

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине стоматология детская

по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	<p>Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России. Юридические и правовые аспекты</p> <p>Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология и профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков.</p>	УК-1, ПК-7	<p><b><u>Знать:</u></b></p> <p>1. Организацию детской стоматологической службы в России. Этапы развития стоматологии детского возраста, роль ведущих ученых в развитии дисциплины.</p> <p>2. Принципы асептики и антисептики, профилактику ВИЧ-инфекции.</p> <p>3. Принципы медицинской этики и деонтологии.</p> <p>4. Классификацию, этиопатогенез, факторы риска развития в детском возрасте, особенности клинического течения и распространённость основных стоматологических заболеваний у детей: кариес и его осложнения, заболевания пародонта, заболевания слизистой оболочки полости рта. Основные принципы и особенности лечения этих заболеваний у детей.</p> <p>8. Принципы лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний у детей.</p> <p><b><u>Уметь:</u></b></p> <p>1. Составить план дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, включающий местное и общее лечение, консультации специалистов, диспансерные сроки</p>	Тесты Ситуационные задачи	40 20

		<p>наблюдения.</p> <p>2. Диагностировать патологию у ребёнка с острой болью и квалифицированно оказать неотложную стоматологическую помощь.</p> <p>3. Использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с ребёнком и его родителем (опекуном).</p> <p>4. Организовать рабочее место детского стоматолога, проводить смазку наконечников.</p> <p>5. Провести опрос и осмотр первичного пациента, выявить ведущую и сопутствующую стоматологическую патологию, и т.п., определить показания для срочной и (или) плановой госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии.</p> <p>6. Провести профессиональную гигиену полости рта, обучение гигиене полости рта и контролируруемую чистку зубов у ребёнка.</p> <p>7. Проводить лечение неосложнённого кариеса, осуществляя выбор адекватного пломбировочного материала.</p> <p>8. Проводить неинвазивную герметизацию фиссур, осуществляя оптимальный выбор пломбировочного материала для герметизации.</p> <p><b><u>Владеть:</u></b></p> <p>1. Методикой оценки психосоматического состояния больного перед началом манипуляций.</p> <p>2. Организацией рабочего места в стоматологическом кабинете, необходимых</p>	
--	--	---	--

		<p>инструментов, медикаментов, пломбировочных материалов.</p> <p>3. Навыками эксплуатации стоматологического оборудования, диагностических и лечебных аппаратов, используемых в работе детского стоматолога.</p> <p>4. Методикой проведения стоматологического осмотра первичного пациента, определения ведущей и сопутствующей стоматологической патологии, составления плана лечебно- профилактических мероприятий.</p> <p>5. Техникой проведения всех видов местной анестезии, как терминальной, так и инъекционной, при лечении и удалении зубов, лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.</p> <p>6. Техникой препарирования и пломбирования кариозных полостей временных и постоянных зубов</p> <p>7. Методикой применения пломбировочных и лекарственных препаратов при лечении зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей.</p> <p>8. Проведением профилактики и лечения осложнений аппликационной и инъекционной анестезии.</p> <p>9. Диагностикой и прогнозированием ближайших и отдалённых осложнений при проведении лечения стоматологических заболеваний у детей.</p> <p>10. Методикой и техникой проведения местного лечения при заболеваниях</p>		
--	--	---	--	--

			<p>пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей.</p> <p>11. Методикой чтения рентгенограмм челюстно-лицевой области.</p> <p>12. Методикой и техникой проведения реминерализирующей терапии, неинвазивной герметизации фиссур.</p> <p>13. Методикой соблюдения правил асептики, антисептики и профилактики распространения инфекционных заболеваний в клинике детской стоматологии.</p> <p>14. Методикой и техникой проведения профессиональной гигиены полости рта, обучения гигиене полости рта, контролируемой чистки зубов.</p> <p>15. Методикой и техникой проведения дополнительных методов обследования при диагностике стоматологических заболеваний у детей.</p>		
2.	Раздел 3. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.	УК-1, ПК-7	<p><b><u>Знать:</u></b></p> <p>1. Влияние возрастных особенностей на течение воспалительных процессов в челюстно-лицевой области и их исход.</p> <p>2. Классификацию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и их лечение.</p> <p>3. Классификацию травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики,</p>	тесты	20

			<p>дифференциальной диагностики и лечения травм зубов, челюстей и мягких тканей лица.</p> <p>4. Классификацию, клинику, диагностику и лечение врожденной патологии челюстно-лицевой области.</p> <p>5. Принципы лечения и диспансеризации детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области.</p> <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определить показания для срочной или плановой госпитализации ребёнка в отделение челюстно-лицевой хирургии ОДКБ</li> <li>- Оказать неотложную врачебную помощь при травме челюстно-лицевой области у ребёнка</li> <li>- Составить план лечения ребёнка с врождённой патологией челюстно-лицевой области</li> </ul> <p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Техникou проведения неотложной помощи при острых травмах челюстно-лицевой области у детей, в том числе: техникой остановки кровотечения, шинирования зубов и челюстей, наложением давящей повязки и др.</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

**Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России. Юридические и правовые аспекты**

**Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология и профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое

	<b>задание</b>
<p>1. К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСЯТ</p> <p>а) зубной камень б) пелликулу в) зубную бляшку г) мягкий зубной налет</p>	УК-1,
<p>2. ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС</p> <p>а) СРITN б) кп в) КПУ г) PMA</p>	УК-1,
<p>3. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА, А В ПОСЛЕДУЮЩЕМ РЕГИСТРАЦИИ ДИНАМИКИ ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС</p> <p>а) PMA б) кп в) КПУ г) СРITN</p>	УК-1, ПК-7
<p>4. ДЛЯ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 5-6 ЛЕТ ПРИМЕНЯЮТ ИНДЕКС</p> <p>а) Федорова-Володкиной б) Рамфьорда в) Грина-Вермиллиона г) Квигли-Хейна</p>	УК-1, ПК-7
<p>5. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗУБНОГО НАЛЕТА И ЗУБНОГО КАМНЯ ПРИМЕНЯЮТ ИНДЕКС</p> <p>а) Грин - Вермиллиона б) СРITN в) PMA г) Федорова – Володкиной</p>	УК-1, ПК-7
<p>6. ТЭР-ТЕСТ - ЭТО ОЦЕНКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗУБОВ К КАРИЕСУ ПО СТЕПЕНИ</p> <p>а) кислотоустойчивости к кариесу б) активности кариозного процесса в) реминерализующей активности слюны г) степени радиоактивности ротовой жидкости</p>	УК-1, ПК-7
<p>7. ПОКАЗАНИЯ К ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР</p> <p>а) глубокие интактные фиссуры, минимальный срок с момента прорезывания зуба, незаконченная минерализация жевательной поверхности зуба б) фиссура любого типа, максимальный срок с момента прорезывания зуба, законченная минерализация жевательной поверхности зуба в) глубокая фиссура, плохая гигиена полости рта г) множественный кариес зубов</p>	УК-1, ПК-7
<p>8. ИНДЕКС, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙСЯ ПРОЦЕНТОМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ КАРИОЗНЫЕ, ПЛОМБИРОВАННЫЕ И УДАЛЕННЫЕ ЗУБЫ, ЭТО</p>	УК-1, ПК-7

