

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Стоматология детская

по специальности: 31.08.76 стоматология детская

№ п / п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России и профилактика стоматологических заболеваний у детей	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11 ПК-12 ПК-13	<p>Знать: основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; общие вопросы организации стоматологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; этапы развития стоматологии детского возраста, роль ведущих ученых в развитии дисциплины; принципы оборудования стоматологического кабинета и обеспечения его функционирования; методы обследования детей на стоматологическом приеме, правила деонтологии, заполнения истории болезни; принципы гигиены полости рта; методы и принципы профилактики стоматологических заболеваний</p> <p>Уметь: провести всестороннее клиническое стоматологическое обследование ребёнка, на основании составить план лечебно-профилактических мероприятий; использовать деонтологические навыки; проводить стоматологическое просвещение (в т.ч. урок гигиены в школьном и дошкольном учреждении)</p> <p>Владеть: методикой оценки психосоматического состояния больного перед началом манипуляций; организацией рабочего места в стоматологическом кабинете; навыками эксплуатации стоматологического оборудования, диагностических и лечебных аппаратов, используемых в работе детского стоматолога; методикой проведения стоматологического осмотра первичного пациента, определения ведущей и сопутствующей стоматологической патологии, составления плана лечебно-профилактических мероприятий; методикой соблюдения правил асептики и антисептики в клинике детской стоматологии и профилактики распространения инфекционных заболеваний; методикой и техникой проведения профессиональной гигиены полости рта, обучения гигиене полости</p>	Тестовые задания	116
				Комплект вопросов для собеседования	13
				Комплект ситуационных задач	4

			рта, контролируемой чистки зубов; методикой и техникой проведения дополнительных методов обследования при диагностике стоматологических заболеваний у детей.		
2	Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-13	<p>Знать: Этиопатогенез, классификацию кариеса; принципы и последовательность препарирования полостей в твердых тканях зуба; принципы раскрытия полости зуба и трепанации коронок интактных зубов; методы инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов; классификацию, состав, свойства, назначение пломбировочных материалов; теории возникновения, патогенез кариеса зубов, патанатомию, клинику, дифференциальную диагностику, методы лечения и профилактики кариеса временных и постоянных зубов; классификацию, этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, современные методы лечения пульпитов и периодонтитов у детей во временных и постоянных зубах со сформированными и несформированными корнями; ошибки и осложнения, возникшие при лечении кариеса, пульпита, периодонтита, их устранение, предупреждение и лечение; классификацию, этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики заболеваний пародонта и слизистой оболочки у детей; принципы стоматологической диспансеризации детского населения.</p> <p>Уметь: определить показания к госпитализации и трудоспособность; на основании всестороннего клинического стоматологического обследования ребёнка определить ведущий стоматологический диагноз, сопутствующий стоматологический диагноз, общесоматическое состояние пациента, этиологические факторы риска стоматологической патологии; составить план лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, в том числе консультаций других специалистов, избегая необоснованных и опасных лечебно-диагностических процедур; верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших на прием в поликлинику и/или в стационар; квалифицированно осуществлять эффективное и безопасное лечение стоматологических</p>	Тестовые задания Комплект вопросов для собеседования Комплект ситуационных задач	170 20 16

			<p>заболеваний у ребёнка в соответствии с намеченным планом лечебно-профилактических мероприятий, включая местное и общее лечение; диагностировать патологию у ребёнка с острой болью и квалифицированно оказать неотложную стоматологическую помощь; оформить медицинскую документацию; формировать диспансерные группы, проводить диспансеризацию.</p> <p>– Владеть: техникой препарирования и пломбирования кариозных полостей временных и постоянных зубов; методикой применения пломбировочных и лекарственных препаратов при лечении некариозных поражений зубов, кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей; техникой эндодонтической работы во временных и постоянных зубах в зависимости от стадии развития корня; методикой и техникой проведения местного лечения при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей; техникой шинирования в пределах зубного ряда при травме зуба; чтением рентгенограмм челюстно-лицевой области; техникой проведения операций при заболеваниях пародонта; методикой и техникой проведения склерозирующей терапии при лечении гипертрофического гингивита; методикой и техникой проведения дополнительных методов обследования при диагностике стоматологических заболеваний у детей.</p>		
3	Раздел 3. Детская хирургическая стоматология	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11, ПК-12, ПК-13	<p>Знать: общие вопросы организации стоматологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; влияние возрастных особенностей на течение воспалительных процессов в челюстно-лицевой области и их исход; показания и противопоказания к операции удаления временных и постоянных зубов у детей и подростков; местные осложнения во время и после удаления зубов, меры по их предупреждению и устранению возникших осложнений; классификацию воспалительных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области, этиологию, патогенез, патанатомию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и их лечение; принципы местного обезболивания при удалении зубов и проведении амбулаторных операций; основы неотложной реаниматологии на стоматологическом приеме детей и подростков.</p> <p>Уметь: провести всестороннее клиническое стоматологическое обследование ребёнка; определить, верифицировать или уточнить диагноз стоматологической патологии; определить показания</p>	Тестовые задания Комплект вопросов для собеседования Комплект ситуационных задач	70 10 5

			<p>для плановой или срочной госпитализации; провести местное обезболивание, удаление зуба, амбулаторную операцию,</p> <p>Владеть: техникой местного обезболивания, удаления молочных и постоянных зубов, проведения амбулаторных операций, шинирования челюстей в пределах зубного ряда; навыками оказания неотложной помощи; техникой пункционной и инцизионной биопсии</p>		
4	Раздел 4. Челюстно-лицевая хирургия детского возраста	<p>УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11, ПК-12, ПК-13</p>	<p>Знать: анатомо-физиологические особенности детского организма в общем и челюстно-лицевой области в частности, пути распространения одонтогенной инфекции, показания для госпитализации в отделение ЧЛХ ОДКБ, организацию работы отделения ЧЛХ, принципы лечения воспалительных заболеваний ЧЛЮ, опухолей и опухолеподобных состояний, врожденной патологии ЧЛЮ у детей в условиях стационара; основные оперативные методики челюстно-лицевой хирургии у детей; принципы и этапы реабилитации детей с заболеваниями и врожденной патологией ЧЛЮ; принципы работы оперблока и ЦСО в ОДКБ.</p> <p>Уметь: провести стоматологическое обследование ребёнка с целью диагностики хирургической патологии ЧЛЮ, дифференцировать диагноз, составить план лечения, определить возможные осложнения и пути их предупреждения, провести перевязку ребёнка после проведённого оперативного вмешательства; ассистировать челюстно-лицевому хирургу при проведении операции; читать рентгенограммы; оформлять историю болезни стационарного больного.</p> <p>Владеть: методами обследования стоматологического больного в условиях стационара, методикой постановки диагноза и дифференциальной диагностики хирургической патологии челюстно-лицевой области.</p>	<p>Тестовые задания</p> <p>Комплект вопросов для собеседования</p> <p>Комплект ситуационных задач</p>	<p>40</p> <p>7</p> <p>7</p>

