в данном клиническом случае относят:

1. воздействие резорцин-формалиновой смеси
2. острую механическую травму
3. хроническое травматическое повреждение
4. воздействие грибов рода Candida

Вопрос №5 Основным элементом поражения у данного пациента является:

1. эрозия
2. язва

3. пузырьки
4. корочка

Вопрос №6 Лечение заболевания в данном клиническом случае включает:

1. применение средств, стимулирующих регенерацию тканей
2. ушивание раны
3. применение антибактериальных препаратов
4. физиотерапевтические процедуры

Вопрос №7 В данной клинической ситуации при местном лечении химического ожога слизистой оболочки полости рта для обезболивания применяют:

1. анестетики
2. антисептики
3. ферменты
4. кератопластики

Вопрос №8 В данной клинической ситуации для отторжения плёнки фибрина следует использовать:

1. химотрипсин
2. хлоргексидин
3. водорода перексид
4. ацикловир

Вопрос №9 В данной клинической ситуации для ускорения эпителизации эрозии пациенту назначают:

1. кератопластики
2. химотрипсин
3. хлоргексидин
4. метронидазол

Вопрос №10 Кератопластики данному пациенту применяют в виде:

1. аппликаций
2. орошений
3. тампонады
4. ротовых ванночек

Вопрос №11 При ожоге слизистой оболочки рта кислотами в качестве нейтрализующих средств используют раствор:

1. натрия гидрокарбонат 1-2%
2. лимонной кислоты 0,5%
3. натрия хлорид 3%
4. йод + йодид + поливиниловый спирт 1%

Вопрос №12 При отсутствии адекватного лечения в данной клинической ситуации возможно:

1. вторичное инфицирование раны
2. развитие пиодермии
3. развитие кандидоза
4. возникновение периостита

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 6 лет.

1.2. Жалобы

на

- болезненность при приёме пищи и разговоре;
- появление болезненного дефекта на слизистой преддверия рта.

1.3. Анамнез заболевания

Сутки назад в стоматологической поликлинике лечили кариес 7.4 зуба под местным обезболиванием (первый опыт), рекомендации воздержаться от искусывания губы ребёнок игнорировал. По-

сле восстановления чувствительности от анестезии возникла резкая боль в области нижней губы. Родители обратили внимание на припухлость и наличие обширного элемента поражения.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту. Со слов матери, ребёнок практически здоров.
- У невропатолога на учёте не состоит.
- Аллергоанамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Внешний осмотр: имеется незначительная припухлость нижней губы слева. Кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Осмотр полости рта:



При осмотре твёрдых тканей зубов кариозных зубов не выявлено.

0	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	0
4.6	8.5	8.4	8.3	8.2	0	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	3.6
										П	

Вопрос №1 Основным методом обследования в данном клиническом случае является:

1. клиническое обследование слизистой оболочки рта
2. пальпация элемента на слизистой
3. окрашивание элемента раствором Шиллера – Писарева
4. проба Никольского

3. Результаты

3.1. Клиническое обследование слизистой оболочки рта

При визуальном осмотре выявлен обширный элемент поражения с нечёткими контурами с узким ободком гиперемии, покрытый белой фибриновой плёнкой, размером 13 мм.

3.2. Пальпация элемента на слизистой

Проводить не следует у детей из-за сильной болезненности элемента поражения.

3.3. Окрашивание элемента раствором Шиллера – Писарева

Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Проба Никольского

Не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта в данной ситуации проводят с помощью индекса :

1. гигиены Фёдорова – Володкиной
2. гигиены полости рта (ОНИ-S), упрощённого
3. эффективности гигиены полости рта РНР
4. КПУ

Вопрос №3 В данном клиническом случае имеет место заболевание слизистой оболочки рта:

1. травматическое изъязвление
2. химический ожог рта и глотки
3. рецидивирующие афты полости рта
4. кандидозный стоматит

6. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Основной причиной развития данного заболевания является :

1. прикусывание слизистой губы при проведении местной анестезии
2. химическая травма слизистой
3. хроническое травматическое повреждение слизистой
4. лекарственная аллергия

Вопрос №5 Основным методом лечения острой механической травмы полости рта является:

1. устранение травмирующего фактора
2. оказание первичной хирургической помощи
3. наблюдение у невропатолога
4. физиотерапевтическое лечение

Вопрос №6 Для удаления некротических тканей при местном лечении острой механической травмы полости рта применяют :

1. аппликации протеолитическими ферментами
2. полоскание и обработку антисептиком
3. аппликации кератопластических средств
4. нанесение противовоспалительных препаратов

Вопрос №7 Для общего лечения острой механической травмы полости рта применяется алгоритм :

1. лечение болеутоляющими препаратами; противовоспалительная терапия; десенсибилизирующая терапия
2. оказание первичной хирургической помощи; курортное лечение; физиотерапевтическое лечение
3. устранение очагов инфекции в организме ребёнка; наблюдение у невропатолога; санаторно-курортное лечение
4. диетотерапия; физиотерапевтическое лечение; консультация психолога

Вопрос №8 Прогноз острой механической травмы полости рта :

1. благоприятный (полное заживление слизистой оболочки рта)
2. неутешительный (заключается в формировании вредной привычки – искусывание губ и щёк)
3. неблагоприятный (заклучается в формирование стоматофобии)
4. осложнённый (связан с формированием рубцовой деформации слизистой губы)

Вопрос №9 Дифференциальная диагностика острой механической травмы полости рта производится с :

1. медикаментозным (аллергическим) стоматитом
2. острым кандидозом
3. лейкоплакией
4. первичной туберкулёзной язвой

Вопрос №10 Профилактикой при острой механической травме полости рта является проведение врачами-стоматологами детскими ознакомительных бесед с детьми и родителями о:

1. первичном проведении местной анестезии
2. санации полости рта и выборе средств гигиены полости рта
3. проведении аллергопроб перед первичным проведением местной анестезии
4. иммуномодулирующей терапии

Вопрос №11 К этиологическим факторам, вызывающим травму слизистой оболочки рта, относят :

1. механические воздействия
2. приём антибиотиков
3. плохую гигиену полости рта
4. вирусную инфекцию

Вопрос №12 При отсутствии адекватного лечения возможно развитие

1. вторичного инфицирования раны
2. пиодермии
3. острого кандидоза
4. периостита

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В детскую стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 12 лет.

1.2. Жалобы

на

- появление болезненного элемента круглой формы на слизистой под языком.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы на болезненность появились 3 дня назад. Родители обратили внимание, что в течение 2 лет такие элементы появляются во рту в весенне-осенний период.

1.4. Анамнез жизни

- Показатели физического и психомоторного развития ребёнка соответствуют возрасту.
- Перенесённые заболевания – хронический гастрит в 9 лет.
- Хронический тонзиллит.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.



Зубная формула:

		П											П		
	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	
	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	
		П	О									О	С		

Осмотр полости рта: открывание рта безболезненно. При осмотре твёрдых тканей зубов определяется мягкий зубной налёт.

Вопрос №1 К основному методу обследования в данной клинической ситуации относят:

1. осмотр
2. пальпацию слизистой оболочки рта
3. вирусологическое исследование на герпетическую инфекцию
4. микробиологическое исследование мазка на кандидоз
5. общий анализ крови

3. Результаты основного метода обследования

3.1. Осмотр

При визуальном осмотре выявлена афта размером 5 мм.

3.2. Пальпация слизистой оболочки рта

У детей проводить не следует из-за сильной болезненной афты.

3.3. Вирусологическое исследование на герпетическую инфекцию

Результат полимеразной цепной реакции (ПЦР) на вирус простого герпеса I, II типа отрицательный.

3.4. Микробиологическое исследование мазка на кандидоз

В мазке со слизистой оболочки рта грибы рода *Candida* не обнаружены.

3.5. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Ед. измерения	Норма
Гемоглобин	136	г/л	90-150
Эритроциты	8,8	10 ¹² /л	5,8-10,7
Тромбоциты	260	10 ⁹ /л	300-800
Лейкоциты	11,4	10 ⁹ /л	5,5-16,8
- Сегментоядерные:	60	%	45-72
- Эозинофилы:	5,0	%	0,0-5,0
- Лимфоциты	40	%	18-45
- Моноциты	7,9	%	3,0-12,0
СОЭ	12	мм/ч	2-15

Вопрос №2 Оценку гигиены полости рта у пациента проводят с помощью индекса:

1. ОНI-S
2. Фёдорова – Володкиной
3. РНР
4. КПУ

Вопрос №3 В данном клиническом случае основным диагнозом пациента является:

1. рецидивирующие афты полости рта
2. другие формы стоматита
3. воспаление слизистой оболочки рта (язвенное)
4. герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Дифференциальную диагностику данного заболевания проводят с _____ слизистой оболочки рта:

1. хронической травмой
2. многоформной экссудативной эритемой
3. кандидозом
4. герпетической ангиной

Вопрос №5 В общее лечение данного заболевания включают:

1. санацию хронических очагов инфекции
2. обезболивание слизистой оболочки рта
3. аппликации протеолитическими ферментами
4. применение кератопластических средств

Вопрос №6 Местное лечение в данной клинической ситуации начинают с:

1. обезболивания
2. полоскания антисептиками
3. применения гелий-неонового лазера
4. аппликации протеолитическими ферментами

Вопрос №7 В целях удаления некротического налета в данной клинической ситуации применяют аппликации:

1. протеолитическими ферментами
2. местными анестетиками
3. противовоспалительными препаратами
4. кератопластическими средствами

Вопрос №8 При лечении данного заболевания прогноз:

1. благоприятный
2. неблагоприятный
3. сомнительный
4. смертельный

Вопрос №9 В физиотерапевтическом лечении данного заболевания применяют:

1. гелий-неоновый лазер
2. магнитотерапию
3. теплотерапию
4. флюктуирующие токи

Вопрос №10 При легком течении стоматита одиночные афты рецидивируют:

1. 1-2 раза в год
2. 1 раз в 2-3 месяца

3. 1 раз в месяц
4. 1 раз в 2 года

Вопрос №11 Диетотерапия в данной клинической ситуации основана на _____ потребления продуктов:

1. уменьшении; содержащих аллергены
2. ограничении; богатых животными белками
3. увеличении; содержащих легкоусвояемые углеводы
4. ограничении; богатых животными и растительными жирами