<p>а) распространенность б) активность в) интенсивность г) умеренность</p>	
<p>9. ЧИСЛО ПОРАЖЕННЫХ КАРИЕСОМ ЗУБОВ У ИНДИВИДУУМА ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>а) интенсивность б) распространенность в) активность г) умеренность</p>	УК-1, ПК-7
<p>10. ХОРОШЕМУ УРОВНЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПО ФЕДОРОВУ - ВОЛОДКИНОЙ СООТВЕТСТВУЮТ ЗНАЧЕНИЯ</p> <p>а) 1,1-1,5 б) 1,6-2,0 в) 2,1-2,5 г) 2,6-3,4</p>	УК-1, ПК-7
<p>11. УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМУ УРОВНЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПО ФЕДОРОВУ – ВОЛОДКИНОЙ СООТВЕТСТВУЮТ ЗНАЧЕНИЯ</p> <p>а) 1,6-2,0 б) 2,1-2,5 в) 2,6-3,4 г) 3,5-5,0</p>	УК-1, ПК-7
<p>12. ИНДЕКС ГИГИЕНЫ ПО ФЕДОРОВУ-ВОЛОДКИНОЙ РАВНЫЙ 4.5 СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА:</p> <p>а) очень плохому б) удовлетворительному в) плохому г) неудовлетворительному</p>	УК-1, ПК-7
<p>13. ТОЧЕЧНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДЕСНЕВОГО ЖЕЛОБКА В ОБЛАСТИ МЕЖЗУБНОГО ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО МЮЛЛЕМАНУ СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ БАЛЛОВ</p> <p>а) 1 б) 2 в) 3 г) 0</p>	УК-1, ПК-7
<p>14. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ</p> <p>а) кп(п) б) КПУ(п) в) КПУ(з) г) кп(з)</p>	УК-1, ПК-7
<p>15. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ</p> <p>а) КПУ(п) б) КПУ(з) в) кп(п) г) кп(з)</p>	УК-1, ПК-7
<p>16. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ И СОСТОЯНИЕ ПРИКУСА В САГИТТАЛЬНОМ, ВЕРТИКАЛЬНОМ И ТРАНСВЕРЗАЛЬНОМ</p>	УК-1, ПК-7

<p>НАПРАВЛЕНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТ ИНДЕКС</p> <p>а) стоматологический эстетический  б) Федорова-Володкиной  в) РМА  г) Грина-Вермиллиона</p>	
<p>17. ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОЦЕССЫ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ПЛОДА</p> <p>а) замедляются  б) ускоряются  в) не меняются  г) прекращаются</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>18. НАЧАЛО РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ 5.1 И 6.1 В ВОЗРАСТЕ</p> <p>а) 5 лет  б) 3 года  в) 6,5 лет  г) 7 лет</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>19. СКОЛЬКО ЗУБОВ В МОЛОЧНОМ ПРИКУСЕ?</p> <p>а) 20  б) 16  в) 24  г) 28</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>20. КОРНИ МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ФОРМИРУЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>а) 1-1.5 лет  б) 2-3-х лет  в) 5-6-ти месяцев  г) 8-10-ти месяцев</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>21. НАЧАЛО МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ</p> <p>а) 24-я неделя внутриутробного развития  б) 17-я неделя внутриутробного развития  в) 38-я неделя внутриутробного развития  г) период новорожденности</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>22. ЭКЗОГЕННЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) химический ожог СОПР мышьяковистой кислотой  б) рахит  в) недоношенность  г) антибиотикотерапия</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ</p> <p>а) гранулирующая  б) фиброзная  в) гранулёматозная  г) гангренозная</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>24. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ В ВЕРХУШЕЧНОЙ ЧАСТИ КАНАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ СВЯЗАНА С</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>



<p>а) вращением грануляций в полость корневого канала  б) наличием ткани пульпы в апикальной части канала  в) диагностической ошибкой  г) наличием зоны рос</p>	
<p>25. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ПОКРОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У НОВОРОЖДЁННЫХ</p> <p>а) тонкий и состоит из 2-х слоёв – базального и шиповидного  б) тонкий и состоит из 1-го слоя - базального  в) состоит из 3-х слоёв – базального, шиповидного и зернистого  г) состоит из 4-х слоёв эпителиальных клеток</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>26. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ КОСТЬ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) меньшей степенью минерализации по сравнению со взрослыми  б) большей степенью минерализации по сравнению со взрослыми  в) такой же степенью минерализации, как у взрослых  г) меньшим содержанием воды по сравнению со взрослыми</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>27. МИКРООРГАНИЗМЫ, ИМЕЮЩИЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА</p> <p>а) Bac. Melanogenicus, Actinomicetis viscosus  б) Staph. Aureus et epidermalis  в) Strept. Salivaris, strept. mutans  г) Candida albicans, Staph. Epidermalis</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>28. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА</p> <p>а) скученность зубов  б) заболевание ЖКТ  в) заболевание крови  г) рахит</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>29. КАРИЕС КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ</p> <p>а) локальный пародонтит  б) атрофический гингивит  в) генерализованный гингивит  г) десквамативный глоссит</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>30. ДЛЯ СИНДРОМА ПАПИЙОНА-ЛЕФЕВРА ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) сочетание ладонно- подошвенного дискератоза с генерализованным периодонтолизом в молочном, затем в постоянном прикусе  б) наличие генерализованного периодонтолиза только молочного прикуса  в) отсутствие генерализованного периодонтолиза молочного прикуса  г) прогрессирование периодонтолиза только в области постоянных резцов</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>

<p>а) от 6 месяцев до 3-х лет  б) грудном  в) новорождённости  г) дошкольном</p>	
<p>32. В ОТЛИЧИЕ ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</p> <p>а) корни молочных зубов и фолликулы постоянных зубов разобщаются  б) не рассасываются корни несформированных молочных зубов  в) молочный зуб и одноимённый зачаток постоянного зуба сближаются  г) резорбция соответствует возрастным срокам</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>33. В ОТЛИЧИЕ ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</p> <p>а) ткань периодонта замещается грануляционной тканью, лакунарная резорбция корней  б) никогда не происходит рассасывания еще несформированных корней временных зубов  в) происходит сближение молочного зуба и одноимённого зачатка постоянного зуба  г) резорбция соответствует возрастным срокам</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>34. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С</p> <p>а) ветряной оспой, герпангиной, многоформной экссудативной эритемой  б) гриппом, аденовирусной инфекцией  в) дифтерией, коклюшем, полиомиелитом  г) кандидозом, инфекционным мононуклеозом</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>35. ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ КАНДИДОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) механическая и химическая травма СОПР  б) врождённая иммунная недостаточность  в) железодефицитные состояния  г) нарушения обмена веществ</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>36. ДЛЯ ЯЗВЫ ПРИ РУБЦУЮЩЕЙСЯ ФОРМЕ ХРАС ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) овальная форма, мягкие края, дно плоское с беловато-жёлтым налётом  б) неровные края, «лакированное» дно красного цвета  в) подрытые края, кровоточащие грануляции по дну  г) плотные валикообразные края, хрящеподобный инфильтрат в основании</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>
<p>37. . ФОРМА ПУЛЬПИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМАЯ ПРИ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ</p> <p>а) хронический фиброзный пульпит  б) хронический гиперпластический пульпит  в) хронический гангренозный пульпит  г) острый диффузный пульпит</p>	<p>УК-1,  ПК-7</p>

38. МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА МОЛОЧНОГО ЗУБА: а) эвгеноловая паста б) гуттаперча в) термафил г) йодоформная паста	УК-1, ПК-7
39. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ЗУБА 5.1 У РЕБЁНКА 3-Х ЛЕТ: а) экстирпация б) витальная ампутация в) биологический г) удаление зуба	УК-1, ПК-7
40. ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА а) вывих соседнего зуба б) альвеолит в) остеомиелит г) лимфаденит	УК-1, ПК-7

### Раздел 3. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) обморока б) анафилактического шока в) коллапса г) гипертонического криза	УК-1, ПК-7
2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ а) молочных моляров б) молочных резцов в) молочных клыков г) премоляров	УК-1, ПК-7
3. МОЛОЧНЫЙ ЗУБ РЕКОМЕНДОВАНО УДАЛЯТЬ ПРИ а) разрушении кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба б) отсутствии подвижности его в) резорбции до 1/3 корня г) отсутствии зачатка постоянного зуба	УК-1, ПК-7
4. ШИНИРОВАНИЕ И ФИКСАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРАВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ: а) шина-моноблок на область жевательных зубов слева б) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой в) шина-моноблок на область жевательных зубов справа г) гладкая шина-скоба	УК-1, ПК-7
5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ	УК-1, ПК-7

<p>ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ПО ТИПУ «ЗЕЛЁНОЙ ВЕТОЧКИ» ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) мышцелковый отросток  б) угол челюсти  в) венечный отросток  г) тело челюсти в боковом отделе</p>	
<p>6. ШИНИРОВАНИЕ И ФИКСАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРАВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ:</p> <p>а) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом слева  б) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом справа  в) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой  г) гладкая шина-скоба</p>	УК-1, ПК-7
<p>7. ШИНИРОВАНИЕ И ФИКСАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛЕВОГО МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА У РЕБЁНКА 7 ЛЕТ:</p> <p>а) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом справа  б) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом справа  в) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой  г) гладкая шина-скоба</p>	УК-1, ПК-7
<p>8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ СЛУЖАТ ЗУБЫ:</p> <p>а) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6  б) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2  в) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2  г) 3.6, 7.4, 7.5, 4.6, 8.4, 8.5</p>	УК-1, ПК-7
<p>9. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МОЛЯР УДАЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) всегда  б) никогда  в) иногда</p>	УК-1, ПК-7
<p>10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10-14 ЛЕТ СЛУЖАТ ЗУБЫ:</p> <p>а) 3.6, 4.6  б) 4.5, 3.5  в) 2.5, 1.5  г) 1.6, 2.6</p>	УК-1, ПК-7
<p>11. СМЕНА ЙОДОФОРМНОГО ТАМПОНА ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ПРОИЗВОДИТСЯ НА СУТКИ</p> <p>а) седьмые  б) третьи  в) девятые  г) четырнадцатые</p>	УК-1, ПК-7
<p>12. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОРНЕВЫХ КИСТАХ ОТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ:</p>	УК-1, ПК-7

<p>а) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба  б) цистэктомия  в) цистотомия  г) цистэктомия с резекцией верхушки корня</p>	
<p>13. ПРИ ЦИСТОТОМИИ ПРОИЗВОДИТСЯ:  а) тампонада полости кисты йодоформным тампоном  б) дренирование перчаточной резиной  в) ушивание раны  г) активный дренаж</p>	УК-1, ПК-7
<p>14. УКРЕПЛЕНИЕ ТОНУСА МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА – ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:  а) дисфункциональных заболеваний ВНЧС  б) вторичного деформирующего остеоартроза ВНЧС  в) анкилоза  г) неоартроза</p>	УК-1, ПК-7
<p>15. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ РЕБЁНКУ С АДЕНОФЛЕГМОНОЙ ЗКЛЮЧАЕТСЯ В  а) хирургической помощи  б) антибактериальной терапии  в) противовоспалительной терапии  г) иммунотерапии</p>	УК-1, ПК-7
<p>16. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА  а) новорожденных  б) хронический рецидивирующий паренхиматозный  в) острый эпидемический</p>	УК-1, ПК-7
<p>17. СИМПТОМ «ХРУСА» В МОМЕНТ ОТКРЫВАНИЯ РТА ЕСТЬ ПРИ:  а) хроническом артрите  б) привычном вывихе суставной головки  в) вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС  г) анкилозе ВНЧС</p>	УК-1, ПК-7
<p>18. ПОЗДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РОДОВОЙ ТРАВМЫ МОЖЕТ БЫТЬ  а) недоразвитие нижней челюсти  б) рубцы на коже лица  в) короткая уздечка языка  г) ринолалия</p>	УК-1, ПК-7
<p>19. ОСТЕОТОМИЯ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС ПОКАЗАНА ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ:  а) 4-5 лет  б) 10-13 лет  в) 9-10 лет  г) 14-15 лет</p>	УК-1, ПК-7
<p>20. РАДИКАЛЬНАЯ УРАНОПЛАСТИКА ДЕТЯМ С ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, ТВЁРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ПОКАЗАНА В</p>	УК-1, ПК-7

<b>ВОЗРАСТЕ:</b> а) 6 лет б) 1-2 года в) 6-7 месяцев г) 12 лет	
--	--

**NB!** Во всех представленных тестах правильный ответ «а».

## 2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
<b>Ф</b>	<b>A/01</b>	<b>Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах</b>
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>001</b>
		Ребёнку 15 лет. Три дня назад почувствовал недомогание, температура 38,3-38,7*С, состояние ухудшилось, отказывается от приёма пищи, говорит с трудом. На коже лица, рук, туловища пузыри 0,5-2 см в диаметре, губы отёчные, покрыты кровавыми корками. Отёчны также веки, воспалена конъюнктура, в носу кровавые корочки. Слизистая оболочка полости рта на всём протяжении эрозирована, покрыта обрывками пузырей и фибринозным налётом.
<b>В</b>	<b>1</b>	Поставьте предварительный диагноз
<b>Э</b>	<b>-</b>	L51.IX Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона
<b>P2</b>	<b>-</b>	Ответ получен полностью
<b>P1</b>	<b>-</b>	Ответ получен частично
<b>P0</b>	<b>-</b>	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
<b>Э</b>	<b>-</b>	Медикаментозный стоматит, инфекционный конъюнктивит, рецидивирующий герпес полости рта тяжёлой формы.
<b>P2</b>	<b>-</b>	Ответ получен полностью
<b>P1</b>	<b>-</b>	Ответ получен частично
<b>P0</b>	<b>-</b>	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	Ваша тактика.
<b>Э</b>	<b>-</b>	Ребёнок подлежит госпитализации в детскую инфекционную больницу. Детский стоматолог должен провести местную симптоматическую терапию: аппликации на СОПР протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин, химопсин) со слабым раствором анестетика (0,25-0,5% р-р лидокаина гидрохлорида или новокаина), раствора или суспензии кортикостероида. Внутрь: антигистаминное средство (фенкарол 0,25) и жаропонижающее (парацетамол 0,5).
<b>P2</b>	<b>-</b>	Ответ получен полностью
<b>P1</b>	<b>-</b>	Ответ получен частично
<b>P0</b>	<b>-</b>	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>4</b>	План лечения и прогноз заболевания
<b>Э</b>	<b>-</b>	Общее лечение: Дезинтоксикационное внутривенно капельно, десенсибилизирующее, гипосенсибилизирующее, антибактериальное, противовоспалительное. При необходимости – кортикостероиды. Местное лечение: Обезболивающее+ферменты, антисептическое,