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

№	Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, на формирование которой направлено тестовое задание
Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России и профилактика стоматологических заболеваний у детей		
1.	Группа методов стерилизации, которые относятся к физическим методам А) холодная стерилизация, автоклавирование, ультразвуковой метод Б) сухожаровой метод, автоклавирование, стерилизация гамма-излучением В) стерилизация ядовитыми газами, холодная стерилизация, автоклавирование	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	Метод стерилизации перевязочного материала А) автоклавирование Б) сухожаровой метод В) гамма-излучение Г) ультразвуковой метод	
3.	Порядок обработки стоматологического инструментария после приёма пациента и подготовка его к работе А) промывание под проточной водой с применением механического очищения щётками, дезинфекция, стерилизация Б) дезинфекция, промывание под проточной водой с применением механического очищения щётками, ополаскивание дистиллированной водой, высушивание, стерилизация В) механическое очищение щётками с промыванием и ополаскиванием дистиллированной водой, дезинфекция, высушивание, стерилизация	
4.	Необходимое условие для правильной организации диспансеризации детского населения у стоматолога А) достаточное количество штатных врачебных единиц у детской стоматологической поликлиники района Б) участковый принцип организации работы детского стоматолога В) наличие во всех школах зубоврачебного кабинета	
5.	Диспансерные сроки наблюдения школьников с декомпенсированной формой кариеса А) 1-2 раза в год Б) 3-4 раза в год В) 4-6 раз в год. Г) 6-12 раз в год	
6.	Первую кафедру стоматологии детского возраста в СССР возглавил А) А.А.Колесов Б) Т.Ф.Виноградова В) А.А.Лимберг	

	Г) А.И.Евдокимов
7.	Впервые в нашей стране (и в мире) предложил проводить плановую функцию полости рта детей-учащихся А) А.К. Лимберг Б) А.А. Лимберг В) Н.И.Агапов Г) А.И.Евдокимов
8.	Сроки диспансерного наблюдения детей с компенсированной формой приеса А) 1-2 раза в год Б) раз в 3-4 месяца В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в месяц
9.	Главная цель стоматологической диспансеризации детского населения А) предупредить развитие осложнений основных стоматологических заболеваний Б) выделить группы риска по основным стоматологическим заболеваниям В) вырастить ребёнка со здоровыми органами полости рта и всей челюстно-лицевой области
10.	Стерилизацию стоматологического инструментария в ЦСО проводит А) дежурный врач Б) санитарка В) эпидемиолог Г) медсестра
11.	Паспортную часть амбулаторной карты стоматологического больного обязан заполнить А) медрегистратор Б) медсестра В) дежурный врач Г) санитарка
12.	Запись, регистрирующая результат основных методов обследования, в амбулаторной карте производится в следующем порядке А) анамнез заболевания, анамнез жизни, жалобы, объективно Б) жалобы, объективно, анамнез заболевания, анамнез жизни В) анамнез заболевания, жалобы, анамнез жизни, объективно Г) жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективно
13.	Ампутационный метод лечения молочных зубов впервые в нашей стране предложил А) М.М.Чемоданов Б) А.К.Лимберг В) А.А.Лимберг Г) П.Г.Дауге
14.	Первая кафедра челюстно-лицевой хирургии под руководством А.К.Лимберга в нашей стране была организована при А) Московском университете Б) Казанском университете В) Женском медицинском институте в Санкт-Петербурге Г) Медико-хирургической академии
15.	Созданную в мае 1918 года секцию зубопротезирования при Наркомздраве возглавил А) В.А.Дубровин

	Б) П.Г.Дауге В) А.А.Лимберг Г) Н.И.Агапов
16.	Первый уровень стоматологической помощи детям А) лечебно-консультативная помощь Б) профилактическая помощь В) неотложная помощь Г) специализированная помощь
17.	Второй уровень стоматологической помощи детям А) лечебно-консультативная помощь Б) профилактическая помощь В) неотложная помощь Г) специализированная помощь
18.	Третий уровень стоматологической помощи детям А) лечебно-консультативная помощь Б) профилактическая помощь В) неотложная помощь Г) специализированная помощь
19.	Школьный стоматологический кабинет и гигиенический кабинет в детской стоматологической поликлинике – учреждения уровня стоматологической помощи детям А) первого Б) второго В) третьего
20.	Лечебно-консультативную помощь – третий уровень стоматологической помощи детям – осуществляет в А) школьных стоматологических кабинетах Б) детских отделениях стоматологических поликлиник В) детских городских и областных поликлиниках, клиниках ВУЗов и НИИ, отделениях ЧЛХ областных и республиканских детских многопрофильных больниц
21.	22. Какой детский возраст называется дошкольным? А) от рождения до 3-х лет Б) от 1 года до 3-х лет В) от 1 года до 6-ти лет Г) от 3 до 6 лет
23.	Основные методы обследования стоматологического больного является А) опрос и объективный осмотр Б) опрос и рентгенологическое обследование В) осмотр и рентгенологическое обследование Г) лабораторные методы исследования
24.	Осмотр полости рта начинается с осмотра А) языка и нёба Б) регистрации зубов и зубных рядов В) преддверия полости рта Г) ротоглотки
25.	В каком порядке производится запись в амбулаторной карте (истории болезни) пациента, регистрирующая результаты основных методов обследования? А) объективно, жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания

	<p>Б) анамнез заболевания, жалобы, объективно, анамнез жизни В) жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективно Г) анамнез жизни, жалобы, анамнез заболевания, объективно</p>
26.	<p>Какая окраска слизистой оболочки полости рта у ребёнка является физиологической? А) розовая Б) розовая с желтушным оттенком В) бледно-розовая с синюшным оттенком Г) тёмно-бордовая</p>
27.	<p>Какой раствор используется для определения индекса РМА? А) раствор Шиллера-Писарева или люголь Б) любой краситель В) спиртовая настойка йода Г) колор-тест №3</p>
28.	<p>КПИ Леуса определяется с помощью А) окрашивания зубов красителем Б) обычного стоматологического набора инструментов В) градуированного зонда Г) градуированной гладилки</p>
29.	<p>Какое утверждение верно? А) КПИ Леуса определяется у ребёнка в возрасте от 3-х до 18 лет Б) КПИ Леуса не определяют у детей до 7-ми летнего возраста В) КПИ Леуса определяется только у детей дошкольного возраста</p>
30.	<p>Какой из ниже перечисленных индексов является показателем тяжёлого гингивита? А) РМА Б) КПИ В) КПУ Г) СРITN</p>
31.	<p>При определении ИГ по Грину-Вермиллиону окрашиваются: А) вестибулярные поверхности передней группы зубов Б) язычные поверхности зубов 16, 26, 11, 21, 31, 41 В) вестибулярные поверхности зубов 16, 11, 26, 41 и язычные поверхности 36 и 46 Г) зубы 16, 11, 41, 36, 31, 44</p>
32.	<p>Общий фактор риска развития заболеваний пародонта у детей А) инфантильное глотание Б) ротовое дыхание В) плохая гигиена полости рта Г) эндокринная патология</p>
33.	<p>К индивидуальной профилактике заболеваний пародонта в детском возрасте не относится А) профилактика вредных привычек Б) искусственное вскармливание В) миогимнастика с целью нормализации функции жевательных мышц Г) использование трейнера при инфантильном глотании.</p>
34.	<p>Вязкость слюны обусловлена А) высоким процентным содержанием воды в слюне Б) низким процентным содержанием воды в слюне В) наличием муцина и мицеллярной структурой слюны Г) присутствием антител в слюне</p>