Вопрос №12 Для профилактики данного заболевания пациенту рекомендовано наблюдение у врача-стоматолога:

1. 2 раза в год
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в 2 года
4. 1 раз в год

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2.3. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений

1. Профессиональная гигиена полости рта. Индивидуальная и контролируемая чистка зубов.
2. Влияние зубных отложений на развитие кариеса.
3. Зависимость устойчивости зубов к кариесу от свойств смешанной слюны: количество, вязкость, рН, буферная емкость
4. Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов
5. Лангерганс-клеточный гистиоцитоз. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
6. Синдром Папийон-Лефевра. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
7. Особенности строения пульпы, полости зуба, корневых каналов временных зубов и постоянных зубов с несформированными корнями.
8. Дифференциальная диагностика пульпитов во временных зубах и постоянных зубах с несформированными корнями.
9. Выбор пломбировочных материалов для лечения зубов у детей в зависимости от возраста и диагноза.
10. Агрессивные формы пародонтита у детей.
11. Анатомно-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды.
12. Заболевания губ и языка у детей.
13. Острый герпетический стоматит у детей. Этиопатогенез, клинические проявления, современные методы лечения
14. Показания и противопоказания к общему и местному обезболиванию при проведении хирургических вмешательств в условиях детской стоматологической хирургической поликлиники.
15. Неотложные состояния у детей на стоматологическом приеме
16. Транспортировка тяжелобольных детей с острыми гнойными воспалительными процессами и обширной травмой лица.
17. Основные психологические приёмы контакта врача с тяжелобольным ребёнком и его родителями.
18. Особенности развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте.
19. Острый эпидемический паротит. Этиопатогенез, клинические проявления, лечение.
20. Острый паротит новорожденного. Этиопатогенез, клинические проявления, лечение.

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ
 1. зубы одного периода формирования
 2. временные и постоянные резцы
 3. зубы-антагонисты

4. только первые моляры
- 2) УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
 1. вколоченного вывиха
 2. ушиба зуба
 3. вывиха зуба без смещения
 4. полного вывиха
- 3) ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. эрозия
 2. папула
 3. пузырьёк
 4. пятно
- 4) НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС (СТАДИЯ МЕЛОВОГО ПЯТНА) ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 1. подповерхностной деминерализацией
 2. нарушением формирования эмали
 3. поверхностной деминерализацией
 4. некрозом эмали
- 5) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ
 1. радикулярной кистой
 2. одонтомой
 3. цементомой
 4. репаративной гранулёмой
- 6) ОТВЁРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ
 1. Гетчинсона
 2. Пфлюгера
 3. Фурнье
 4. Тернера
- 7) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. вирус Коксаки
 2. вирус простого герпеса
 3. вирус гриппа
 4. цитомегаловирус
- 8) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ МИКРОФЛОРА
 1. смешанная
 2. стрептококковая
 3. стафилококковая
 4. грибковая
- 9) ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛИЗИСОМ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ
 1. Папийона – Лефевра
 2. Блоха – Сульцбергера
 3. Стентона – Капдепона
 4. Аспергера
- 10) ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА НЕДЕЛЕ
 1. 6-7
 2. 8-9
 3. 10-16
 4. 21-30
- 11) ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ОБРАЗУЕТСЯ
 1. эмаль, Насмитова оболочка

2. дентин, пульпа
3. цемент
4. кость альвеолы
- 12) ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ
 1. дентин, пульпа
 2. цемент
 3. периодонт
 4. кость альвеолы
- 13) ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО МЕШОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ
 1. цемент, периодонт
 2. дентин
 3. Насмитова оболочка
 4. пульпа
- 14) ПЕРИОД «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ» ДЛЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛИТСЯ (ЛЕТ)
 1. 2,5-3
 2. 1,5-2
 3. 3,5-4
 4. 4,5-5
- 15) ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО НА ПОВЕРХНОСТЯХ
 1. вестибулярной резцов
 2. вестибулярной моляров
 3. нёбной и язычной моляров
 4. нёбной и язычной резцов и клыков
- 16) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. рентгенологический метод
 2. окрашивание зубов раствором Шиллера - Писарева
 3. электроодонтодиагностику (ЭОД)
 4. перкуссию зуба
- 17) КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕЗАКРЫТОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕКЦИРУЕТСЯ
 1. нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие широкое
 2. нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие узкое
 3. короче нормальной длины, корневой канал узкий
 4. нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая
- 18) ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ
 1. фиброматоза дёсен
 2. пародонтита
 3. хронического катарального гингивита
 4. атрофического гингивита
- 19) ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
 1. гингиво-стоматита Венсана
 2. синдрома Бехчета
 3. алиментарной анемии
 4. железодефицитной анемии
- 20) К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ
 1. меловидно-крапчатую
 2. чашеобразную
 3. бороздчатую

4. «гипсовые» зубы
- 21) К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ
 1. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 2. окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
 3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 4. хрупкую, слущивающуюся эмаль
- 22) ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
 1. возраст, в котором ребёнок перенёс причинное заболевание
 2. сроки прорезывания поражённой группы зубов
 3. наследственность
 4. заболевания, приведшие к формированию гипоплазии
- 23) «ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ
 1. несовершенного амелогенеза
 2. флюороза
 3. гипоплазии эмали
 4. несовершенного дентиногенеза
- 24) ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
 2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
 3. плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключая фиксацию пломбы
 4. хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 25) ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
 1. вирусная
 2. инфекционная
 3. грибковая
 4. аллергическая
- 26) ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ
 1. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
 2. травматических эрозиях
 3. складчатом языке
 4. афте Беднара
- 27) ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ
 1. эрозии с влажным белым налётом
 2. «медовые» корки
 3. эрозии с гнойным отделяемым
 4. лихенизация, трещины, мокнутие
- 28) АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА
 1. первых месяцев жизни
 2. ясельного
 3. дошкольного
 4. школьного
- 29) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ РТА ОТНОСЯТ
 1. эрозии неправильных очертаний
 2. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом
 4. творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

- 30) ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
1. утрате пассивного иммунитета
 2. наличии сопутствующих заболеваний
 3. алергизации организма
 4. заболеваниях эндокринной системы
- 31) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ
1. неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
 2. нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличенные в размере
 3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
 4. эрозию округлой формы на спинке языка, покрытую фибринозным налётом
- 32) К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСИТСЯ
1. пустая лунка зуба
 2. укорочение видимой части коронки
 3. увеличение видимой части коронки
 4. смещение коронки в сторону
- 33) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ
1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации
 2. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 34) ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ
1. изменений на рентгенограмме
 2. вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
 3. стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
 4. меловидных пятен в пришеечной области
- 35) ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПУЛЬПИТА
1. хронического фиброзного
 2. острого очагового
 3. острого диффузного
 4. хронического гангренозного
- 36) ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. повышенной температурой тела, болезненным приёмом пищи, головной болью, болью в мышцах, суставах
 2. нормальной температурой тела, безболезненным приёмом пищи
 3. нормальной температурой тела, головной болью, болью в мышцах, суставах
 4. головной болью, субфебрильной температурой тела
- 37) ПРИ КАНДИДОЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ВЫЯВЛЯЮТ
1. белый творожистый налёт
 2. фибринозный налёт
 3. папулы
 4. «пятна» Филатова – Коплика
- 38) К ПРОЯВЛЕНИЯМ ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ
1. папулы округлой или овальной формы
 2. гнойные корки на губах
 3. афты, сливающиеся эрозии
 4. разлитую эритему
- 39) ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ
1. единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налётом

2. множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
3. пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
4. разлитая эритема, уртикарная сыпь
- 40) ДЛЯ СУХОЙ ФОРМЫ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ХАРАКТЕРНЫ
 1. чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
 2. эрозии
 3. массивные гнойные корки
 4. трещины на губах, покрытые влажным белым налётом
- 41) ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ
 1. атопическом (экзематозном) хейлите
 2. афтах Беднара
 3. инфекционном хейлите
 4. сифилисе
- 42) ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. пятно
 2. язва
 3. эрозия
 4. рубец
- 43) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ
 1. явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налётом фибрина
 2. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 3. эрозии неправильных очертаний
 4. творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка
- 44) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ
 1. смещение коронки в различных направлениях, подвижность зуба II-III степени
 2. погружение зуба в лунку до десны
 3. неизменённая видимая часть коронки, незначительная подвижность
 4. укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности
- 45) ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
 1. жалобами на косметический дефект
 2. болью при зондировании по линии перелома
 3. подвижностью II-III степени
 4. самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
- 46) ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
 1. анафилактического шока
 2. сердечно-сосудистого коллапса
 3. обморока
 4. болевого шока
- 47) ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ
 1. необязательным
 2. обязательным
 3. обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов
 4. обязательным только для детей с патологией ЖКТ
- 48) ОРХИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ ПРИ
 1. остром эпидемическом паротите
 2. хроническом паренхиматозном паротите
 3. калькулёзном сиалоадените
 4. аденокарциноме

- 49) СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА
1. острого эпидемического
 2. хронического рецидивирующего паренхиматозного
 3. калькулёзного
 4. новорождённых
- 50) ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ
1. характерно
 2. не характерно
 3. обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов
 4. обязательно только для детей с патологией ЖКТ
- 51) ВЫДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОГО СЕКРЕТА ИЗ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА
1. хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
 2. острого эпидемического
 3. хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии
 4. калькулёзного хронического в стадии ремиссии
- 52) АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. хронический остеомиелит
 2. хронический пульпит
 3. кариес дентина
 4. кариес эмали
- 53) К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ
1. вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
 2. горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
 3. стирание эмали, обнажённый дентин водянистого цвета
 4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 54) ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА, СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)
1. 7-9 и выше
 2. 0,5
 3. 1
 4. 2-3
- 55) ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. ушиб зуба
 2. обработка корневого канала Йодиолом
 3. передозировка мышьяковистой пасты
 4. обработка корневого канала Хлорофиллиптом
- 56) ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ
1. лихенизация, трещины, мокнутие
 2. эрозии с гнойным отделяемым
 3. «медовые» корки
 4. эрозии с влажным белым налётом
- 57) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ОТНОСЯТ
1. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом
 2. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 3. творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка
 4. папулы