		кортикостероды, кератопластик. Прогноз благоприятный, но возможны рецидивы заболевания.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>002</b>
		К Вам обратились родители с 1,5 годовалым ребёнком. Температура тела 39,2*С. Ребёнок болен второй день. Отказывается от еды и питья. Высыпания во рту и вокруг рта. Объективно: ребёнок вялый, бледный, региональные лимфоузлы болезненные, уплотнённые, размером с фасоль, подвижные; рот приоткрыт, истекает вязкая слюна; слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отёчная, множественные сгруппированные эрозии с фестончатым краем на спинке языка, на слизистой оболочке дна полости рта, щёк, губ. В околоротовой области пузырьково-папулёзные элементы сыпи.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	V00.2X Герпетический гингивостоматит (Острый герпетический стоматит)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	Этиология данного заболевания
Э	-	Причиной является вирус простого герпеса человека первого типа, передающийся воздушно-капельным и контактным путями.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Что можно обнаружить в соскобе со слизистой оболочки полости рта?
Э	-	Гигантские клетки, образующиеся за счёт баллонизирующей дегенерации эпителия.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Ваша тактика
Э	-	Местное лечение: аппликация местного анестетика на слизистую оболочку полости рта с протеолитическим ферментом (10мг трипсина кристаллического+0,25% р-р новокаина или лидокаина), антисептическая обработка полости рта (1% р-р димексида), аппликация противовирусной мази (0,25% оксолиновая, или 0,05% бонафтоновая, или 1% алпизариновая, или «Ацикловир» 5%). Внутрь ребёнку следует дать жаропонижающее средство (парацетамол 0,1) и антигистаминное средство (фенкарол 0,01). Затем необходимо ребёнка госпитализировать в инфекционную больницу, т.к. состояние его тяжёлое, требуется проведение неотложных лечебных мероприятий с целью гидратации и дезинтоксикации организма.
P2	-	Ответ получен полностью

P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>		<b>003</b>
		Мальчик, 14 лет, обратился к детскому стоматологу с жалобами на изменение положения и подвижность зубов, боль в десне при приёме пищи и чистке зубов. Внешне отмечается бледность кожных покровов, вялость и апатичность ребёнка. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледная, в области 4.2, 4.3, 4.4 определяется участок некроза десны, подвижность этих зубов.
В	1	Дополнительные методы исследования и консультации специалистов, которые необходимо провести.
Э	-	Рентгенологическое обследование, клинический анализ крови, консультации врача-гематолога
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	При каких общих заболеваниях может наблюдаться данная клиническая картина?
Э	-	При заболеваниях крови (нейтропения, лейкозы и др.)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Ваша тактика.
Э	-	Местное лечение проводится только в стадии ремиссии данного заболевания, включает в себя профессиональную гигиену, антисептическую, противовоспалительную терапию, кюретаж (по мере необходимости и т.д.). Поскольку ребёнок обратился впервые, следует его сразу направить к гематологу на консультацию в ОДКБ.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>004</b>
		Ребёнку 1 год. Заболел остро, температура 39,2*, болен первые сутки. При осмотре полости рта выявлено: эрозии с фибринозным налётом размером 2-3 мм в диаметре на гиперемизированном фоне слизистой оболочки мягкого нёба, передних дужек миндалин.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	V08.5 Герпетическая ангина (Герпангина)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	Причина данного заболевания
Э	-	Энтеровирусная инфекция
P2	-	Ответ получен полностью



P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Ваш план лечения</b>
Э	-	Общее лечение: обильное питьё, щадящая диета, режим домашний постельный или полупостельный. Внутрь антигистаминные, противовирусные препараты (курс лечения 5 дней), жаропонижающие, общеукрепляющие (фенкарол 0,005 два раза в день, свечи «Виферон-2» два раза в день per rectum, парацетамол 0,05 два-три раза в день). Местное лечение: обработка полости рта и ротоглотки протеолитическим ферментом (трипсин кристаллический 0,005) с 0,25% раствором лидокаина, настоем ромашки, аппликации противовирусного средства. (0,25% оксолиновая мазь). Через 3-4 дня при начале эпителизации аппликации кератопластика (масло шиповника, облепихи, витамин Е и А в масле).
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>005</b>
		Вы - детский стоматолог в летнем детском оздоровительном лагере. Воспитатель младшего отряда привела к Вам девочку 8-ми лет, которая жалуется на боли и припухлость в подглазничной области справа, появившуюся день назад. Из анамнеза выяснено, что ребёнка около недели назад укусила «большая муха». Объективно: температура тела 37,5*С, в подглазничной области справа определяется ограниченное, болезненное при пальпации образование около 10x12 мм, кожа над которым гиперемирована. В центре образования определяется след от укуса.
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Ваш предполагаемый предварительный диагноз</b>
Э	-	Абсцесс подглазничной области слева L02.0 - Абсцесс кожи, фурункул лица
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Дифференциальная диагностика.</b>
Э	-	Проводится с флегмоной подглазничной области справа. При флегмоне подглазничной области общее состояние ребёнка тяжёлое, отмечается фебрилитет (в данном случае – субфебрилитет). Болезненный инфильтрат «деревянной» плотности и без чётких границ.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Ваша тактика в данном случае.</b>
Э	-	Ребёнка необходимо срочно эвакуировать в ОДКБ в отделение челюстно-лицевой хирургии. Родителей необходимо поставить в известность. Детский стоматолог до приезда сантранспорта должен наблюдать ребёнка, назначить внутрь антигистаминные, НПВС,