35.	Плотный зубной налёт можно выявить при А) клиническом осмотре Б) зондировании только В) помощи высушивания и окрашивания Г) люминисцентном обследовании
36.	Краситель, используемый для определения гигиенического состояния полости рта по Рамфьорду А) метиленовый синий Б) эритрозин В) бисмарк коричневый Г) фуксин
37.	Краситель, используемый для определения гигиенического состояния полости рта по Кузьминой А) фуксин Б) эритрозин В) метиленовая синь Г) никакой
38.	Степень активности кариеса у ребёнка 6 лет по Виноградовой, если КПУз+кп=4+2? А) компенсированная Б) субкомпенсированная В) декомпенсированная
39.	Если редукция кариеса в исследуемой группе 50%, то А) проведённые профилактические мероприятия абсолютно неэффективны Б) прирост кариеса в исследуемой группе в 2 раза ниже, чем в контрольной В) прирост кариеса в исследуемой группе в 5 раз ниже, чем в контрольной Г) в контрольной группе нет прироста кариеса
40.	Если редукция кариеса в исследуемой группе 0%, то А) проведённые профилактические мероприятия абсолютно неэффективны Б) прирост кариеса в исследуемой группе в 2 раза ниже, чем в контрольной В) прирост кариеса в исследуемой группе в 5 раз ниже, чем в контрольной Г) в контрольной группе нет прироста кариеса
41.	Если в результате проведённых профилактических мероприятий в исследуемой группе отсутствует прирост кариеса, то чему равна редукция кариеса? А) 0% Б) 100% В) 50% Г) не определяется
42.	Если редукция кариеса в результате проведённых профилактических мероприятий 0%, то это означает А) данные профилактические мероприятия абсолютно неэффективны Б) прирост кариеса в исследуемой группе отсутствует В) в сравнении с контрольной группой в исследуемой выше прирост кариеса

43.	<p>Какой из ниже перечисленных методов исследования характеризует минерализующую способность слюны?</p> <p>А) ТЭР-тест по Окушко Б) КОСРЭ-тест В) лазерная рефлектометрия эмали Г) биопсия эмали</p>
44.	<p>Наиболее приемлемая группа препаратов для индивидуальной профилактики и общего лечения кариеса в дошкольном возрасте</p> <p>А) оротат калия, «Кальцинова», фторид натрия Б) йодид калия, глюконат кальция, аскорутин В) кальцийД3никомед, тиосульфат натрия, мультитабс Г) ибупрофен, фенкарол, веролекс</p>
45.	<p>С лечебной целью реминерализующую терапию проводят всегда</p> <p>А) декомпенсированной форме кариеса Б) начальном кариесе В) отсутствии кариеса Г) пятнистой форме гипоплазии эмали в старшем школьном возрасте</p>
46.	<p>Группа продуктов, которые повышают pH ротовой жидкости, из-за которыми и рекомендуется завершать приём пищи:</p> <p>А) миндаль, какао без сахара, сыр, зелёный чай Б) компот, кофе, мороженое, горох В) арахис, халва, чай, ванильный шоколад</p>
47.	<p>Препарат для ремтерапии по методике Пахомова</p> <p>А) 10% р-р глюконата кальция Б) 3% р-р ремодента В) беллагелем Са-Р Г) глюфторед</p>
48.	<p>Экзогенная безлекарственная профилактика кариеса</p> <p>А) активное жевание жёсткой пищи Б) чистка зубов зубной пастой со фтором в концентрации 2500ppm В) аппликация геля R.O.C.S. m.m. Г) аппликация фторлака</p>
49.	<p>Экзогенная безлекарственная профилактика кариеса</p> <p>А) аппликация фторлака Б) чистка зубов зубной пастой со фтором в концентрации 2500ppm В) аппликация геля R.O.C.S. m.m. Г) завершение приёма пищи продуктом, повышающим pH ротовой жидкости</p>
50.	<p>Экзогенная безлекарственная профилактика кариеса</p> <p>А) аппликация фторлака Б) чистка зубов гигиенической пастой В) аппликация геля R.O.C.S. m.m. Г) чистка зубов зубной пастой со фтором в концентрации 2500ppm</p>
51.	<p>Назначение препарата «Кальцинова» ребёнку дошкольного возраста в возрасте 2-3 недели является примером</p> <p>А) эндогенной лекарственной профилактики Б) эндогенной безлекарственной профилактики В) экзогенной безлекарственной профилактики Г) экзогенной лекарственной профилактики</p>

52.	<p>С целью профилактики кариеса рекомендуется назначать детям фториды натрия в регионах с пониженным содержанием фторидов в воде с</p> <p>А) 2-х лет Б) 6-ти лет В) 8-ми лет Г) 4-х лет</p>
53.	<p>Эффективность метода герметизации фиссур с целью профилактики кариеса</p> <p>А) мало эффективен Б) 40% редукции кариеса В) 95% редукции кариеса Г) 100% редукции кариеса</p>
54.	<p>«Зонами риска» в недавно прорезавшихся зубах являются:</p> <p>А) фиссуры, ямки, бугры Б) все естественные углубления: бороздки, ямки В) бугры, режцовый край, апроксимальная поверхность Г) вестибулярная поверхность</p>
55.	<p>Общим этиопатогенетическим фактором риска в возникновении кариеса является</p> <p>А) низкий уровень гигиены полости рта Б) сложная форма фиссур В) низкая активность лизоцима в слюне Г) гиперпаратиреоз</p>
56.	<p>Неверное утверждение</p> <p>А) пелликула имеет эмбриональную природу, быстро разрушается после резывания зуба и не имеет клинического значения Б) пелликула – ближайший к эмали прозрачный слой приобретённых зубных отложений, образуется после утраты кутикулы В) пелликула легко и быстро образуется на любой поверхности, помещённой в ротовую полость Г) в состав пелликулы входят гликопротеиды слюны, которые образуют защитный слой</p>
57.	<p>Зубные дуги у ребёнка 2,5-3-х лет имеют форму</p> <p>А) полуокружностей Б) полуэллипса В) параболы</p>
58.	<p>У 2-х летнего ребёнка резцы находятся на стадии</p> <p>А) роста корня в длину Б) формирования верхушек В) стабилизации корня Г) резорбции корня</p>
59.	<p>Первичная минерализация коронок первых постоянных моляров заканчивается к возрасту</p> <p>А) 3,5-4-х лет Б) 4,5-5-ти лет В) 6-7 лет Г) 2-3-м годам</p>
60.	<p>В норме соматическое глотание окончательно должно сформироваться к возрасту</p> <p>А) 1 года Б) 3-х лет</p>