- 58) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЛОЧНИЦЫ ОТНОСЯТ
1. творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка
 2. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 3. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом
 4. эрозии неправильных очертаний
- 59) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПИОДЕРМИИ ОТНОСЯТ
1. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 2. эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом
 3. творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка
 4. эрозии неправильных очертаний
- 60) ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
1. болью при накусывании и при перкуссии, подвижностью зуба
 2. болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба
 3. самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей
 4. самопроизвольной болью и подвижностью зуба
- 61) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВКОЛОЧЕННОГО (ВНЕДРЁННОГО) ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ
1. укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
 2. удлинение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
 3. подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
 4. отсутствие подвижности зуба и изменений видимой части коронки
- 62) ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
1. болью от всех раздражителей
 2. подвижностью зуба III степени
 3. самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
 4. изменением цвета коронки зуба
- 63) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ УШИБА ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ
1. болезненную перкуссию, незначительную подвижность зуба или её отсутствие
 2. смещение коронки в различных направлениях
 3. болезненную перкуссию, зуб длиннее симметричного
 4. болезненную перкуссию, зуб короче симметричного
- 64) ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ВИДЕ
1. внедрённого (вколоченного) вывиха
 2. неполного вывиха
 3. ушиба
 4. перелома корня
- 65) ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. глубокий прогнатический прикус
 2. множественный кариес этих зубов и его осложнения
 3. мелкое преддверие рта
 4. мезиальная окклюзия
- 66) ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ
1. облитерация полости зуба и корневых каналов
 2. расширение полости зуба и просвета каналов зуба
 3. короткие корни, широкие каналы
 4. расширение периодонтальной щели
- 67) МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ОКРАСКИ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГОВУЮ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ПРИ
1. белом кариозном пятне

2. эрозии эмали
 3. пятнистой форме гипоплазии
 4. кариозном пигментированном пятне
- 68) ПРИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие изменений на рентгенограмме
 2. очаг разрежения костной ткани с чётким контуром
 3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
 4. исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня
- 69) ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ
1. локальном пародонтите
 2. генерализованном гингивите
 3. локальном и генерализованном гингивите
 4. атрофическом гингивите
- 70) ФОРМАЛИНОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНА ПРИ
1. пародонтите
 2. катаральном гингивите
 3. гипертрофическом гингивите
 4. атрофическом гингивите
- 71) КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ
1. язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии
 2. кандидозе
 3. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
 4. остром герпетическом стоматите (ОГС)
- 72) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1. грибы Candida
 2. фузобактерии
 3. актиномицеты
 4. спирохеты
- 73) ЭТИОЛОГИЯ ПИОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. инфекционная
 2. грибковая
 3. инфекционно-аллергическая
 4. вирусная
- 74) ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. инфекционно-аллергическая
 2. инфекционная
 3. вирусная
 4. паразитарная
- 75) ЭТИОЛОГИЯ ГЕРПАНГИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. вирусная
 2. грибковая
 3. инфекционная
 4. аллергическая
- 76) ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
1. грибковая
 2. инфекционная
 3. вирусная
 4. аллергическая
- 77) ЭТИОЛОГИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

1. инфекционно-аллергическая
 2. инфекционная
 3. вирусная
 4. наследственная
- 78) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС
1. Коксаки и ЕСНО
 2. простого герпеса
 3. ветряной оспы
 4. иммунодефицита
- 79) ДИФТЕРИЙНЫЕ ПЛЁНКИ СОДЕРЖАТ
1. фибрин и клетки возбудителя заболевания
 2. нити псевдомицелия
 3. почкующиеся клетки гриба
 4. обрывки эпителия и остатки пищи
- 80) ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТ
1. гигантские многоядерные клетки
 2. большое количество мицелия гриба
 3. почкующиеся клетки
 4. фузобактерии
- 81) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. палочка Леффлера
 2. гемолитический стрептококк
 3. вирус Коксаки
 4. актиномицеты
- 82) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. вирус простого герпеса
 2. микрофлора полости рта
 3. вирусная Мiх инфекция
 4. вирус Коксаки
- 83) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие изменений на рентгенограмме
 2. равномерное расширение периодонтальной щели
 3. расширение периодонтальной щели у верхушки зуба
 4. отсутствие периодонтальной щели у верхушки зуба
- 84) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
 2. отсутствие изменений на рентгенограмме
 3. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
 4. отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны
- 85) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой
 2. равномерное расширение периодонтальной щели
 3. резкое расширение периодонтальной щели у верхушки корня
 4. отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
- 86) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие изменений на рентгенограмме
 2. неравномерное расширение периодонтальной щели

3. равномерное расширение периодонтальной щели
4. неравномерное сужение периодонтальной щели
- 87) СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ
 1. палочкой Коха
 2. стрептококком в сочетании со стафилококком
 3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 4. стрептококком
- 88) СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ
 1. лучистым грибом
 2. стафилококком
 3. стрептококком
 4. стафилококком в сочетании со стрептококком
- 89) СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ
 1. бледной трепонемой
 2. анаэробной флорой
 3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 4. золотистым стрептококком
- 90) СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ
 1. микобактериями туберкулёза
 2. стафилококками
 3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 4. стрептококком
- 91) ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка
 2. сужение основного выводного протока
 3. тень конкремента в области выводного протока
 4. сужение всех протоков
- 92) ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ЭМАЛЬ
 1. гладкая, зондирование безболезненно
 2. шероховатая, зондирование болезненно
 3. шероховатая, зондирование безболезненно
 4. легко удаляется экскаватором
- 93) БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 1. хронического фиброзного пульпита
 2. среднего кариеса
 3. хронического гангренозного пульпита
 4. хронического периодонтита
- 94) ПОВЕРХНОСТНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ
 1. гангренозном
 2. фиброзном
 3. гипертрофическом
 4. в стадии обострения
- 95) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ
 1. боль при накусывании на зуб, отёк десны
 2. боль от температурных раздражителей
 3. свищ на десне с гнойным отделяемым

4. длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками
- 96) ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. рентгенологический
 2. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 3. трансиллюминационный
 4. определение индекса РМА
- 97) К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ОТНОСЯТ
1. скученность зубов
 2. заболевания желудочно-кишечного тракта
 3. заболевания крови
 4. экссудативный диатез
- 98) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ
1. застойную гиперемию, кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
 2. увеличенную в размерах и деформированную десну
 3. бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм
 4. изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах
- 99) ПРИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА НАБЛЮДАЮТ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО (ММ)
1. 3
 2. 6
 3. 7
 4. 10
- 100) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ
1. бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм
 2. кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
 3. увеличенную в размере и деформированную десну
 4. изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах
- 101) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ
1. увеличенную в размерах и деформированную десну
 2. кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
 3. бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм
 4. изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах
- 102) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ
1. изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах
 2. кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
 3. увеличенную в размерах и деформированную десну
 4. гиперемированную и отёчную десну
- 103) ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ПРИ
1. остром герпетическом стоматите (ОГС)
 2. многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ)
 3. хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
 4. лейкоплакии
- 104) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ЧЁРНОМ ВОЛОСАТОМ ЯЗЫКЕ ОТНОСЯТ
1. резко увеличенные в размере нитевидные сосочки спинки языка тёмного цвета
 2. неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
 3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
 4. налёт на спинке языка

- 105) К ФАКТОРАМ, ВОЗДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ИЗМЕНЯЕТ ОКРАСКУ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ
1. дневной свет
 2. приём витаминов внутрь
 3. люминесцентный свет
 4. приём препаратов кальция
- 106) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. во II половине внутриутробного развития
 2. в I половине внутриутробного развития
 3. в I полугодии после рождения
 4. во II полугодии после рождения
- 107) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. во II полугодии после рождения
 2. на 17 неделе внутриутробного развития
 3. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
 4. в 2,5-3,5 года
- 108) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. в 2,5-3,5 года
 2. в конце внутриутробного периода
 3. в первые недели после рождения
 4. во II полугодии после рождения
- 109) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. в первые недели после рождения
 2. во II полугодии после рождения
 3. на 2 году жизни
 4. в 4-5 лет
- 110) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. в 2,5-3,5 года
 2. в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
 3. во II полугодии после рождения
 4. в 4-5 лет
- 111) СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ
1. болезней ребёнка после рождения
 2. заболеваний матери во время беременности
 3. травматических повреждений молочных зубов
 4. нарушения состава микроэлементов в воде
- 112) К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ
1. болезни ребёнка после рождения, нарушение режима питания ребёнка
 2. болезни матери во II половине беременности
 3. множественные поражения молочных зубов осложнённым кариесом
 4. болезни матери в I половине беременности
- 113) ПРИЧИНАМИ НЕСОВЕРШЕННОГО РАЗВИТИЯ И СТРОЕНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ЯВЛЯЮТСЯ
1. генетические факторы
 2. болезни матери в I половине беременности
 3. болезни матери во II половине беременности
 4. болезни ребёнка во II полугодии первого года жизни
- 114) К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ
1. травматическое повреждение зачатка зуба
 2. болезни матери во время беременности
 3. пульпит молочного зуба

4. вредные привычки матери во время беременности
- 115) К ПРИЧИНАМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
 1. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 2. хронический периодонтит молочного зуба
 3. интоксикацию фтором
 4. передачу патологии твёрдых тканей по наследству
- 116) ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. избыточное содержание фтора в воде
 2. передача патологии по наследству
 3. недостаточное содержание фтора в воде
 4. отсутствие фтора в воде
- 117) ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ
 1. афты Беднара
 2. хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
 3. многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)
 4. хейлит
- 118) ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ
 1. острый герпетический стоматит (ОГС)
 2. афты Беднара
 3. хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
 4. многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)
- 119) ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ
 1. хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
 2. острый герпетический стоматит (ОГС)
 3. кожный рог
 4. кандидоз
- 120) К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
 1. заболевания ребёнка на первом году жизни
 2. наследственный фактор
 3. заболевания матери в период беременности
 4. множественный кариес молочных зубов
- 121) НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ЕГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ
 1. отломом коронки в результате травмы
 2. гипоплазией эмали
 3. несовершенным амелогенезом
 4. тетрациклиновым окрашиванием
- 122) К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ
 1. нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
 2. пониженное содержание фтора в питьевой воде
 3. замедленное прорезывание зубов
 4. кариесогенные факторы
- 123) ВОЗРАСТОМ ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ясельный
 2. дошкольный
 3. младший школьный