		антибиотики. На область абсцесса наложить марлевый компресс на 30 минут с 5% раствором димексида.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	4	Из чего складывается лечение.
Э	-	В ОДКБ должна быть проведена хирургическая помощь (вскрытие абсцесса), антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, общеукрепляющая и физиотерапия.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Ф</b>	<b>A/02 .7</b>	<b>Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</b>
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>006</b>
У	-	На приём к Вам мама привела девочку 9-ти лет. На контактных поверхностях зубов 2.1 и 2.2 имеются глубокие кариозные полости, выполненные некродентином. При зондировании определяется болезненность по всему дну обеих кариозных полостей. Дно и стенки кариозных полостей после препарирования плотные светлые.
B	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	K02.2 Кариес дентина (глубокий кариес)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	2	Проведите дифференциальную диагностику. Насколько целесообразно проведение ЭОД?
Э	-	Хронический фиброзный пульпит. Имеется сообщение с полостью зуба. Зондирование вскрытой точки болезненное, пульпа кровоточит. ЭОД проводить нецелесообразно: корни резцов в этом возрасте ещё не сформированы, значит электровозбудимость пульпы снижена.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	3	Какие лечебные прокладки применяют, механизм действия предложенных лечебных прокладок?
Э	-	На дно в проекции пульпы накладывается препарат на основе гидроксида кальция, который имеет одонтотропное и противовоспалительное действие. Например: «Life» (Kerr), «Dycal» (DeTrey/Dentsply), «Calcium Hydroxyde XR» (SPAD/Dentsply), «Alkaliner» (Espe), «Septocalcine Ultra», «Calcipulpe» (Septodont), «Calcimol», «Calcimol LC» (Voco)
P2	-	Ответ получен полностью

P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Какие пломбировочные материалы можно использовать в данном случае?
Э	-	Стеллоиномерные цементы, компомеры с адгезивной системой, не оказывающей неблагоприятного воздействия на пульпу. Кроме того, данные пломбировочные материалы выделяют фтор в течение достаточно продолжительного времени, укрепляя тем самым стенки кариозной полости изнутри.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	5	Сколько посещений потребует лечение этих зубов?
Э	-	Потребуется 2 посещения для лечения этих зубов. Второе посещение предполагает замену реставрации на композит светового отверждения через 1,5-2 года.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>007</b>
		Ребёнку 4,5 года. Жалоб нет. Явка к детскому стоматологу с целью профилактического осмотра и санации полости рта. Из анамнеза болей не выявлено. Объективно: на задней контактной поверхности 6.4 определяется кариозная полость в пределах дентина с разрушением эмалевого гребня. Пульпа кровоточит. Десна в проекции корней без патологических изменений.
В	1	Ваш предварительный диагноз
Э	-	K04.03 Хронический пульпит зуба 6.4 (Хронический фиброзный пульпит)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	Проведите дифференциальную диагностику
Э		С другими формами хронического пульпита: имеются характерные морфологические изменения пульпы, дисколорит эмали при гангренозной форме, рентгенологические изменения. С хроническими формами периодонтита (гранулирующим и гранулёматозным): дисколорит эмали, соответствующие изменения на рентгенограмме, патологические изменения СО десны в проекции корней или фуркации.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Предложите метод лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Метод витальной ампутации (с формокрезолом или сульфатом железа). Корни первого моляра в этом возрасте на стадии физиологического покоя. Поскольку не выявлено обострений в анамнезе, предполагается

		отсутствие необратимых изменений корневой пульпы. Кроме того, данный метод при благополучном исходе не создаёт препятствий для физиологической резорбции корней в будущем. Для более точной диагностики с целью выбора данного метода необходимо проведение рентгенологического исследования.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>4</b>	Какие методы лечения можно применить в данной ситуации?
Э	-	В данной ситуации допустимы к применению метод девитальной ампутации в три посещения, метод экстирпации (витальный и девитальный)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>008</b>
		Ребёнку 9 лет. В течение 10 дней жалуется на боли при жевании. Объективно: выявлена глубокая кариозная полость на дистально-жевательной поверхности 8.5. Слизистая оболочка десны с язычной и щёчной поверхности гиперемирована, отёчная. Перкуссия 8.5 болезненная. На внутриротовой рентгенограмме выявлена резорбция заднего корня 8.5 более, чем на 2/3 длины, а также резорбция костной ткани вокруг обоих корней с вовлечением зоны фуркации. Очаг резорбции имеет нечёткие контуры и неоднородную рентгенологическую плотность.
<b>В</b>	<b>1</b>	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Зуб 8.5 – К04.7 Периапикальный абсцесс без свища (обострение хронического периодонтита)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	Выберите и обоснуйте план лечения.
Э	-	Удаление 8.5, т.к. есть значительная резорбция заднего корня и признаки патологической резорбции, что составляет угрозу зачатку 4.5
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	Возможные осложнения данного воспалительного процесса. Прогноз.
Э	-	Гибель зачатка 4.5 или образование местной гипоплазии эмали (зуб Турнера). При сохранении отграничительной пластинки зачатка 4.5 прогноз благоприятный.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен

<b>Н</b>	-	<b>009</b>
		Ребёнку 12 лет. При плановом осмотре у детского стоматолога выявлены необычная форма и желтовато-коричневый цвет 3.5. Из анамнеза известно, что в 5-летнем возрасте было удаление 7.5 по поводу обострившегося хронического периодонтита.
<b>В</b>	1	Поставьте предварительный диагноз 3.5 и опишите клиническую картину.
<b>Э</b>	-	Зуб 3.5 – К00.43 Аплазия и гипоплазия эмали (местная гипоплазия эмали). Клиническая картина: отсутствие эмали на всей поверхности коронки зуба (так называемый, зуб Турнера)
<b>Р2</b>	-	Ответ получен полностью
<b>Р1</b>	-	Ответ получен частично
<b>Р0</b>	-	Ответ не получен
<b>В</b>	2	Что привело к развитию данной патологии? Проведите дифдиагностику.
<b>Э</b>	-	Хронический гранулирующий периодонтит зуба 7.5 привёл к развитию данной патологии. Дифдиагностика с кариесом, деструктивной формой флюороза, несовершенным амелогенезом.
<b>Р2</b>	-	Ответ получен полностью
<b>Р1</b>	-	Ответ получен частично
<b>Р0</b>	-	Ответ не получен
<b>В</b>	3	Ваш план лечения.
<b>Э</b>	-	Реминерализирующая терапия: офисная - препаратом «Белгель Са-Р» 25-30 сеансов, домашняя – гелем R.O.C.S. m.m. 30 сеансов. Покрытие зуба металлической коронкой до полного формирования корня.
<b>Р2</b>	-	Ответ получен полностью
<b>Р1</b>	-	Ответ получен частично
<b>Р0</b>		Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>010</b>
		Юноша, 17 лет, явился с целью профилактического осмотра. Жалобы на косметический дефект: изменённый цвет зубов. У стоматолога никогда ранее не лечился. Недавно переехал в Нижний Новгород из г. Козьмодемьянск республики Мари-Эл, где проживал с рождения. При объективном осмотре на всех зубах определяются меловидно-белые пятна по всей поверхности, которые не окрашиваются красителем.
<b>В</b>	1	Предварительный диагноз.
<b>Э</b>	-	К00.30 Эндемическая крапчатость зубов (меловидно-крапчатая форма флюороза), что подтверждается анамнестическими данными – проживание с момента рождения в регионе с повышенным содержанием фторидов в питьевой воде.
<b>Р2</b>	-	Ответ получен полностью
<b>Р1</b>	-	Ответ получен частично
<b>Р0</b>	-	Ответ не получен
<b>В</b>	2	С какими заболеваниями проводится дифдиагностика?
<b>Э</b>	-	С пятнистой формой системной гипоплазии эмали, множественным кариесом в стадии пятна и поверхностным кариесом, с наследственным несовершенным амелогенезом.