	<p>В) 5-ти лет Г) 7-ти лет</p>
61.	<p>В чём заключается миогимнастика для нормализации функции глотания? А) проводятся упражнения, способствующие нормализации тонуса переднего и заднего отделов языка Б) проводятся упражнения для тренировки жевательной мускулатуры В) упражнения направлены на растяжение уздечки языка: «скачу на лошадке», «покрасить небо язычком», «сосчитать зубки» и т.п.</p>
62.	<p>Основными правилами организации занятий по миогимнастике являются А) наглядность, доступность, постепенность, систематичность выполнения упражнений Б) организация занятий в утренние часы + обязательное музыкальное сопровождение В) индивидуальная форма проведения занятий, наглядность и последовательность упражнений</p>
63.	<p>Дистальные поверхности вторых моляров 3-летнего ребёнка в норме располагаются А) в одной плоскости Б) с мезиальной ступенью В) с дистальной ступенью</p>
64.	<p>Короткая уздечка языка может привести к А) укорочению верхнего зубного ряда Б) укорочению нижнего зубного ряда В) расширению верхнего зубного ряда Г) расширению нижнего зубного ряда</p>
65.	<p>Широкая уздечка верхней губы и её низкое прикрепление могут привести к А) укорочению верхнего зубного ряда Б) сужению верхнего зубного ряда В) диастеме Г) расширению верхнего зубного ряда</p>
66.	<p>Правильное положение кончика языка в момент глотания А) между передними зубами Б) между боковыми зубами В) в области небной поверхности верхних фронтальных зубов Г) загибается назад к глотке</p>
67.	<p>Резцы нижней челюсти в норме контактируют с резцами верхней челюсти А) язычной поверхностью Б) режущим краем В) вестибулярной поверхностью Г) никак не контактируют</p>
68.	<p>Зубная дуга верхней челюсти А) больше альвеолярной дуги Б) меньше альвеолярной дуги В) равна альвеолярной дуге</p>
69.	<p>Зубная дуга нижней челюсти А) больше альвеолярной дуги Б) меньше альвеолярной дуги В) равна альвеолярной дуге</p>

70.	Базальная дуга нижней челюсти: А) меньше альвеолярной дуги Б) больше альвеолярной дуги В) равна альвеолярной дуге
71.	Мезиальная окклюзия характеризуется смещением боковых зубов: А) нижней челюсти назад Б) нижней челюсти вперёд В) верхней челюсти вперёд
72.	Первые резцы нижней челюсти в норме имеют по: А) одному антагонисту Б) два антагониста В) три антагониста
73.	В каком возрасте наиболее часто используется миогимнастика как профилактическое и лечебное мероприятие? А) преддошкольном Б) грудном В) младшем школьном Г) дошкольном
74.	Ключ окклюзии по Энгло – это смыкание: А) постоянных резцов верхней и нижней челюстей Б) вторых молочных моляров верхней и нижней челюстей В) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей Г) первых молочных моляров верхней и нижней челюстей
75.	Лингвоокклюзия - это смещение: А) верхних боковых зубов орально Б) передних зубов орально В) верхних боковых зубов щёчно Г) нижних боковых зубов орально
76.	Глубокая резцовая окклюзия относится к аномалиям окклюзии в плоскости А) саггитальной Б) трансверзальной В) вертикальной
77.	Какой индекс гигиены (по автору) определяют у ребёнка 1,5 лет в полости рта? А) по Кузьминой Б) по Фёдорову-Володкиной В) по Грину-Вермиллиону Г) по Рамфьорду
78.	С какого возраста в полости рта у ребёнка определяется индекс гигиены по Кузьминой? А) с рождения Б) с момента прорезывания первого молочного зуба до 3-х лет В) с 3-х до 6-ти лет Г) от 1 года до 7 лет
79.	Для определения индекса гигиены полости рта по Рамфьорду используется краситель А) метиленовый синий

	Б) эритрозин В) фуксин Г) бисмарка коричневый
80.	Что из ниже перечисленного не является предметом гигиены? А) зубная щётка Б) зубная нить В) зубной эликсир Г) зубочистка
81.	Какая из ниже перечисленных зубных паст относится к группе гигиенических? А) «Новый жемчуг» Б) «Мятная» В) R.O.C.S. для взрослых Г) «Пародонтол»
82.	Какая из ниже перечисленных зубных паст содержит хлоргексидин? А) «Лакалют» Б) R.O.C.S. baby В) «Кедровый бальзам» Г) «Новый жемчуг»
83.	Средством гигиены полости рта является А) зубная нить Б) ирригатор В) эликсир Г) зубная щётка
84.	Предметом гигиены для полости рта является А) ополаскиватель Б) зубной порошок В) скребок для языка Г) зубная паста
85.	Если в состав зубной пасты входят два или более лечебно-профилактических компонента, направленных на лечение и профилактику одного и того же вида патологии, то она относится к А) комбинированному Б) комплексному В) гигиеническому Г) специальному
86.	Если в состав зубной пасты входит один или более лечебно-профилактических компонентов, действующих на различные виды патологии, то такая зубная паста является А) комбинированной Б) комплексной В) сочетанной Г) специальной
87.	Группа веществ, в которую входят только абразивы для зубных паст А) карбонат кальция, сорбитол, лаурилсульфат натрия Б) трикальций фосфат, силикат циркония, полимерные соединения метакрилата В) пирофосфат кальция, хлорид кальция, формалин Г) гидроокись алюминия, ксилитол, бромелаин
88.	Группа веществ, в которую включены только ферменты (для зубных паст)

	<p>паст):</p> <p>А) каррагенат натрия, лизоцим, декстран Б) триклозан, хлорофилл, декстраназа В) бромелаин, папаин, лизоцим Г) пантотеновая кислота, трипсин, панкреатин</p>	
89.	<p>Ализариновое масло в составе зубной пасты выполняет функцию</p> <p>А) гелеобразующего вещества Б) фермента В) абразива Г) поверхностно-активного вещества</p>	
90.	<p>Роль поверхностно-активного вещества в составе зубной пасты вы ет</p> <p>А) ализариновое масло Б) бромелаин В) пирофосфат Г) триклозан</p>	
91.	<p>В качестве лечебно-профилактической добавки в состав зубной паст может входить</p> <p>А) диоксид кремния Б) лаурилсаркозинат натрия В) гидроксиапатит Г) карбонат кальция</p>	
92.	<p>Ментол в составе зубной пасты выполняет роль</p> <p>А) отдушки Б) консерванта В) гелеобразующего вещества Г) увлажнителя</p>	
93.	<p>Метод чистки зубов мануальной зубной щёткой, при котором все п ности зубов очищают круговыми движениями</p> <p>А) Леонарда Б) Фонеса В) Пахомова Г) Чартера</p>	
94.	<p>Метод чистки зубов мануальной зубной щёткой, при котором дви жётки повторяют путь пищи во время жевания (т.е. от жевательной верхности зуба к десне)</p> <p>А) Рейте Б) Пахомова В) Чартера Г) Смита-Белла</p>	
95.	<p>При стандартном методе чистки зубов на каждый зуб производится чество движений зубной щёткой</p> <p>А) 2-4 Б) 4-6 В) 12-14 Г) 100-120</p>	
96.	<p>Противопоказание к использованию ультразвуковых и звуковых с ров для удаления зубных отложений</p>	