4. старший школьный
- 124) ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ИГРАЕТ
1. снижение уровня иммунитета
 2. контакт с больным
 3. недавно перенесенное ОРЗ
 4. возраст ребёнка
- 125) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)
 2. заболевание центральной нервной системы (ЦНС)
 3. эпилепсия в анамнезе
 4. лекарственная аллергия на местные анестетики
- 126) К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ
1. 8
 2. 4
 3. 6
 4. 10
- 127) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К _____ ГОДАМ
1. 2
 2. 3
 3. 4
 4. 5
- 128) КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)
1. 5
 2. 2
 3. 3
 4. 7
- 129) КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)
1. 4
 2. 2
 3. 5
 4. 6
- 130) ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ
1. при хроническом периодонтите
 2. в интактных зубах с живой пульпой
 3. при хроническом фиброзном пульпите
 4. при хроническом гангренозном пульпите
- 131) КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)
1. 10
 2. 11
 3. 12
 4. 13
- 132) КОРНИ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К ВОЗРАСТУ (В ГОДАХ)
1. 12
 2. 10
 3. 11
 4. 15

- 133) ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА
1. увеличивается в результате функционирования одонтобластов
 2. увеличивается в результате функционирования энамелобластов
 3. не изменяется, так как одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
 4. увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии
- 134) ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
1. пигментированным пятном на эмали
 2. «рифлёными» зубами
 3. облитерацией полости зуба
 4. поражением эмали всех моляров и фронтальных зубов
- 135) КОРНИ ПОСТОЯННЫХ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)
1. 15
 2. 10
 3. 13
 4. 12
- 136) К НЕКАРИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ
1. несовершенное развитие дентина
 2. периодонтит
 3. пародонтит
 4. пародонтолиз
- 137) ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЁННОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. местная гипоплазия
 2. флюороз
 3. системная гипоплазия
 4. синдром Стентона – Капдепона
- 138) ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ
1. эмали
 2. дентина
 3. пульпы
 4. цемента
- 139) К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ОТНОСЯТ
1. несовершенное строение эмали и дентина
 2. тетрациклиновые зубы
 3. системную гипоплазию эмали
 4. местную гипоплазию эмали
- 140) ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ
1. все молочные и постоянные зубы
 2. молочные и постоянные моляры
 3. молочные и постоянные резцы
 4. только постоянные зубы
- 141) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА, ОТНОСЯТ
1. стираемость твёрдых тканей зуба без обнажения пульпы
 2. наличие ночных болей
 3. «рифлёные» зубы

4. «гипсовые» зубы
- 142) ПАРОДОНТОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1. синдроме Папийона - Лефевра
 2. функциональной перегрузке зубов
 3. эндемическом зобе
 4. заболевании желудочно-кишечного тракта
- 143) ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЁЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ИМЕЮТСЯ ПРИ
1. синдроме Папийона - Лефевра
 2. болезни Иценко - Кушинга
 3. гипофизарном нанизме
 4. циклической нейтропении
- 144) ПЕРВИЧНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. остановка кровотечения
 2. оценка кровопотери
 3. усиление коагулирующих свойств крови
 4. восполнение кровопотери
- 145) ПРЕДПОЧИТАЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОМ КОРНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. частичная пульпотомия
 2. не прямое покрытие пульпы
 3. пульпэктомия
 4. девитальная ампутация
- 146) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ ДНИ НАЗНАЧАЮТ
1. ацикловир
 2. масло шиповника
 3. метронидазол
 4. флюкостат
- 147) ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
1. клотримазола
 2. тетрациклина
 3. валцикловира
 4. индометацина
- 148) ПОСТОЯННАЯ ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ
1. гуттаперчевыми штифтами
 2. цинкоксидэвгенольной пастой
 3. йодоформной пастой
 4. кальцийсодержащей пастой
- 149) ОПТИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ РЕМОТЕРАПИИ
1. не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель
 2. 3-4 раза в год
 3. однократно при лечении кариеса
 4. 1 раз в год
- 150) МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОМ УДАЛЯЮТ КОРОНКОВУЮ ПУЛЬПУ С СОХРАНЕНИЕМ КОРНЕВОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. пульпотомия
 2. не прямое покрытие пульпы
 3. прямое покрытие пульпы

4. пульпэктомия
- 151) ПРИ ЗАТРУДНЁННОЙ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПРОВОДИТСЯ
1. стеклоиономерными цементами (СИЦ)
 2. композитными герметиками
 3. компомерными герметиками
 4. масляным дентином
- 152) ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
1. с момента возникновения
 2. в возрасте 3 лет
 3. в возрасте 5 лет
 4. после физиологической смены зубов
- 153) У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ С НЕПОЛНОСТЬЮ СФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКОЙ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
1. глубокой ампутации
 2. диатермокоагуляции
 3. прижизненной ампутации коронковой пульпы
 4. девитальной ампутации
- 154) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ РОСТОМ КОРНЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ ЗОНЫ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАСТА
1. кальцийсодержащая
 2. резорцин-формалиновая
 3. эвгеноловая
 4. эндометазоновая
- 155) ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
 2. пломбирование за верхушку «причинных» зубов
 3. пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
 4. цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты
- 156) ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА
1. зуб реплантации не подлежит
 2. зуб обязательно должен быть реплантирован
 3. зуб не реплантируется, если до его смены остаётся менее одного года
 4. зуб реплантируется, если до его смены остаётся более двух лет
- 157) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ АЦИКЛОВИР В ДОЗИРОВКЕ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)
1. 20
 2. 200
 3. 250
 4. 500
- 158) ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ
1. 1-2% раствор питьевой соды
 2. 10-20% раствор питьевой соды
 3. инстилляций Интерферона
 4. противомикробные мази
- 159) НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ
1. аппликационной + торусальной
 2. аппликационной + инфильтрационной
 3. аппликационной + туберальной

4. аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией
- 160) ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)
1. 20-60
 2. 2-6
 3. 8-10
 4. 10-20
- 161) ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ
1. углеводистой пищи
 2. ультрафиолетового света
 3. глюконата кальция
 4. фторидсодержащих зубных паст
- 162) ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ
1. Хлоргексидин
 2. спирт
 3. Лизетол
 4. физиологический раствор
- 163) ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ
1. раствором Шиллера - Писарева
 2. Метиленовым синим
 3. Бриллиантовым зелёным
 4. Эритрозином
- 164) ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР
1. хлоргексидина 0,05%
 2. йода 2,5%
 3. формалина 40%
 4. бриллиантового зеленого
- 165) К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ
1. противовирусные препараты
 2. антисептики
 3. антибиотики
 4. кератопластики
- 166) ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Ацикловир
 2. Тетрациклин
 3. Сульфадиметоксин
 4. Нистатин
- 167) ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. противовирусные препараты
 2. антисептики
 3. протеолитические ферменты
 4. обезболивающие средства
- 168) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОЛИВИТАМИНЫ И
1. сульфаниламиды
 2. противогрибковые
 3. противовирусные

4. кортикостероиды
- 169) К КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ
1. Актовегин, Солкосерил
 2. Неомициновая мазь
 3. Теброфеновая мазь
 4. Клотримазол
- 170) ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО
1. удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1–2% раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом
 2. обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
 3. обезболить, смазать мазью ацикловир
 4. обезболить, обработать 1–2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами
- 171) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА МЕСТНО ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ
1. кератопластические
 2. противовирусные
 3. антибактериальные
 4. противогрибковые
- 172) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ
1. ацикловир
 2. канестен
 3. неомициновую
 4. бутадіоновую
- 173) ПРИ КАНДИДОЗЕ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ
1. противогрибковые
 2. противовирусные
 3. антибактериальные
 4. гормональные
- 174) ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА
1. противовирусные
 2. жаропонижающие
 3. обезболивающие
 4. кератопластические
- 175) ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Лидокаин
 2. Мепивакаин
 3. Артикаин-форте
 4. Прокаин (Новокаин)
- 176) ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН) В РАСТВОР АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)
1. 5
 2. 12
 3. 7
 4. 10
- 177) ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ
1. диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
 2. возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии

3. стадии развития зубов и их групповой принадлежности
 4. только групповой принадлежности зубов
- 178) ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. возраст ребёнка
 2. результат электроодонтодиагностики (ЭОД)
 3. состояние прикуса
 4. состояние остальных зубов (распространённость кариеса)
- 179) ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. их удаление
 2. динамическое наблюдение
 3. проведение репозиции и шинирования
 4. выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами
- 180) УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ
1. приводит к стабилизации процесса
 2. приводит к переходу в следующую фазу заболевания
 3. приводит к выздоровлению
 4. не влияет на течение заболевания
- 181) ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ
1. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 2. гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 3. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
 4. обезболивание, массаж, смазывание дёсен кератопластиками
- 182) ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ
1. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию
 2. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 3. гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 4. обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапию
- 183) ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ
1. гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 2. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию
 3. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 4. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 184) ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ
1. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
 2. гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
 3. гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
 4. гигиену полости рта, обезболивание, массаж
- 185) В БЛИЖАЙШИЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ ЯЗЫКА, МЯГКОГО НЁБА, ТКАНЕЙ ДНА РТА ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ
1. асфиксия
 2. нарушение приёма пищи