P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Ваш план лечебно-профилактических мероприятий для данного пациента.
Э	-	1. Использование кальций-фосфатных зубных паст без фтора. 2. Проведение домашней ремтерапии гелем R.O.C.S. m.m. 3. Для достижения косметического эффекта допустимо изготовление виниров прямым или непрямым способом.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
Н	-	<b>011</b>
		Девочке 9,5 лет. Жалуется на изменение формы и цвета эмали резцов и клыков. Из анамнеза выявлено: в 10 месячном возрасте перенесла ОРВИ тяжелой формы, лечение в условиях стационара, антибиотикотерапия 2-х недельным курсом.
В	1	Ваш предварительный диагноз. С чем необходимо дифференцировать?
Э	-	K00.40 Гипоплазия эмали (бороздчатая форма системной гипоплазии эмали постоянных зубов). Необходимо дифференцировать с кариесом дентина, несовершенным амелогенезом, деструктивной формой флюороза.
P2	-	Ответ получен частично
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	Опишите клиническую картину.
Э	-	Истончение режущего края резцов и клыков, бугров первых моляров в постоянном прикусе.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Возможные причины, приводящие к развитию данной патологии.
Э	-	В данном случае причиной явилось ОРВИ тяжелой формы, перенесённое ребёнком на первом году жизни. Также причиной могут быть рахит, диспепсии и другие заболевания первых лет жизни, протекающие с интоксикацией, что приводит к нарушению минерализации зачатков постоянных резцов, клыков и первых моляров.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Ваш план лечебно-профилактических мероприятий для данного пациента.
Э	-	1. Профессиональная гигиена, обучение чистке зубов, контролируемая чистка зубов. 2. Ремтерапия: а) офисная препаратом «Белгель Са-Р» 20-30 сеансов, б)

		домашняя гелем R.O.C.S. m.m. 30 сеансов и более 3. Реставрация дефектов эмали стеклоиономерным цементом либо компомером на период созревания эмали 4. По окончании созревания эмали замена реставрации из СИЦ на гелиокомпозит.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>012</b>
		Мальчик, 14 лет, жалуется на косметический дефект. Год назад получил удар клюшкой по зубам. Объективно: выявлен поперечный перелом коронки 1.1 в пределах эмали и дентина. Зондирование линии перелома безболезненно. Перкуссия 1.1 безболезненная. На рентгенограмме в области верхушки 1.1 определяется очаг разрежения костной ткани с чёткими контурами около 4-х мм в диаметре.
<b>В</b>	1	Предварительный диагноз для зуба 1.1
P1	-	K04.5 Хронический апикальный периодонтит. Апикальная гранулёма (хронический гранулёматозный периодонтит зуба 1.1) S02.52 Перелом коронки с повреждением пульпы (перелом коронки в пределах эмали и дентина)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	2	Причина возникновения очага деструкции в костной ткани.
Э	-	Некроз пульпы зуба 1.1
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	3	Обоснуйте и выберите метод лечения 1.1.
Э	-	Проведение экстирпации пульпы с последующей обработкой и пломбированием корневого канала сначала препаратами на основе гидроксида кальция (например, «Кальсепт», «Каласепт»). После появления признаков восстановления структуры костной ткани перепломбировать канал постоянным материалом (гуттаперча), реставрация коронковой части коронки 1.1 гелиокомпозитом либо вкладкой.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>013</b>
		Ребёнок 2,5 лет направлен педиатром к детскому стоматологу по поводу кровоточивости дёсен и подвижности зубов. При объективном осмотре выявлена потливость, гиперкератоз ладоней и подошв. В полости рта – кровоточивость десны, подвижность зубов 2-3 степени, десневые карманы более 4 мм глубиной.

В	1	1. Поставьте диагноз.
Э	-	Синдром Папийона-Лефевра
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен
В	2	2. Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Сахарный диабет, нейтропения, X-гистиоцитоз
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен
В	3	3. К каким специалистам следует направить ребёнка для консультации?
Э	-	Ребёнка следует проконсультировать у медицинского генетика, эндокринолога, дерматолога, гастроэнтеролога.
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен
В	4	4. Определите свою роль как детского стоматолога при лечении данного ребёнка. Каков прогноз заболевания?
Э	-	Детский стоматолог проводит местное симптоматическое лечение, привлекая в ходе лечения хирурга-стоматолога и ортодонта. Лечение заключается в проведении местной антисептической обработки пародонтальных карманов, инстилляций в них гелей с антимикробными компонентами (например, «Метрогил-дента»), проведении кюретажа, шинировании постоянных зубов, протезировании. Прогноз для зубов неблагоприятный, к 14-15 лет происходит полная утрата зубов.
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен
Н	-	<b>014</b>
		Девочка, 8 лет, жалуется на кровоточивость дёсен при чистке зубов и при откусывании жёсткой пищи. Межзубные десневые сосочки в области передней группы зубов нижней челюсти гиперемированы, отёчные, деформированы, кровоточат при пальпации.
В	1	Ваш предположительный диагноз
Э	-	K05.12 Хронический гингивит. Гиперпластический (хронический гипертрофический гингивит в стадии обострения)
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен
В	2	С чем следует дифференцировать данное заболевание?
Э	-	С обострением хронического катарального гингивита, с гингивитом при заболеваниях крови, с хроническим пародонтитом.
Р2	-	Ответ получен полностью
Р1	-	Ответ получен частично
Р0	-	Ответ не получен



В	3	Каковы рентгенологические отличия гингивита от пародонтита?
Э	-	При гингивите сохраняется целостность кортикальной пластинки межальвеолярной перегородки
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Какие дополнительные методы обследования следует провести? И с какой целью?
Э	-	1. Рентгенологический (ОПГ) – для исключения пародонтита 2. Клинический анализ крови – для исключения заболеваний крови
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	5	Составьте план лечения
Э	-	1. Обучение чистке зубов, рекомендации по подбору средств и предметов гигиены полости рта, контроль со стороны родителей за гигиеной полости рта 2. Проведение профессиональной гигиены полости рта, проведение контролируемой гигиены полости рта. 3. Ирригации полости рта антисептическими растворами (0,05% р-р хлоргексидина биглюконата, 1% р-р димексида, настоем ромашки). 4. Наложение десневых твердеющих повязок с противовоспалительными компонентами (Бутадионовая мазь, Гепариновая мазь и т.д.) 5. Активное жевание твёрдой пищи 6. Коррекция диеты (сбалансированность по белкам, жирам и углеводам, минералам и витаминам) 7. Общее лечение: витаминотерапия («Ревит» по 1 драже один раз в день в течение 2-х недель), общеукрепляющие (Кальция глюконат по 0,25 два раза в день в течение месяца) 8. Консультация ортодонта с целью планирования ортодонтического лечения.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>015</b>
		На прием к врачу-стоматологу явился пациент К., 15 лет, с жалобами на наличие пятен белого цвета различной формы на вестибулярной поверхности центральных резцов и буграх первых моляров на верхней и нижней челюстях. Жалоб на наличие каких-либо неприятных ощущений пациент не предъявляет, эмаль в области пятен гладкая, блестящая. Из анамнеза: на 1-ом году жизни пациент К., перенес тяжелую пневмонию. Пятна на зубах появились вместе с прорезыванием названных зубов. В течение жизни пятна не изменяли свои размеры, форму и цвет.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	K00.40 Гипоплазия эмали (Системная гипоплазия постоянных зубов,