	<p>А) хронический дуоденит Б) нейродермит В) перенесённое 2 недели назад ОРВИ Г) эпилепсия</p>
97.	<p>Какой лекарственный препарат применяют для определения индекса SPITN? А) р-р бисмарка коричневого Б) любой краситель В) фуксин Г) никакой</p>
98.	<p>Цель комплексной программы стоматологической профилактики А) улучшение демографической ситуации Б) фторирование воды, молока, соли В) улучшение стоматологического здоровья популяции Г) профилактика осложнённого кариеса в детском коллективе</p>
99.	<p>Основным исполнителем при реализации групповой программы стоматологической профилактики является А) средний медперсонал, педагог, воспитатель Б) исключительно только стоматолог В) только средний медперсонал стоматологической поликлиники Г) средний медперсонал районной детской поликлиники</p>
100.	<p>Эффективность программ профилактики кариеса зубов в популяции оценивается через А) 5, 10, 15, 20 лет Б) 1, 2, 3, 4 года В) каждые три года Г) каждые полгода</p>
101.	<p>Для планирования программы профилактики стоматологических заболеваний наиболее важной является информация о А) динамике демографических процессов в регионе Б) стоматологической заболеваемости населения В) состоянии окружающей среды Г) имеющемся персонале и материальных ресурсах</p>
102.	<p>При проведении эпидемиологического стоматологического обследования детского населения обследуют детей в возрасте А) 6, 12, 15 лет Б) 6, 9, 12 лет В) 9, 12, 15 лет</p>
103.	<p>ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое обследование один раз в А) год Б) 2 года В) 3 года Г) 5 лет</p>
104.	<p>Калибровка специалистов при эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период А) подготовительный Б) обследования В) подведения итогов</p>
105.	<p>Ключевой возрастной группой для оценки состояния постоянных зубов</p>

	<p>является возраст</p> <p>А) 6 лет Б) 12 лет В) 15 лет Г) 17 лет</p>
106.	<p>Ключевой возрастной группой для оценки состояния тканей пародонта является возраст</p> <p>А) 6 лет Б) 12 лет В) 15 лет Г) 17 лет</p>
107.	<p>Методы стоматологического просвещения</p> <p>А) беседы, лекции, газеты, журналы Б) книги, брошюры, видеофильмы В) беседы, лекции, семинары, уроки здоровья, игры Г) реклама на радио и ТВ, игры, дискуссии, плакаты</p>
108.	<p>Средством просвещения является</p> <p>А) книга, брошюра, памятка Б) плакат, газета, журнал В) видеофильм, реклама Г) всё перечисленное</p>
109.	<p>Пассивным методом стоматологического просвещения является</p> <p>А) беседа Б) упражнение В) иллюстрация Г) игра</p>
110.	<p>Объективный метод оценки эффективности стоматологического просвещения</p> <p>А) анкетирование Б) регистрация показателей стоматологического статуса популяции в эпидемиологическом осмотре</p>
111.	<p>Организация какого профилактического мероприятия должна решаться на учрежденческом уровне (т.е. на уровне МЛПУ)?</p> <p>А) централизованное фторирование воды Б) фторирование пищевых продуктов (соли и молока) В) гигиеническое воспитание населения</p>
112.	<p>Активный метод стоматологического просвещения</p> <p>А) упражнение Б) иллюстрация В) лекция Г) демонстрация</p>
113.	<p>Активный метод стоматологического просвещения</p> <p>А) лекция Б) иллюстрация В) игра Г) демонстрация</p>
114.	<p>Этапы выработки полезной привычки (проведения рациональной гигиены полости рта, например)</p> <p>А) знание, навык, понимание, убеждение, привычка</p>

	<p>Б) убеждение, понимание, знание, навык, привычка В) понимание, убеждение, знание, навык, привычка Г) знание, понимание, убеждение, навык, привычка</p>	
115.	<p>Наиболее выраженным кариесогенным свойством из углеводов обладают А) сахароза Б) фруктоза В) галактоза Г) ксилит</p>	
116.	<p>С целью профилактики кариеса у детей родителям следует рекомендовать замену сахарозы в пищевом рационе на А) глюкозу Б) ксилит или маннит В) патоку Г) декстрозу</p>	
Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология		
1.	<p>Первые признаки начала развития зубов у человека становятся заметными на А) 3-4-й неделе эмбрионального развития Б) 6-7-й неделе эмбрионального развития В) 8-9-й неделе эмбрионального развития Г) 9-10-й неделе эмбрионального развития</p>	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
2.	<p>Мезенхима, дающая начало зубным сосочкам, начинает вращать в эмалевый орган будущего молочного зуба на А) 4-й неделе эмбрионального развития Б) 6-й неделе эмбрионального развития В) 7-й неделе эмбрионального развития Г) 10-й неделе эмбрионального развития</p>	
3.	<p>Период гистогенеза тканей молочных зубов начинается на А) первом месяце эмбрионального развития Б) втором месяце эмбрионального развития В) третьем месяце эмбрионального развития Г) четвёртом месяце эмбрионального развития</p>	
4.	<p>Обызвествление зачатков молочных зубов начинается А) со второго месяца эмбрионального развития Б) с пятого эмбрионального развития В) с восьмого эмбрионального развития Г) после рождения</p>	
5.	<p>Формирование лица и сращение тканей по наследственно направленным линиям заканчиваются к А) 7-й неделе эмбрионального развития Б) 3-й неделе эмбрионального развития В) 9-й неделе эмбрионального развития Г) 17-й неделе эмбрионального развития</p>	
6.	<p>Период новорождённости начинается от первого вдоха ребенка и продолжается А) одну неделю Б) четыре недели В) восемь недель Г) три месяца</p>	
7.	<p>Вес ребёнка к концу первого года жизни от рождения</p>	

	<p>А) удваивается Б) утраивается В) увеличивается на половину Г) увеличивается на треть</p>
8.	<p>Ребёнок осваивает речь, формируя многословные предложения к возрасту А) 2,5-3 года Б) 1-1,5 года В) 4-5 лет Г) 6 лет</p>
9.	<p>Периоды активного роста лицевого скелета: А) от рождения до 6 мес., от 3 до 4 лет, от 7 до 11 лет Б) от рождения до 12 мес., от 5 до 6 лет, от 11 до 16 лет В) от 1 года до 3-х лет, от 7 до 9 лет, от 15 до 18 лет Г) от 6 мес. до 8 мес., от 6 до 7 лет, от 12 до 14 лет</p>
10.	<p>У новорождённого отсутствует носовой ход А) верхний Б) средний В) нижний</p>
11.	<p>Последовательность стадий состояния корня молочного зуба после прорезывания А) роста и формирования, стабилизации, резорбции Б) стабилизации, роста и формирования, резорбции В) стабилизации, резорбции, роста и формирования Г) резорбции, роста, стабилизации, формирования</p>
12.	<p>Укажите срок окончания формирования корней 5.4 зуба в годах А) 6 Б) 3 В) 4 Г) 2</p>
13.	<p>Укажите срок окончания формирования корней 5.5 зуба в годах А) 6 Б) 3 В) 5 Г) 7</p>
14.	<p>Начало резорбции корня 5.1 зуба в годах А) 5 Б) 3 В) 4 Г) 6</p>
15.	<p>Закладка первых постоянных моляров происходит на А) 17-й неделе внутриутробного развития Б) 30-й неделе внутриутробного развития В) первой неделе после рождения Г) второй неделе после рождения</p>
16.	<p>Укажите сроки формирования корня 1.1 зуба в годах</p>