3. нарушение речи
 4. развитие гнойно-некротического процесса
- 186) СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ, СОСТАВЛЯЕТ
1. 3-6 месяцев
 2. 2-4 недели
 3. 4-6 недель
 4. 6-8 недель
- 187) ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ДНИ)
1. 10-12
 2. 1-2
 3. 3-4
 4. 5-6
- 188) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ
1. противовирусные и обезболивающие
 2. кератопластические
 3. антибактериальные
 4. противогрибковые
- 189) НАСИЛЬСТВЕННОЕ ОТТОРЖЕНИЕ НАЛЁТА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ КАНДИДОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
1. развитию генерализованной формы
 2. более быстрому выздоровлению
 3. отсутствию изменений
 4. летальному исходу
- 190) ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ И КОЖЕ ГУБ ВЫЯВЛЯЮТ
1. пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
 2. эрозии, покрытые фибринозным налётом
 3. прозрачные корочки, фиксированные в центре
 4. уртикарную сыпь, разлитую гиперемию
- 191) ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ
1. преждевременно прорезавшиеся зубы
 2. средства гигиены полости рта новорождённых
 3. соски, резиновые рожки на бутылочках
 4. кольца для прорезывания зубов
- 192) ПРЕКРАТИТЬ РЕЦИДИВЫ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА И МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАТИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ И (ИЛИ) ТЯЖЕСТЬ ПОМОГАЕТ
1. устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка
 2. антисептическое полоскание рта в период между рецидивами
 3. систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта
 4. курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год
- 193) ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА
1. после каждого приёма пищи
 2. каждый час
 3. перед едой
 4. только перед сном
- 194) ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МОЛОЧНИЦЕ НЕОБХОДИМА
1. сразу после каждого приёма пищи

2. каждый час
 3. перед едой
 4. только перед сном
- 195) ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТЗНОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА
1. после каждого приёма пищи
 2. каждый час
 3. через день
- 196) ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ НЕОБХОДИМА
1. после каждого приёма пищи
 2. перед едой
 3. только перед сном
 4. через день
- 197) ПОЛИМОРФИЗМ ВЫСЫПАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1. многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ)
 2. острого герпетического стоматита (ОГС)
 3. молочницы
 4. хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС)
- 198) КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОД
1. угасания
 2. латентный
 3. продромальный
 4. катаральный
- 199) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. противовирусным
 2. антибактериальным
 3. физиотерапевтическим
 4. кератопластическим
- 200) ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО
1. разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
 2. шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
 3. удаление травмированного зуба
 4. ограничение жевательной нагрузки
- 201) ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ
1. при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
 2. при выведении за верхушку пломбировочного материала
 3. после проведения резорцин-формалинового метода
 4. при медикаментозной обработке канала 3% Гипохлоритом натрия
- 202) ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ ТЕЛА
1. уртикарной сыпи
 2. синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
 3. мелких пузырьковых высыпаний
 4. пигментных пятен
- 203) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям

2. пломбирование кариозных полостей
 3. восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
 4. шинирование зубов
- 204) МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. аппликации реминерализующих препаратов
 2. препарировании с последующим пломбированием
 3. аппликации раствора Гидрокарбоната натрия
 4. импрегнации 30% раствором Нитрата серебра
- 205) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. Кальций-фосфатный гель
 2. раствор Нитрата серебра 30%
 3. раствор Шиллера - Писарева
 4. Гипохлорит натрия
- 206) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ
1. клювовидные несходящиеся
 2. клювовидные сходящиеся
 3. байонетные
 4. прямые
- 207) УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ
1. прямыми
 2. клювовидными со сходящимися щёчками
 3. S-образно изогнутыми
 4. штыковидными
- 208) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ
1. прямые
 2. клювовидные со сходящимися щёчками
 3. S-образно изогнутые
 4. байонетные
- 209) ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ
1. несходящиеся
 2. изогнутые по плоскости
 3. в зависимости от стороны челюсти
 4. в зависимости от степени резорбции корней
- 210) КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА
1. не проводится
 2. проводится
 3. проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
 4. проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха
- 211) ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО
1. различны
 2. одинаковы
 3. различны только на верхней челюсти
 4. различны только на нижней челюсти
- 212) ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА НА ДЕСНЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННОМУ ВРЕМЕННОМУ ЗУБУ ПОКАЗАНО
1. удаление зуба
 2. эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку

3. эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода
 4. эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку
- 213) ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
1. клыков верхней челюсти
 2. постоянных моляров верхней челюсти
 3. временных моляров верхней челюсти
 4. временных моляров нижней челюсти
- 214) КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
1. боковых временных резцов нижней челюсти
 2. центральных временных резцов верхней челюсти
 3. временных моляров верхней челюсти
 4. клыков верхней челюсти
- 215) ЗУБЫ 5.1, 6.1 ПРИ ПОЛНОМ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. удалить
 2. провести репозицию
 3. оставить под наблюдением
 4. провести эндодонтическое лечение
- 216) ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. удалить
 2. сохранить, используя штифт
 3. оставить под наблюдением
 4. провести эндодонтическое лечение
- 217) ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ
1. пластмассовую зубнаддесневую
 2. пластмассовую назубную
 3. проволочную с зацепными петлями
 4. гладкую шину-скобу
- 218) ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ
1. удалить
 2. трепанировать и пломбировать
 3. пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
 4. оставить под динамическим наблюдением
- 219) ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ОДНОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ
1. удалить
 2. трепанировать и пломбировать
 3. пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
 4. оставить под динамическим наблюдением
- 220) ЗУБ 5.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. сохранить, проведя эндодонтическое лечение
 2. удалить
 3. оставить под наблюдением
 4. сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
- 221) ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
 2. перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3. хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
 4. хронический периодонтит во временном однокорневом зубе
- 222) МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ
1. при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
 2. всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
 3. всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
 4. хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 223) РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ВКЛЮЧАЕТ
1. удаление зуба
 2. пломбирование каналов пастой на масляной основе
 3. пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
 4. пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой
- 224) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. вскрыть полость зуба, раскрыть её, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, запломбировать канал гидроксидом кальция
 2. в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
 3. раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить тёплые ротовые ванночки
 4. удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком
- 225) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
1. репозицию и шинирование зуба на 3-4 недели
 2. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
 3. только динамическое наблюдение
 4. репозицию
- 226) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ
1. щадящий режим питания, противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение
 2. вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
 3. репозицию зуба и шинирование на 3-4 недели
 4. эндодонтическое лечение
- 227) ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1. сохранить, проведя эндодонтическое лечение
 2. сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
 3. сохранить, используя штифт
 4. удалить
- 228) ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
1. снижением иммунитета
 2. возрастом ребёнка
 3. временем года
 4. конституцией ребёнка
- 229) НЕКРОЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
1. крови и кроветворных органов
 2. центральной нервной системы

3. хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
4. почек
- 230) ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ (ЛЕТ)
 1. до 3
 2. до 5
 3. с 3 до 5
 4. с 6 до 8
- 231) ВТОРАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ
 1. практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов
 2. с хроническими заболеваниями
 3. здоровых
 4. не нуждающиеся в стоматологической помощи
- 232) ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
 1. стоматологические кабинеты школ
 2. отделения челюстно-лицевой хирургии
 3. детские стоматологические поликлиники
 4. стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений
- 233) ТРЕТЬЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ
 1. с хроническими заболеваниями
 2. практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов
 3. здоровых
 4. инвалидов
- 234) ЗАДАЧА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ СОСТОИТ В
 1. предупреждении возникновения факторов риска
 2. устранении факторов риска
 3. повышении уровня здоровья
 4. назначении корригирующих (лечебных) мероприятий
- 235) ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В
 1. антенатальный период
 2. первое полугодие первого года жизни
 3. второе полугодие первого года жизни
 4. третий год жизни
- 236) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
 1. антибиотиками
 2. противовирусными препаратами
 3. антигистаминными препаратами
 4. анальгетиками
- 237) В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ
 1. конфеты
 2. творог
 3. овощи
 4. мясо
- 238) ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОНИЖАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ
 1. глюконата кальция
 2. углеводистой пищи

3. ультрафиолетового облучения
 4. цитрусовых
- 239) К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ
1. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
 2. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 4. борозды, параллельные режущему краю
- 240) К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ
1. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 2. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 4. стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 241) К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ
1. пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 2. белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
 3. слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 4. стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 242) К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ
1. изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
 2. окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
 3. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 4. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 243) К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ОТНОСЯТ
1. окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
 2. симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 3. меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 4. стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 244) НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ
1. облитерацию корневых каналов и полости зубов вскоре после прорезывания зуба
 2. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
 3. корни зубов нормальной длины
 4. широкий просвет корневого канала
- 245) К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТ
1. передачу патологии твёрдых тканей по наследству
 2. хронический периодонтит молочного зуба
 3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 4. вколоченный вывих молочных зубов
- 246) К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ
1. интоксикацию фтором
 2. хронический периодонтит молочного зуба
 3. заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 4. передачу патологии твёрдых тканей по наследству
- 247) К НАСЛЕДСТВЕННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОТНОСЯТ
1. несовершенный амелогенез
 2. системную гипоплазию

3. тетрациклиновые зубы
 4. местную гипоплазию
- 248) **ФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**
1. операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
 2. пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
 3. пластику в пределах мягкого нёба
 4. операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки
- 249) **УРАНОСТАФИЛОФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**
1. операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки
 2. пластику мягкого и твёрдого отдела нёба
 3. операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
 4. пластику в пределах мягкого нёба
- 250) **ВЕЛОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**
1. пластику в пределах мягкого нёба
 2. пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
 3. операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
 4. операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки
- 251) **РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ**
1. задержки прорезывания зубов
 2. патологического стирания
 3. эрозии
 4. сверхкомплектных зубов
- 252) **СКАРЛАТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА НА ЯЗЫКЕ В ВИДЕ**
1. блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
 2. резко болезненных эрозий и язв
 3. белого «творожистого», легко снимающегося налёта на спинке языка
 4. грязно-серого налёта на спинке языка
- 253) **РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ**
1. ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
 2. с чёткими контурами у верхушки корня с гиперцементозом
 3. с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
 4. с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
- 254) **ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ ПОКРЫТИЮ ПУЛЬПЫ У ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**
1. бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы
 2. посттравматическое обнажение пульпы спустя 48 часов после травмы
 3. посттравматическое обнажение пульпы спустя 16 часов после травмы
 4. хронический гангренозный пульпит
- 255) **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЬЮ**
1. прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
 2. девитализации корневой пульпы
 3. прекращения дальнейшего формирования корня
 4. ускорения формирования корня
- 256) **МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