		Молярно-резцовая гипоминерализация)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	2	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	1. Кариес в стадии пятна (белые пятна, единичные, чаще локализируются в пришеечной области или имеют иную локализацию характерную для кариеса, не симметричные, со временем изменяются) 2. Эндемический флюороз легкая степень (выявляется при повышенном содержании фтора в питьевой воде, заметны пятна и полоски белого цвета, чаще после высушивания зубов)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	3	3. Составьте план обследования.
Э	-	1. Сбор анамнеза жизни: где проживал и проживает, какое количество фтора в питьевой воде в месте проживания. 2. Произвести лазерофлуоресценциометрию 3. Произвести окрашивание поверхностей белых пятен.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
B	4	Предложите комплексный план лечения и профилактики.
Э	-	1. Микроабразия эмали с последующей реминерализующей терапией гелем R.O.C.S m.m. в течение 30-60 дней. 2. Общее лечение: жевательные таблетки R.O.C.S по 1 два раза в день в течение месяца, курс повторить через 3-6 месяцев, витаминотерапия – «Юникап-М» по 1 драже 1 раз в день в течение месяца. 3. Коррекция хронических системных заболеваний. 4. Диспансерное наблюдение у детского стоматолога 1 раз в 6 месяцев.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>016</b>
		<p>Девочка, 7 лет, жалуется на боль в области верхней челюсти справа, которая появилась 4 дня назад. Лечилась домашними средствами: аспирин, парацетамол внутрь, прикладывание грелки к правой щеке. День назад появилась припухлость щеки справа. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,9*С. Конфигурация лица изменена за счёт отёка мягких тканей щёчной и подглазничной области справа. Кожа в области отёка слегка гиперемирована, мягкая, легко собирается в складку, пальпация её слабо болезненная. В полости рта коронка 5.4 разрушена, зуб лечен три года назад по поводу пульпита методом витальной ампутации, подвижен, перкуссия 5.4 нерезко болезненная. 5.3 и 5.5 интактные, перкуссия их безболезненная, подвижности не определяется. Переходная складка в области 5.4 сглажена за счёт отёчности и инфильтрации, гиперемирована, болезненная, флюктуирует.</p>

		С нёбной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	К04.7 Периапикальный абсцесс без полости. (Острый гнойный периостит верхней челюсти справа одонтогенной этиологии. Зуб 5.4 - обострение хронического периодонтита)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	2	Назначьте дополнительные методы обследования. Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	1. Клинический анализ крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ 2. Внутриротовая прицельная рентгенограмма: разрежение костной ткани в области верхушек и фуркации 5.4, резорбция корней на половину длины и более, может быть нарушение целостности отграничительной пластинка зачатка 1.4. Таким образом, имеются признаки патологической резорбции.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
Э	-	Дифференциальная диагностика проводится с остеомиелитом верхней челюсти справа. При остеомиелите общее состояние ребёнка тяжёлое, температура выше 38*С, имеются все признаки интоксикации: озноб, головная боль, слабость. В полости рта: подвижность 5.5, 5.4, 5.3, а также воспалительный инфильтрат с вестибулярной и оральной сторон альвеолярного отростка.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Ваш план лечения
Э	-	1. Хирургическая помощь в полном объёме: под местной или общей (в стационаре) анестезией вскрытие поднадкостничного абсцесса и удаление зуба 5.4 2. Антибактериальная терапия курсом 5-7 дней (Амоксиклав по 625,0 внутрь два раза в день) 3. Антигистаминный препарат (фенкарол по 0,025 1 раз в день) курсом 5-7 дней 4. Общеукрепляющая терапия и витамины: глюконат кальция 10% по 3 мл внутримышечно раз в день, 5 инъекций на курс; затем перейти на таблетированную форму – по 0,2 четыре раза в день в течение 2-х недель; аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день после еды курсом 3 недели. 5. Дезинтоксикационная терапия (в стационаре внутривенно капельно 5% р-р глюкозы по 400 мл в течение 2-3 дней) 6. Физиотерапия: УВЧ атермическая доза по 7 минут, № 3 сеанса через день (при стихании воспалительных явлений)

P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>017</b>
		Ребёнку 9 лет. Жалуется на появление боли и припухлости в поднижнечелюстной области слева, появившиеся 3 дня назад на фоне герпетических высыпаний в области левого угла рта. При осмотре выявляются герпетические высыпания на стадии эрозий и корочек в углах рта. В поднижнечелюстной области слева имеется припухлость, кожа в цвете не изменена, легко собирается в складку. При пальпации определяется подвижное образование округлой формы с чёткими границами, мягко-эластичной консистенции, размером с крупную фасоль, слабоблезненное при пальпации. Температура тела 37,4*С
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Поставьте предварительный диагноз</b>
<b>Э</b>	<b>-</b>	<b>В00.8 - Другие формы герпетических инфекций</b> <b>Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области слева вирусной этиологии (постинфекционный)</b>
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Проведите дополнительные методы обследования, укажите ожидаемые результаты.</b>
<b>Э</b>	<b>-</b>	<b>В клиническом анализе крови ожидается незначительный либо умеренно выраженный лейкоцитоз.</b>
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Проведите дифференциальную диагностику.</b>
<b>Э</b>	<b>-</b>	<b>Дифференциальная диагностика проводится с острым гнойным лимфаденитом, при котором возможны жалобы на пульсирующие боли в области поражённого лимфоузла, гиперемия кожи над припухлостью, которая не собирается в складку. Пальпаторно определяется резко болезненное образование без четких границ. Возможно определение очага размягчения в центре образования.</b>
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>Составьте план лечения.</b>
<b>Э</b>	<b>-</b>	<b>Лечение проводится амбулаторно: аппликации противовирусных мазей на кожу в области угла рта слева, противовоспалительные повязки на область поражённого лимфоузла (бутадионовая мазь с 5% р-ром димексида). Для общего лечения назначить антигистаминные (фенкарол по 0,025 один раз в день курсом 5 дней), общеукрепляющие (глюконат кальция по 0,2 три раза в день курсом 2-3 недели, аскорутин по 2 таблетки 3 раза в день курсом 2 недели), иммуностимуляторы («Деринат» по 2-3 капли закапывать в каждую ноздрю 3-4 раза в день</b>