	<p>А) 6-7 Б) 7-8 В) 8-9 Г) 10-11</p>	
17.	<p>Укажите сроки формирования корня 1.2 зуба в годах А) 11-12 Б) 10-11 В) 8-9 Г) 9-10</p>	
18.	<p>Окончание формирования корней постоянных клыков верхней челюсти (возраст ребёнка) А) 12-13 лет Б) 13-14 лет В) 14-15 лет Г) 16-17 лет</p>	
19.	<p>Корни молочных резцов после прорезывания формируются в течение А) 6-8 месяцев Б) 1-1,5 лет В) 2-3-х лет Г) 3-5-ти лет</p>	
20.	<p>Законы прорезывания зубов А) последовательность, безболезненность, несвоевременность Б) парность, болезненность, последовательность, асимметрия В) симметричность, ретенция, полуретенция, болезненность Г) своевременность, парность, последовательность, симметричность</p>	
21.	<p>Для выявления кариеса в стадии белого пятна применяют метод диагностики А) рентгенографию Б) витальное окрашивание В) электроодонометрию Г) температурную пробу</p>	
22.	<p>Деминерализация эмали начинается в слое А) глубококом Б) поверхностном В) подповерхностном Г) Во всех слоях сразу</p>	
23.	<p>Патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости А) флюороз Б) гипоплазия В) кариес Г) некроз</p>	
24.	<p>Пломбировочный материал при лечении кариеса молочного зуба</p>	

	<p>А) стеклоиономерный цемент Б) светоотверждаемый композит В) композит химического отверждения Г) цинкфосфатный цемент</p>
25.	<p>Пломбировочный материал при лечении кариеса дентина зуба 2.6 у 7-летнего ребёнка: А) композит химического отверждения Б) стеклоиономерный цемент В) гелиокомпозит Г) поликарбоксилатный цемент</p>
26.	<p>Лечебная прокладка, содержащая гидроокись кальция: А) «Девит-П» Б) «Девит-С» В) «Триоксиметилен» Г) «Лайф»</p>
27.	<p>Для проведения ART-методики при лечении кариеса дентина молочных зубов с целью растворения и облегчения эвакуации некродентина может использоваться жидкость А) Формокрезол Б) Эндосольв В) Карисольв Г) Ангидрин</p>
28.	<p>В комплексном лечении кариеса у детей раннего возраста следует назначить приём: А) пробиотиков Б) антибиотиков В) химиопрепаратов Г) НПВС</p>
29.	<p>При лечении кариеса дентина молочного зуба проведение инъекционного обезболивания А) как правило, не требуется Б) как правило, требуется В) требуется обязательно</p>
30.	<p>Какой формы бор используется при лечении кариеса дентина молочного зуба А) шаровидный Б) фиссурный В) обратный конус Г) колесовидный</p>
31.	<p>Комплект препаратов для общего лечения ребёнка дошкольного возраста с декомпенсированной формой кариеса А) глюконат кальция, парацетамол, аскорутин Б) «Кальцинова», LB-комплекс, аскорутин В) КальцийДЗникомед, фенкарол, ревит</p>
32.	<p>Применение адгезивной системы при лечении кариеса постоянных зубов с незрелой эмалью А) 4-го поколения Б) 5-го поколения В) 6-го и 7-го поколения Г) 1-го поколения</p>
33.	<p>Пломбировочный материал при лечении кариеса дентина зуба 2.4</p>

	<p>у 9-летнего ребёнка:</p> <p>А) гелиокомпозит Б) химический композит В) амальгама Г) компомер</p>	
34.	<p>Пломбировочный материал при лечении кариеса дентина зуба 2.4 у 15-летнего ребёнка:</p> <p>А) гелиокомпозит Б) химический композит В) амальгама Г) компомер</p>	
35.	<p>Стеклоиономерный цемент при лечении кариеса у 2-3-х летнего ребёнка с применением ART-методики</p> <p>А) Глассин-рест Б) Цемион В) Цемион-арт Г) Глассин-фисс</p>	
36.	<p>Особенности реставрации при лечении кариеса дентина в постоянных зубах со зрелой эмалью в детском возрасте</p> <p>А) не используется прокладка под композитные материалы Б) обязательно использование прокладки из стеклоиономерного цемента, пломба из композита В) не используется химический композит Г) не используется гелиокомпозит</p>	
37.	<p>При лечении кариеса дентина первых постоянных моляров у 6-летнего ребёнка пломбировочный материал</p> <p>А) Глассин-фисс Б) Витример В) Геркулайт Г) Цемион-колор</p>	
38.	<p>Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе при</p> <p>А) Кариесе эмали Б) Кариесе дентина В) Гиперемии пульпы Г) Гипоплазии эмали</p>	
39.	<p>Кариес в стадии пятна следует дифференцировать с</p> <p>А) пятнистой формой гипоплазии эмали Б) ямочной формой гипоплазии эмали В) кариесом дентина Г) гиперемией пульпы</p>	
40.	<p>У ребёнка 6,5 лет КПУ+кп= 4+0. Степень активности кариеса по Виноградовой Т.Ф.</p> <p>А) компенсированная форма Б) субкомпенсированная форма В) декомпенсированная форма</p>	
41.	<p>После прорезывания зуба возникает</p> <p>А) гипоплазия эмали Б) флюороз В) кариес Г) несовершенный амелогенез</p>	

42.	заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы А) флюороз Б) системная гипоплазия В) местная гипоплазия Г) тетрациклиновые зубы
43.	при местной гипоплазии отмечаются изменения А) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба Б) белые пятна и крапинки на зубах разного периода минерализации В) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах Г) меловидные пятна у шейки зубов разного срока минерализации
44.	системная гипоплазия эмали постоянных зубов развивается в следствии А) болезнью матери во II половине беременности Б) болезнью ребенка после рождения, нарушения режима питания В) множественного осложненного кариеса временных зубов Г) болезнью матери в I половине беременности
45.	тетрациклиновое окрашивание твердых тканей зубов возникает в результате А) наследственной патологии твердых тканей Б) нарушения водно-солевого обмена в период формирования эмали В) приема тетрациклина в период минерализации зубов Г) нарушения микроэлементного состава питьевой воды
46.	флюороз развивается из-за А) избыточного содержания фторидов в питьевой воде Б) заболеваний ребенка на первом году жизни В) наследственных факторов Г) недостатка фторидов в питьевой воде
47.	внешний вид эмали при меловидно – крапчатой форме флюороза А) пигментированное пятно и углубление эмали одного зуба Б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации В) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
48.	структурная форма флюороза развивается при содержании фторидов в питьевой воде: А) 0,5 мг/л Б) 2-3 мг/л В) 4-6 мг/л Г) 7-9 и выше мг/л.
49.	при несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении: А) дентина Б) только эмали В) эмали и дентина Г) пульпы
50.	диагноз « несовершенный дентиногенез» подтверждает: А) зондирование Б) элетроодонтодиагностика В) витальное окрашивание эмали Г) рентгенологическое исследование