1. пятна, пузыри, пузырьки, папулы, неправильных очертаний эрозии
 2. отдельные эрозии округлой формы с узким ободком гиперемии
 3. разлитая эритема, кровоизлияния
 4. единичные эрозии в участках слизистой оболочки, контактирующей с зубами
- 257) ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ КЛЕЙНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХЕЙЛИТА
1. эксфолиативного
 2. glandулярного
 3. экзематозного
 4. ангулярного
- 258) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР
1. 2% Метиленового синего
 2. Шиллера–Писарева
 3. Эритрозина
 4. 5% спиртовой настой Йода
- 259) ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ
1. в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
 2. через год после естественной минерализации
 3. в любое время
 4. через 2 года после прорезывания зуба
- 260) С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ
1. бактериологический
 2. гистологический
 3. цитологический
 4. серологический
- 261) «МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
1. скарлатина
 2. дифтерия
 3. корь
 4. ветряная оспа
- 262) ПОЯВЛЕНИЕ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЯТЕН ФИЛАТОВА - БЕЛЬСКОГО-КОПЛИКА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
1. кори
 2. скарлатины
 3. ветряной оспы
 4. дифтерии
- 263) ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ ПРИМЕНЯЮТ
1. кальцийсодержащие пасты
 2. йодоформные пасты
 3. цинк-эвгеноловые пасты
 4. резорцин-формалиновые пасты
- 264) ПРИ КОНУСООБРАЗНЫХ ФИССУРАХ В ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ С «НЕЗРЕЛОЙ ЭМАЛЬЮ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ
1. неинвазивную герметизацию
 2. покрытие зубов фтор-лаком
 3. профилактическое пломбирование
 4. профессиональную чистку зубов
- 265) НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

1. реминерализирующая терапия
 2. иссечение патологически изменённых тканей с последующим пломбированием
 3. гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
 4. электрофорез препаратов фтора
- 266) ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ
1. пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты
 2. резорцин-формалиновые пасты
 3. гуттаперчевые штифты с корневым герметиком
 4. мумифицирующие пасты
- 267) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. антенатальный
 2. первое полугодие первого года жизни
 3. второе полугодие первого года жизни
 4. дошкольный
- 268) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ НА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гестоз второй половины беременности
 2. искусственное вскармливание
 3. ОРВИ и ОРЗ на 5 году жизни
 4. гипоксия плода
- 269) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТ
1. методику витального окрашивания 2% раствором Метиленового синего
 2. определение индекса РМА
 3. определение ТЭР-теста
 4. определение КОСРЭ-теста
- 270) ПОРАЖЕНИЕ ВСЕЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ, УГЛОВ РТА И ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ХЕЙЛИТЕ
1. атопическом
 2. glandулярном
 3. эксфолиативном
 4. ангулярном
- 271) ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ
1. диету с исключением аллергенов
 2. антигрибковую терапию
 3. антибактериальную терапию
 4. противовирусную терапию
- 272) ЗУБ 6.3 ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В (МЕС.)
1. 16-20
 2. 18-22
 3. 20-24
 4. 22-26
- 273) РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 7.1 НАЧИНАЕТСЯ В (ЛЕТ)
1. 4
 2. 5
 3. 3
 4. 2
- 274) ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 4.6 ПРОИСХОДИТ В (ЛЕТ)
1. 9-10
 2. 6-7
 3. 7-8
 4. 8-9

- 275) РЕБЁНОК МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)
1. 15
 2. 14
 3. 16
 4. 18
- 276) ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЁНКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ НАЧИНАЮТ С
1. выявления причины обращения
 2. внешнего осмотра
 3. осмотра полости рта
 4. анализа рентгеновских снимков
- 277) ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И РАЗМЯГЧЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА В ВИДЕ ПОЛОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. кариес
 2. гипоплазия эмали
 3. эрозия эмали
 4. очаговая деминерализация эмали
- 278) ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
1. бочкообразной формой резцов верхней и нижней челюсти с полулунной вырезкой на режущем крае
 2. слаборазвитыми конвергирующими буграми постоянных моляров, конусовидной формой коронки
 3. дефектом эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном
 4. единичными меловидными пятнами на вестибулярной поверхности зубов
- 279) ЗУБЫ ФУРНЬЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
1. бочкообразной формой резцов верхней и нижней челюсти
 2. слаборазвитыми конвергирующими буграми постоянных моляров, конусовидной формой коронки
 3. дефектом эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном
 4. единичными меловидными пятнами на вестибулярной поверхности зубов
- 280) МЕТОД РЕФЛЕКСИИ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ
1. начальный кариозный процесс в пришеечной области отражённым светом осветительной лампы
 2. распространённость воспалительного процесса на окружающие зуб ткани
 3. скрытые (подповерхностные) участки деминерализации эмали
 4. признаки осложнений кариеса (свищевой ход, синюшность десны)
- 281) ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ
1. диагностики кариеса, выявления поддесневых зубных отложений, трещин в эмали
 2. определения краевого прилегания пломб, распознавания начального кариеса зубов, некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта
 3. распознавания патогенных микроорганизмов
 4. диагностики заболеваний пародонта, периодонта и невrogenных заболеваний челюстно-лицевой области
- 282) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
1. глубокой ампутации
 2. девитальной ампутации
 3. девитальной экстерпации
 4. биологический

- 283) ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ
1. носогубные и подбородочная складки резко выражены
 2. носогубные и подбородочная складки сглажены
 3. нижняя треть лица увеличена
 4. подбородок смещён в сторону
- 284) МЛАДЕНЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. дистальное положение нижней челюсти во время рождения и в первые месяцы жизни
 2. дистальное положение нижней челюсти от 6 месяцев до 1 года
 3. несмыкание зубных валиков по вертикали
 4. дистальное положение верхней челюсти при рождении и в первые месяцы жизни
- 285) ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ
1. оценить функциональное состояние мышц с помощью регистрации биоэлектрических потенциалов
 2. оценить тонус жевательных мышц
 3. исследовать состояние гемодинамики в мышцах
 4. оценить состояние мышц только в покое
- 286) КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ СОСТАВЛЯЕТ
1. 20
 2. 24
 3. 28
 4. 32
- 287) ПЕРВИЧНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. остановка кровотечения
 2. восполнение кровопотери
 3. усиление коагулирующего свойства крови
 4. оценка кровопотери
- 288) ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ ПРИЖИМАЮТ ПАЛЬЦАМИ
1. нижний край нижней челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 2. поперечный отросток VII шейного позвонка
 3. над скуловой дугой спереди от ушной раковины
 4. на уровне околоушной слюнной железы
- 289) ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИЖИМАЮТ ПАЛЬЦАМИ
1. над скуловой дугой впереди от ушной раковины
 2. наружный край глазницы
 3. нижний край нижней челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 4. верхний край чешуи височной кости
- 290) ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. обморока
 2. анафилактического шока
 3. коллапса
 4. отёка Квинке
- 291) ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ, ОТЁКА ГУБ, ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ
1. анафилактического шока
 2. сердечно-сосудистого коллапса
 3. гипертонического криза
 4. обморока
- 292) ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С
1. очистки полости рта и носа от рвотных масс и инородных тел

2. наружного массажа сердца
 3. искусственного дыхания
 4. дефибрилляции
- 293) ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ БОЛЬНОМУ СНАЧАЛА НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
1. адреналин
 2. супрастин
 3. преднизолон
 4. дыхательные аналептики
- 294) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. томография
 2. ортопантомография
 3. панорамная рентгенография
 4. внутриротовая контактная рентгенография
- 295) СУСТАВНАЯ ЩЕЛЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ
1. сужена неравномерно
 2. расширена равномерно
 3. расширена неравномерно
 4. сужена равномерно
- 296) СИМПТОМ «ХРУСТА» ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ
1. хроническом артрите
 2. вторичном деформирующем артрозе височно-нижнечелюстных суставов
 3. привычном вывихе суставной головки
 4. остром артрите
- 297) СИМПТОМ «ЩЕЛЧКА» ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1. привычного вывиха суставной головки
 2. первичного хронического остеоартрита височно-нижнечелюстных суставов
 3. хронического артрита височно-нижнечелюстных суставов
 4. вторичного деформирующего остеоартроза
- 298) У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОДВЕРГАЮТСЯ ТРАВМЕ
1. резцы
 2. клыки
 3. жевательные зубы
 4. премоляры
- 299) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТУПНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
1. витальной окраски
 2. визуальный
 3. рентгенологического исследования
 4. волоконной оптики
- 300) ПРИ ТРАВМЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В МОЛОЧНОМ И СМЕННОМ ПРИКУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
1. шины из быстротвердеющей пластмассы
 2. лигатурной повязки
 3. подбородочной пращи
 4. проволочной шины
- 301) К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. туберальная

2. торусальная
 3. мандибулярная
 4. аппликационная
- 302) ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕГО ЛУНОЧКОВОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. мандибулярная
 2. инфраорбитальная
 3. у ментального отверстия
 4. туберальная
- 303) ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ НИЖНЕГО ЛУНОЧКОВОГО, ЩЁЧНОГО И ЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. торусальная
 2. инфраорбитальная
 3. у ментального отверстия
 4. туберальная
- 304) К ПРОВОДНИКОВОМУ МЕТОДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. торусальная
 2. инфраорбитальная
 3. туберальная
 4. аппликационная
- 305) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. инфильтрационная
 2. туберальная
 3. мандибулярная
 4. торусальная
- 306) КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ, ЩЁЧКИ, КОТОРЫХ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ ШИПАМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
1. моляров нижней челюсти
 2. моляров верхней челюсти
 3. премоляров
 4. клыков
- 307) ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
1. лидокаин
 2. мепивакаин
 3. артикаин
 4. бипивакаин
- 308) К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОТНОСИТСЯ ОБРАБОТКА
1. противовирусными средствами
 2. антисептиками
 3. ферментами
 4. кератопластическими средствами
- 309) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА ПРОВОДЯТ С
1. острым герпетическим стоматитом
 2. острым псевдомембранозным кандидозом
 3. лейкоплакией
 4. гингивитом
- 310) МНОГОФОРМНУЮ ЭКССУДАТИВНУЮ ЭРИТЕМУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1. острым герпетическим стоматитом
 2. лейкоплакией