		курсом 2-3 недели). Физиотерапия (при нормализации температуры и стихании явлений острого воспаления) – УФО, УВЧ атермические дозы и др.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>018</b>
		Больной Б., 17 лет, обратился к врачу-ортодонт по поводу эстетического дефекта в переднем отделе верхней челюсти. Врач обнаружил скученность зубов, гиперемия слизистой оболочки десны переднего отдела верхней челюсти, пародонтальные карманы до 3 мм в области передней группы зубов верхней челюсти, низкое прикрепление уздечки верхней губы.
<b>В</b>	<b>1</b>	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	K05.3 Хронический пародонтит (Локализованный пародонтит легкой степени тяжести).
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	1. Рентгенологическое исследование (ОПГ, КТ, ТРГ) 2. Консультация пародонтолога. 3. Консультация челюстно-лицевого хирурга.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	Составьте план лечения.
Э	-	1. Проведение профессиональной гигиены полости рта с помощью ультразвукового оборудования. Промыть пародонтальные карманы 0,05% р-ом хлоргексидина. Нанести на десны гель «Метрогил – Дента» 2. Направить на консультацию к пародонтологу. 3. Рекомендовать: ротовые ванночки с 0,05% р-мо хлоргексидина 2 раза в день после чистки зубов, гиоксизоновую мазь 2 раза в день после чистки зубов. 4. Направление к хирургу для проведения пластики уздечки верхней губы. 5. Направление к ортодонт для установления ортодонтической конструкции.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>4</b>	Опишите рентгенограмму при данной патологии.
Э	-	1. Отмечается начальная степень деструкции костной ткани межзубных перегородок (разволокнение или исчезновение замыкающих пластинок, явление остеопороза, незначительное снижение высоты межзубных

		перегородок – менее 1/3)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	<b>-</b>	<b>019</b>
		<p>Мальчик, 13 лет, обратился с жалобами на задержку прорезывания зуба и припухлость в области верхней челюсти справа. При осмотре отмечается выбухание костной ткани в области верхней челюсти справа от зуба 1.2 до зуба 1.6 с чёткими границами, покрытое неизменённой слизистой оболочкой. При пальпации, которая болезненная, отмечается податливость костной ткани (симптом «резиновой игрушки»). На ортопантограмме определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с чёткими контурами и однородной рентгенологической плотностью от зуба 1.2 до 1.6. Зуб 1.3 дистопирован и ретинирован, коронка 1.3 проецируется на очаг деструкции, 1.5 дистопирован, корень 1.4 с нечеткой периодонтальной щелью проецируется на очаг деструкции, 5.5 с пломбой ( лечен по поводу осложнённого кариеса), дно правого верхнечелюстного синуса отодвинуто вверх и прозрачность его нарушена.</p>
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Поставьте предварительный диагноз.</b>
Э	-	<p>К04.82 киста воспалительная парадентальная (Одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти справа)  К04.5 - Хронический апикальный периодонтит 5.5 (Хронический периодонтит 5.5)  К07.3 – Аномалии положения зубов 1.3 и 1.5 ( дистопия и ретенция 1.3, дистопия 1.5)</p>
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Проведите дифференциальную диагностику.</b>
Э	-	<p>1. С адамантиномой: отсутствие связи с осложнённым кариесом, многокамерное строение, отсутствие строго очерченных границ.  2. С фолликулярной кистой: содержит в себе интактный зуб или его коронковую часть, развитие данной кисты не связано с осложнённым кариесом.  3. С фиброзной дисплазией: заболевание врождённое, образование всегда плотное (отсутствие симптома «резиновой игрушки»).  4. С гигантоклеточной опухолью: пунктат бурый или желтоватый, может быть примесь крови, не опалесцирует (не содержит зёрна холестерина).  5. С внутрикостной ангиодисплазией: поражение слизистой оболочки, нет чётких контуров пораженного участка и крупнопетлистый рисунок костной ткани на рентгенограмме, в пунктате кровь.</p>
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Этиопатогенез данного заболевания.</b>

Э	-	Причиной развития одонтогенной воспалительной кисты явился хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба 5.5, который ранее был лечен по поводу осложнённого кариеса. Продукты воспаления химически и механически раздражают эпителиальные элементы Малассе периодонта, стимулируя их активный митоз, в результате образуются микроскопические полости, наполняющиеся трансудатом, повышается давление в них. Это приводит сначала к образованию кистогранулёмы, а затем – кисты, которая увеличивается, усиливается давление на костную ткань. Как результат – атрофия губчатого вещества кости, а затем и надкостницы.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Определите лечебную тактику.
Э	-	Лечение данного ребёнка проводится в стационаре. Планируется цистэктомия с верхнечелюстной синусотомией и удалением причинного зуба 5.5. Вопрос о сохранении 1.4 и 1.5 решается во время операции.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	5	Как и кем ставится окончательный диагноз?
Э	-	Заключительный диагноз ставится челюстно-лицевым хирургом после патогистологического исследования операционного материала (оболочки кисты).
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
<b>Н</b>	-	<b>020</b>
		Мальчик, 12 лет обратился с жалобами на появление асимметрии лица за счёт припухлости в щёчной области слева. Кожа в цвете не изменена, легко собирается в складку. Пальпация мягких тканей щеки и поднижнечелюстной области слева безболезненная. В полости рта: деформация альвеолярного отростка нижней челюсти слева в виде выбухания с чёткими контурами округлой формы протяжённостью от зуба 3.3 до зуба 3.6. Слизистая оболочка в области выбухания бледно-розовая, пальпация её безболезненная, в центре определяется участок податливости костной ткани (симптом «резиновой игрушки»). Зуб 7.5 розового цвета и с большой пломбой.
В	1	Ваш предположительный диагноз.
Э	-	K04.82 киста воспалительная парадентальная (Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти слева) K04.5 - Хронический апикальный периодонтит 7.5 (Хронический периодонтит 7.5)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен

В	2	Назовите метод рентгенологического обследования и опишите предполагаемую рентгенологическую картину.
Э	-	Ортопантограмма. Очаг разрежения костной ткани округлой формы с чёткими контурами, однородной рентгенологической плотностью. Граница очага, возможно, доходит до края челюсти. Дистопия и ретенция 3.5, коронка которого проецируется на очаг деструкции. Зуб 3.4 дистопирован, периодонтальная щель с дистальной стороны корня не определяется.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	3	Уточните диагноз после описания рентгенограммы.
Э	-	К04.82 киста воспалительная парадентальная (Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти слева) К04.5 - Хронический апикальный периодонтит 7.5 (Хронический периодонтит 7.5) К07.3 – Аномалии положения зубов 3.4 и 3.5 ( дистопия и ретенция 3.5, дистопия 3.4)
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	4	Укажите вид хирургического лечения. Обоснуйте.
Э	-	Цистотомия с удалением причинного зуба 7.5. Обоснование – необходимость сохранить зачаток зуба 3.5, большой размер кисты.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен
В	5	Какие осложнения возможны во время операции и в постоперационном периоде?
Э	-	Кровотечение при травме сосудисто-нервного пучка, а так же, как следствие, нарушение двигательной и чувствительной зоны иннервации n.mandibularis. Возможна травма зачатка 5.5 и последующее его удаление. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты.
P2	-	Ответ получен полностью
P1	-	Ответ получен частично
P0	-	Ответ не получен

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-7	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся



Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1 ПК-7	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.