51.	<p>ри несовершенном одонтогенезе (дисплазии Капдепона) поражены:</p> <p>А) временные зубы Б) временные и постоянные моляры В) временные и постоянные резцы Г) все временные и постоянные зубы</p>
52.	<p>ричинами развития местной гипоплазии эмали являются:</p> <p>А) болезни матери во время беременности; Б) болезни ребенка после рождения; В) периодонтит временного зуба Г) врожденный сифилис</p>
53.	<p>ри несовершенном дентиногенезе на рентгенограмме выявляют:</p> <p>А) корневые каналы зубов облитерированы вскоре после прорезывания зуба, корни укорочены Б) отсутствие изменений В) разрежение костной ткани округлой формы у верхушек корней всех зубов Г) широкий просвет корневого канала</p>
54.	<p>ипоплазия</p> <p>А) порок развития, формирующийся вследствие нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах, проявляется количественным и качественным изменениями эмали Б) эпидемическое заболевание, возникающее в регионах с повышенным содержанием фтора в питьевой воды В) сложный, медленно текущий патологический процесс, протекающий в твёрдых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов</p>
55.	<p>люороз</p> <p>А) порок развития, формирующийся вследствие нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах, проявляется количественным и качественным изменениями эмали Б) эпидемическое заболевание, возникающее в регионах с повышенным содержанием фтора в питьевой воды; В) сложный, медленно текущий патологический процесс, протекающий в твёрдых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов</p>
56.	<p>зубы Гетчинсона</p> <p>А) центральные резцы верхней челюсти имеют отвертко - и бочкообразную форму, по режущему краю находится полулунная выемка, где эмаль истончена или вовсе отсутствует. Б) центральные резцы верхней челюсти имеют отверткообразную форму, но по режущему краю у них нет полулунной выемки. В) размер коронок у первых моляров больше у шейки зубов, чем у жевательной поверхности, бугорки таких зубов недоразвиты</p>
57.	<p>зубы Фурнье</p> <p>А) центральные резцы верхней челюсти имеют отвертко - и бочкообразную форму, по режущему краю находится полулунная выемка, где эмаль истончена или вовсе отсутствует Б) центральные резцы верхней челюсти имеют отверткообразную форму, но по режущему краю у них нет полулунной выемки В) размер коронок у первых моляров больше у шейки зубов, чем у жевательной поверхности, бугорки таких зубов недоразвиты</p>

58.	<p>Зубы Пфлюгера</p> <p>А) центральные резцы верхней челюсти имеют отвертку - и бочкообразную форму, по режущему краю находится полулунная выемка, где эмаль истончена или вовсе отсутствует.</p> <p>Б) центральные резцы верхней челюсти имеют отверткуобразную форму, но по режущему краю у них нет полулунной выемки.</p> <p>В) размер коронок у первых моляров больше у шейки зубов, чем у жевательной поверхности, бугорки таких зубов недоразвиты</p>	
59.	<p>Системная гипоплазия</p> <p>А) возникает поражение у группы зубов одного периода минерализации, симметрично расположенных зубов, дефекты в виде пятен и углублений появляются с момента прорезывания</p> <p>Б) нарушается минерализация эмали одного зуба, возникает в результате механической травмы фолликула или под влиянием инфекции, возникшей в зачаток</p> <p>В) возникает поражение у всех зубов разного периода минерализации в виде пятен и углублений разной формы и направлений</p>	
60.	<p>Местная гипоплазия</p> <p>А) возникает поражение у группы зубов одного периода минерализации, симметрично расположенных зубов, дефекты в виде пятен и углублений появляются с момента прорезывания.</p> <p>Б) нарушается минерализация эмали одного зуба, возникает в результате механической травмы фолликула или под влиянием инфекции, возникшей в зачаток.</p>	
61.	<p>Ретикулиновые волокна пульпы и периодонта образованы коллагеном</p> <p>А) 1-го типа</p> <p>Б) 2-го типа</p> <p>В) 3-го типа</p> <p>Г) 7-го типа</p>	
62.	<p>Период роста пульпы соответствует периоду</p> <p>А) первичной минерализации</p> <p>Б) формирования корня</p> <p>В) резорбции корня</p> <p>Г) стабилизации корня</p>	
63.	<p>При хроническом гипертрофическом пульпите дети предъявляют жалобы</p> <p>А) на боли при попадании пищи, кровоточивость из кариозной полости</p> <p>Б) на постоянные боли</p> <p>В) на самопроизвольные боли</p> <p>Г) на боли от холодного</p>	
64.	<p>При хроническом гипертрофическом пульпите при зондировании пульпа</p> <p>А) некротизирована</p> <p>Б) безболезненна абсолютно</p> <p>В) пульпа слабо болезненна, прорастает в кариозную полость</p> <p>Г) резко болезненна</p>	
65.	<p>При хроническом гангренозном пульпите при зондировании болезненность пульпы отмечается</p> <p>А) в устьях корневых каналов или в глубине каналов</p>	

	<p>Б) в области невоскрытого рога пульпы В) резкая на всём её протяжении Г) в области вскрытого рога пульпы</p>
66.	<p>Для хронического фиброзного пульпита характерно А) ноющие, иррадирующие по ходу тройничного нерва вечерние боли Б) безболезненная перкуссия и болезненное зондирование вскрытого рога пульпы В) зондирование вскрытого рога пульпы безболезненно Г) болезненная перкуссия и безболезненное зондирование вскрытого рога пульпы</p>
67.	<p>Форма пульпита, при которой у маленького ребёнка клинически выявляется гиперемия и отек по переходной складке, болезненная перкуссия, увеличение и болезненность при пальпации лимфоузлов А) хронический гангренозный пульпит Б) хронический пульпит в стадии обострения В) хронический фиброзный пульпит Г) хронический гипертрофический пульпит</p>
68.	<p>Для оценки состояния пульпы постоянных зубов со сформированными корнями при невоскрытой полости зуба наиболее информативным является А) электроодонтометрия Б) зондирование В) рентгенограмма Г) перкуссия</p>
69.	<p>Форма пульпита, наиболее часто выявляемая при плановой санации полости рта у детей А) острая диффузная Б) острая частичная В) хроническая фиброзная Г) хроническая гангренозная</p>
70.	<p>При хроническом фиброзном пульпите зондирование болезненно А) в глубине корневых каналов Б) в устьях корневых каналов В) в области дна кариозной полости Г) в области вскрытого рога пульпы</p>
71.	<p>Корни молочных резцов после прорезывания формируются в течение А) 1-1,5 лет Б) 2-3-х лет В) 3-4-х лет Г) полугодя</p>
72.	<p>Слой пульпы, в котором располагается сплетение Рашкова А) Вейля Б) периферический В) центральный слой Г) наружная зона промежуточного слоя пульпы</p>
73.	<p>Для девитализации пульпы временного зуба используется А) кафмаро-фенол Б) параформальдегид</p>