3. поражением слизистой при кори
4. острым псевдомембранозным кандидозом
- 311) ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК
 1. твёрдый шанкр
 2. папулёзный сифилид
 3. пятнистый сифилид
 4. пузырьёк
- 312) ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК
 1. папулёзный сифилид
 2. твёрдый шанкр
 3. творожистый налёт
 4. пятнистый сифилид
- 313) ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. узелок
 2. пятно
 3. язва
 4. пузырьёк
- 314) ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. язва
 2. корка
 3. эрозия
 4. пятно
- 315) ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. язык
 2. твёрдое небо
 3. миндалина
 4. пародонт
- 316) ТЯЖЁЛАЯ ФОРМА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК СИНДРОМ
 1. Стивенса - Джонсона
 2. Папийона - Лефевра
 3. Стентона - Капдепона
 4. Хенда - Шюллера – Крисчена
- 317) ПРИ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ НАБЛЮДАЮТ
 1. обложенность языка бело-жёлтым налётом
 2. сухую красную кайму губ
 3. язву блюдцеобразную с блестящим плотным дном
 4. влажную красную кайму губ
- 318) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НАБЛЮДАЮТ
 1. мелкие трещины в углах рта
 2. нарушение вкусовой чувствительности языка
 3. желтушность слизистой оболочки мягкого нёба
 4. обложенность языка бело-жёлтым налётом
- 319) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ НАБЛЮДАЮТ
 1. желтушность слизистой оболочки мягкого нёба
 2. десквамации эпителия языка и атрофия нитевидных сосочков
 3. гиперемия дёсен с синюшным оттенком
 4. обложенность языка белесоватым налётом
- 320) НЕКРОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НАБЛЮДАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. крови и кроветворных органов
 2. центральной нервной системы
 3. органов дыхания
 4. хронических желудка
- 321) ПОЯВЛЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АФТ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ
1. хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта
 2. наследственные факторы, влияющие на особенности реактивности организма
 3. прикусывания слизистой оболочки рта и щёк
 4. рецидивирующие герпетические поражения губ и кожи лица у членов семьи
- 322) ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА РМА В НОРМЕ РАВЕН
1. 0
 2. 1
 3. 2
 4. 3
- 323) В ПЛАН ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ 5 ЛЕТ С ПОДВИЖНОСТЬЮ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧИТЬ
1. определение толерантности к глюкозе
 2. анализ крови клинический
 3. анализ мочи
 4. рентгенологическое исследование
- 324) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. деструкция твёрдых кортикальных пластинок
 2. трапециевидная форма вершин межальвеолярных перегородок
 3. остеопороз альвеолярного отростка
 4. диффузный остеопороз межзубных перегородок
- 325) К ГРУППЕ «ГИГИЕНИЧЕСКИЕ» ОТНОСИТСЯ ИНДЕКС
1. РНР
 2. РМА
 3. КПИ
 4. СРІТН
- 326) ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ
1. сразу после прорезывания коронки зуба
 2. через 1 год после прорезывания
 3. через 1 год после окончания формирования корней
 4. сразу после окончания формирования корней зуба
- 327) ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МАССАЖА ПРИРОТОВОЙ ОБЛАСТИ И МИОГИМНАСТИКИ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. нарушение смыкания губ
 2. вялое сосание
 3. переднее и низкое положение языка
 4. вредная привычка сосания пальца
- 328) РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НАЛИЧИИ БЕЛЫХ ПЯТЕН НА ЭМАЛИ ЗУБОВ ПОКАЗАНА ПРИ
1. очаговой деминерализации
 2. флюорозе
 3. мраморной эмали
 4. системной гипоплазии
- 329) ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. местная реминерализующая терапия

2. препарирование эмали и пломбирование
 3. сошлифовывание эмали, покрытие реминерализующим препаратом
 4. чистка зубов лечебно-профилактическими пастами
- 330) В МЕСТНОСТИ С ОПТИМАЛЬНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КПУ=0 ИСПОЛЬЗУЮТ ЗУБНУЮ ПАСТУ
1. гигиеническую
 2. противовоспалительную
 3. лечебно-профилактическую, содержащую фтор
 4. лечебно-профилактическую, содержащую фосфорно-кальциевые соли
- 331) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЕ ПОЛОСТИ РТА РАСТВОРАМИ ФТОРИДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕТЯМ С ВОЗРАСТА (В ГОДАХ)
1. 7
 2. 2
 3. 4
 4. 10
- 332) РЕБЁНОК ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН СТОМАТОЛОГОМ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА _____ РАЗ/РАЗА
1. 2
 2. 1
 3. 3
 4. 5
- 333) РЕБЁНОК ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН СТОМАТОЛОГОМ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА _____ РАЗ/РАЗА
1. 2
 2. 1
 3. 3
 4. 5
- 334) РЕБЁНОК ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ III ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН СТОМАТОЛОГОМ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА _____ РАЗ/РАЗА
1. 3
 2. 2
 3. 1
 4. 5
- 335) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. выделение специализированного кабинета для лечения детей с заболеваниями слизистой оболочки рта
 2. установления определенных часов приема впервые обратившихся и повторно вызванных детей
 3. диспансеризация детей с рецидивирующей герпетической инфекцией полости рта
 4. кварцевание кабинета в конце смены
- 336) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 9-10
 2. 11
 3. 12
 4. 13
- 337) ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА РЕБЁНКА С ГИПОПЛАЗИЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ НА
1. состояние здоровья ребёнка на первом году жизни
 2. состояние здоровья женщины в первом триместре беременности
 3. наличие у матери профессиональных вредностей до беременности

4. характер течения родов
- 338) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. в первые недели после рождения
 2. на 5-м месяце жизни плода в антенатальном периоде
 3. на 3-4 месяце жизни ребенка
 4. в возрасте ребенка 1-1,5 года
- 339) РОСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДИТ
1. наиболее активно в 1-3 года, 6-8 лет, 13-15 лет
 2. равномерно по годам
 3. наиболее активно в 3-5, 10-12
 4. наиболее активно до года
- 340) ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЙ ДЕНТИН ОТКЛАДЫВАЕТСЯ
1. в полости зуба, уменьшая её объём
 2. по эмалево-дентинному соединению
 3. у апикального отверстия
 4. в слое околопульпарного дентина
- 341) ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА ДЛИТСЯ ОТ _____ ДО
1. конца формирования корня; начала его резорбции
 2. прорезывания временного зуба; его смены
 3. момента прорезывания зуба; появления кариозной полости
 4. конца формирования корня; появления кариозной полости
- 342) РАЗВИТИЕ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ РОСТА КОРНЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ
1. 1 год
 2. 3 года
 3. 6 месяцев
 4. 1 месяц
- 343) ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, НАЧИНАЯ ОТ ПОРОГОВОГО ЗНАЧЕНИЯ (В МГ/Л)
1. 7-9
 2. 4-6
 3. 2-3
 4. 1
- 344) РАЗВИТИЕ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
1. амелобластов
 2. одонтобластов
 3. цементобластов
 4. ретикулоцитов
- 345) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЧИНАЕТСЯ
1. на 4-5 месяце внутриутробной жизни плода
 2. на 2-3 месяце внутриутробной жизни плода
 3. на 6-7 месяце внутриутробной жизни плода
 4. в периоде новорождённости
- 346) МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ НАЧИНАЕТСЯ
1. на 6-7 месяце внутриутробной жизни плода
 2. на 2-3 месяце внутриутробной жизни плода
 3. на 4-5 месяце внутриутробной жизни плода
 4. в периоде новорождённости
- 347) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

1. 1,5
 2. 2-2,5
 3. 3
 4. 5
- 348) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 3-4
 2. 2-3
 3. 4-5
 4. 5-6
- 349) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 2
 2. 3
 3. 1-1,5
 4. 5
- 350) НАЧАЛО ЗАКЛАДКИ ФОЛЛИКУЛОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ПЛОДА ПРОИСХОДИТ ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ НА (В МЕСЯЦАХ)
1. 5-6
 2. 6-7
 3. 7-8
 4. 8-9
- 351) ПРИ НОРМАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РЕБЁНКА ПОСТОЯННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 6-8
 2. 4-5
 3. 5-6
 4. 8-9
- 352) ПРИ НОРМАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РЕБЁНКА ПОСТОЯННЫЕ БОКОВЫЕ РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 8
 2. 10
 3. 7
 4. 6
- 353) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 9-10
 2. 10-11
 3. 11-12
 4. 8-9
- 354) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ БОКОВЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 10-12
 2. 12-13
 3. 8-9
 4. 7-8
- 355) ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)
1. 9-10
 2. 10-11
 3. 11-12
 4. 12-13
- 356) СРАСТАНИЕ КОСТЕЙ НЁБА ПРОИСХОДИТ

1. у плода в первом триместре беременности женщины
 2. у ребёнка на первом году жизни
 3. у плода во втором триместре беременности женщины
 4. сразу после рождения ребёнка
- 357) У РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ГЛОТАНИЯ ЯЗЫК ДОЛЖЕН
1. упираться в шейки верхних резцов
 2. находиться между передними зубами
 3. лежать на дне полости рта
 4. упираться в коронки моляров
- 358) ГРАНИЦЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭОД ДЛЯ ПУЛЬПЫ СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА (В МКА)
1. 2-6
 2. 10-15
 3. 20-30
 4. 35-45
- 359) ПРИ УКРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 9-12 МЕСЯЦЕВ АКТИВНО НАРУШАЕТСЯ ФУНКЦИЯ
1. глотания
 2. дыхания
 3. речеобразования
 4. смыкания губ
- 360) ОСОБЕННОСТЯМИ СТРОЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1. обширная полость зуба, широкие каналы
 2. маленькая полость зуба, широкие корневые каналы и большое верхушечное отверстие
 3. несформированные полости зубов
 4. маленькая полость зуба, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие
- 361) БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ У ДЕТЕЙ С
1. грудного возраста
 2. периода новорождённости
 3. раннего возраста
 4. дошкольного возраста
- 362) ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
1. очаговая деминерализация
 2. гипоплазия эмали
 3. флюороз
 4. несовершенный амелогенез
- 363) ШИРИНА ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОРОЗДЧАТОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЗАВИСИТ ОТ
1. длительности воздействия повреждающего фактора
 2. силы воздействия повреждающего фактора
 3. соблюдения правил гигиены полости рта
 4. срока прорезывания зуба
- 364) ГИПОПЛАЗИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ
1. нарушения внутриутробного развития зубочелюстной системы
 2. действия кариесогенных факторов
 3. замедленного прорезывания зубов
 4. отягощенной наследственности
- 365) СИМПТОМ ПЕРВИЧНОЙ АДЕНТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1. эктодермальной дисплазии
 2. расщелине верхней губы и альвеолярного отростка
 3. расщелине нёба
 4. врождённых кистах шеи

- 366) ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1. саркомой Юинга
 2. фиброзной дисплазией челюстей
 3. остеобластокластомой
 4. фолликулярной кистой
- 367) К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ
1. ортопантомограмма
 2. УЗИ слюнной железы
 3. тепловизиография
 4. ангиограмма
- 368) ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА
1. косметический недостаток
 2. боли от горячего раздражителя
 3. ночные боли
 4. подвижность зубов
- 369) ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ
1. КПУ+кп
 2. СРТИН
 3. КПУ
 4. ГИ
- 370) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. инфильтрационная
 2. инфраорбитальная
 3. туберальная
 4. внутрикостная
- 371) ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ _____ В ПЕРИОД
1. матери; беременности
 2. ребёнка; от 1 года до 2 лет
 3. матери; лактации
 4. ребёнка; от 2 до 3 лет

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

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

3.1 Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к экзамену (ОПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1.Использование информационных, библиографических ресурсов для решения профессиональных задач челюстно-лицевой хирургии.
- 2.Методы использования медико-биологической терминологии в челюстно-лицевой хирургии.
- 3.Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса эмали во временных зубах у детей.
- 4.Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса эмали в постоянных зубах с несформированными корнями у детей
- 5.Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса дентина во временных зубах у детей.
- 6.Особенности клиники, диагностики и лечения кариеса дентина в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
- 7.Биологический метод лечения пульпита. Показания, методики проведения (прямое и не прямое покрытие), прогноз, контроль эффективности лечения.
- 8.Особенности строения пульпы, полости зуба, корневых каналов временных зубов и постоянных зубов с несформированными корнями.

9. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики пульпитов во временных зубах у детей.
10. Особенности клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики пульпитов в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
11. Пульпотомия. Показания, методики проведения, выбор лекарственных препаратов (гидроокись кальция, формокрезол, резорцин-формалин).
12. Пульпэктомия. Показания, методика проведения, выбор лекарственных препаратов и материалов для обработки и пломбирования каналов в зависимости от степени их сформированности.
13. Особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики периодонтитов во временных зубах у детей.
14. Особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики периодонтитов в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
15. Лечение хронических периодонтитов в постоянных зубах с несформированными корнями (апексификация, апексогенез).
16. Методы лечения хронических периодонтитов во временных зубах. Показания к удалению временных зубов с периодонтитом.
17. Флюороз. Этиология, клинические проявления, лечение, профилактика.
18. Системная, местная и очаговая гипоплазия. Причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Этиология заболеваний пародонта. Влияние зубных отложений на развитие заболеваний пародонта. Методы профилактики.
20. Особенности строения тканей пародонта у детей в возрастном аспекте. Пародонтальные индексы (РМА, КПИ, ПИ, СРІТN).
21. Катаральный гингивит у детей. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения.
22. Агрессивные формы пародонтита у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Наследственные нарушения развития твердых тканей зубов (несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез, наследственный несовершенный остеогенез). Тактика врача-стоматолога.
24. Лангерганс-клеточный гистиоцитоз. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
25. Синдром Папийон-Лефевра. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
- Нейтропении. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
26. Сахарный диабет. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
27. Гипертрофический гингивит у детей. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения.
28. Язвенно-некротический гингивит у детей. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения.
29. Профессиональная гигиена полости рта. Индивидуальная и контролируемая чистка зубов.
30. Сроки формирования и прорезывания постоянных зубов. Герметизация фиссур. Показания, методики проведения (инвазивная, неинвазивная, минеральная, расширенная).
31. Влияние зубных отложений на развитие кариеса. Зависимость устойчивости зубов к кариесу от свойств смешанной слюны: количество, вязкость, рН, буферная емкость. Определение гигиенических индексов (Федорова-Володкиной, Пахомова, Грина-Вермиллиона).
32. Влияние зубных отложений на развитие кариеса и заболеваний пародонта. Определение гигиенических индексов (Федорова-Володкиной, Пахомова, Грина-Вермиллиона).
33. Методы и средства эндогенной и экзогенной профилактики кариеса.
34. Анатомно-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей в различные возрастные периоды.
35. Хроническая механическая травма слизистой оболочки полости рта у детей. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
36. Острая механическая травма слизистой оболочки полости рта у детей. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
37. Термическая травма слизистой оболочки полости рта у детей. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
38. Химическая травма слизистой оболочки полости рта у детей. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Принципы лечения.

39. Лучевая травма слизистой оболочки полости рта у детей. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
40. Афта Беднара. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
41. Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника.
42. Острый герпетический стоматит. Диагностика, лечение, профилактика.
43. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
44. Многоформная экссудативная эритема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
45. Рецидивирующие афты полости рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
46. Проявление острых инфекционных заболеваний на слизистой оболочке полости рта (ветряная оспа, корь, дифтерия, скарлатина), тактика стоматолога.
47. Заболевания губ у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
48. Заболевания языка у детей. Классификация. Клиника, диагностика, принципы лечения.
49. Местное обезболивание. Виды. Показания. Противопоказания. Местные осложнения, профилактика.
50. Местное обезболивание. Общие осложнения, профилактика. Виды. Показания. Противопоказания.
51. Общее обезболивание. Осложнения. Профилактика.
52. Местные анестетики. Классификация. Выбор местного анестетика в зависимости от возраста ребенка и вида стоматологического вмешательства.
53. Обморок. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
54. Коллапс. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
55. Анафилактический шок. Определение. Классификация. Клиника, принципы оказания неотложной помощи.
56. Судорожный синдром у детей. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
57. Клиническая смерть. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
58. Операция удаления молочных зубов у детей. Этапы. Особенности. Показания, противопоказания. Осложнения, профилактика.
59. Операция удаления постоянных зубов у детей. Этапы. Особенности. Показания, противопоказания. Осложнения, профилактика.
60. Особенности течения воспалительных заболеваний у детей.
61. Острый периостит у детей. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
62. Абсцессы у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
63. Флегмоны у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
64. Остеомиелит у детей. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Принципы лечения.
65. Лимфадениты у детей. Классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Особенности клинического течения кариеса эмали во временных зубах у детей.
2. Особенности лечения кариеса эмали в постоянных зубах с несформированными корнями у детей
3. Особенности клинического течения кариеса дентина во временных зубах у детей.
4. Особенности лечения кариеса дентина в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
5. Биологический метод лечения пульпита. Прямое и не прямое покрытие пульпы.
6. Пульпотомия. Методика проведения витальной ампутации с МТА.
7. Пульпэктомия. Методика проведения во временных зубах со сформированными корнями.
8. Влияние хронического периодонтита временного зуба на состояние зачатка постоянного.
9. Особенности клиники периодонтитов в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
10. Лечение периодонтитов в постоянных зубах с несформированными корнями (апексификация, апексогенез).
11. Показания к удалению временных зубов с периодонтитом.

12. Флюороз у детей. Этиология, клинические проявления.
13. Системная, местная гипоплазия. Причины развития, клиника.
14. Особенности клинической картины пульпитов во временных зубах у детей.
15. Особенности клинической картины хронического пульпита в постоянных зубах с несформированными корнями у детей.
16. Простой маргинальный гингивит у детей. Принципы лечения согласно Клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
17. Клинические проявления гиперпластического гингивита у детей.
18. Клинические проявления язвенного гингивита у детей.
19. Влияние зубных отложений на развитие кариеса.
20. Лечение острого герпетического стоматита.
21. Этиология кандидоза.
22. Местное обезболивание. Показания к поверхностной анестезии.
23. Виды общего обезболивания.
24. Классификация местных анестетиков.
25. Обморок. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
26. Коллапс. Клиника, диагностика, принципы оказания неотложной помощи.
27. Анафилактический шок. Определение. Клиника.
28. Признаки клинической смерти.
29. Этапы операции удаления временных зубов у детей.

Местные осложнения операции удаления постоянных зубов у детей.

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

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

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

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	Знать: различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	Отсутствие знаний различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов	Фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов	Общие, но не структурированные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и	Сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных

			решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	делей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	задач и их применение в медицине
		<p>Уметь: оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному</p>	Отсутствие умений оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные мо-	Частично освоенные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые инфор-	В целом успешно, но не систематически осущест-вляемые умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознать ин-	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распозна-	Сформированное умение оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их со-

		<p>объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>дели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>мационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>вать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>ответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>
--	--	--	--	--	---	---	---

						ционных технологий	
		<p>Владеть: компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Отсутствие знаний понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Общие, но не структурированные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	Сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией

					гией	патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	
		<p>Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Отсутствие умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Частично освоенные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осущест-вляемые умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой обла-</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной</p>	<p>Сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>

					сти	диагностики заболеваний челюстно-лицевой области	
		<p>Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	<p>Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>
		<p>Уметь: применять Международную статистическую класси-</p>	<p>Отсутствие умений применять Международную статистическую</p>	<p>Частично освоенные умения применять Международную ста-</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осу-</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные</p>	<p>Сформированное умение применять Международную статистическую</p>

		<p>кацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>тистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>шест-вляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>
		<p>Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рам-</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>

					ках изучаемой дисциплины	проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	
--	--	--	--	--	--------------------------	--	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в условиях и условиях дневного стационара	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Отсутствие знаний особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Общие, но не структурированные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара

		<p>Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Отсутствие умений диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Частично освоенные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>В целом успешно, но не систематически освоенные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>
		<p>Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>

				циплины.	дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	ями в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	дисциплины.
--	--	--	--	----------	--	--	-------------

4..2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

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

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

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

Для стандартизированного тестового контроля:

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

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

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

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

Для оценки 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 доклада/устного реферативного сообщения:

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

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требо-

ваниям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

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

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

Для разбора тематического больного

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

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

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

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

Для курации больного

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

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

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

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

Для разбора истории болезни

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

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

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.