	В) лидокаин Г) глютаровый альдегид
74.	Методы пульпоэктомии при лечении пульпита временного зуба применяются на стадии развития корня А) стабилизации Б) формирования В) резорбции Г) на любой
75.	Метод лечения первого постоянного моляра у ребёнка 12 лет с диагнозом «острый диффузный пульпит» А) частичная витальная ампутация Б) витальная ампутация В) глубокая витальная ампутация Г) витальная или девитальная экстирпация
76.	Метод выбора лечения хронического фиброзного пульпита зуба 5.5 у 5-летнего ребёнка при отсутствии болей в анамнезе и отсутствии патологических изменений на рентгенограмме А) экстирпация Б) биологический В) витальная ампутация (с формокрезолом или сульфатом железа) Г) девитальная ампутация
77.	Метод выбора лечения острого диффузного пульпита зуба 5.4 у 3-х летнего ребёнка А) девитальная ампутация Б) витальная ампутация В) биологический Г) экстирпация
78.	Метод высокой ампутации пульпы при лечении осложненного кариеса применяется А) в постоянных зубах с несформированными корнями Б) в постоянных зубах со сформированными корнями В) в молочных зубах со сформированными корнями Г) в молочных зубах на стадии резорбции корней
79.	При лечении молочного зуба методом витальной ампутации формокрезол накладывается на устья корневых каналов на А) 30 секунд Б) сутки В) 3-5 минут Г) 15 минут
80.	Для окончательного пломбирования канала молочного зуба следует применять А) гуттаперчу Б) пасту «Кальсепт» В) эвгеноловую пасту Г) пасту «Крезодент»
81.	Противопоказание к применению метода витальной ампутации при лечении пульпита молочного зуба А) в анамнезе выявляются боли Б) фиброзная форма пульпита В) несформированные корни Г) сформированные корни

82.	Девитализирующая паста при лечении пульпита у дошкольника А) «Крезопат» Б) «Крезодент» В) «Пульпевит» Г) «Девит-П»
83.	Количество посещений при лечении осложненного кариеса молочного зуба методом девитальной ампутации у дошкольника А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
84.	Количество посещений при лечении осложненного кариеса молочного зуба методом девитальной ампутации у школьника А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4
85.	Отличительной особенностью зоны роста несформированного корня постоянного зуба является А) компактная пластинка непрерывна, сливается с зоной роста Б) компактная пластинка не сливается с зоной роста В) компактная пластинка разволокнена, отделена от зоны роста Г) компактная пластинка прерывиста, отделена от зоны роста
86.	Болезненность при зондировании в верхушечной части канала при хроническом гранулирующем периодонтите связана с А) врастанием грануляций в полость корневого канала Б) диагностической ошибкой В) наличием ткани пульпы в апикальной части канала Г) наличием зоны роста
87.	В отличие от физиологической резорбции при патологической резорбции корней молочных зубов А) резорбция соответствует возрастным срокам Б) молочный зуб и одноимённый зачаток постоянного зуба сближаются В) не рассасываются корни несформированных молочных зубов Г) корни молочных зубов и фолликулы постоянных зубов разобщаются
88.	В отличие от физиологической резорбции при патологической резорбции корней молочных зубов А) резорбция соответствует возрастным срокам Б) происходит сближение молочного зуба и одноимённого зачатка постоянного зуба В) никогда не происходит рассасывания еще несформированных корней временных зубов Г) ткань периодонта замещается грануляционной тканью, лакунарная резорбция корней
89.	Рентгенологическими признаками хронического гранулематозного периодонтита является очаг разрежения костной ткани А) в виде «языков пламени» Б) округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5-7 мм

	<p>В) округлой или овальной формы с четкими границами, размером более 2 см</p> <p>Г) различных размеров без четких границ</p>
90.	<p>Молочный зуб рекомендовано удалять при</p> <p>А) отсутствии подвижности его</p> <p>Б) разрушении кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба</p> <p>В) резорбции до 1/3 корня</p> <p>Г) отсутствии зачатка постоянного зуба</p>
91.	<p>Объективным признаком хронического гранулирующего периодонтита является</p> <p>А) болезненное зондирование в полости зуба</p> <p>Б) безболезненная перкуссия</p> <p>В) следы свищевых ходов на десне в проекции корней</p> <p>Г) подвижность зуба</p>
92.	<p>Рентгенологическая картина при хроническом гранулирующем периодонтите</p> <p>А) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами</p> <p>Б) расширение периодонтальной щели у верхушки зуба</p> <p>В) очаг разрежения костной ткани различных размеров без четких границ</p> <p>Г) рентгенологических изменений нет</p>
93.	<p>Волокна периодонта</p> <p>А) коллагеновые и эластические</p> <p>Б) окситалановые и эластические</p> <p>В) аргирофильные и окситалановые</p> <p>Г) коллагеновые, окситалановые, ретикулиновые</p>
94.	<p>Жалобы при хроническом верхушечном периодонтите</p> <p>А) отсутствуют</p> <p>Б) иррадиация боли</p> <p>В) чувство «выросшего» зуба</p> <p>Г) самопроизвольная боль</p>
95.	<p>Абсолютным показанием к удалению молочного зуба с диагнозом «периодонтит» является</p> <p>А) наличие перфорации в области фуркации</p> <p>Б) недавно перенесённое ОРВИ ребёнком</p> <p>В) желание родителей</p> <p>Г) ранний возраст ребёнка</p>
96.	<p>Относительным противопоказанием к сохранению молочного зуба с диагнозом «периодонтит» является</p> <p>А) недавно перенесённое ребёнком ОРВИ</p> <p>Б) санация полости рта перед лучевой терапией</p> <p>В) корень перфорировал десну</p> <p>Г) наличие перфорации в области фуркации</p>
97.	<p>Относительным противопоказанием к сохранению молочного зуба с диагнозом «периодонтит» является</p> <p>А) санация полости рта перед лучевой терапией</p> <p>Б) отсутствие адекватного психологического контакта с ребёнком</p> <p>В) корень перфорировал десну</p> <p>Г) наличие перфорации в области фуркации</p>

98.	<p>Абсолютным показанием к удалению молочного зуба с диагнозом «периодонтит» является</p> <p>А) выявление признаков патологической резорбции на рентгенограмме</p> <p>Б) отсутствие адекватного психологического контакта с ребёнком</p> <p>В) недавно перенесённое ребёнком ОРВИ</p> <p>Г) часто болеющий ребёнок</p>
99.	<p>Формирование искусственной верхушки корня как результат лечения периодонтита зуба с незаконченным формированием корня</p> <p>А) апексогенез</p> <p>Б) апексификация</p> <p>В) апексфикция</p> <p>Г) апексрегенерация</p>
100.	<p>Алгоритм лечения хронической гранулирующей формы периодонтита в первое посещение</p> <p>А) обезболивание, раскрытие полости зуба, эвакуация содержимого из каналов, антисептическая обработка, пломбирование канала,</p> <p>Б) раскрытие полости зуба, эвакуация содержимого из каналов, антисептическая обработка, оставить турунду с йодиолом в канале, временная пломба</p> <p>В) после раскрытия полости зуба оставить зуб открытым на 1-2 дня</p> <p>Г) раскрытие полости зуба, эвакуация содержимого из каналов, антисептическая обработка, оставить турунду с крезодентом в канале, зуб оставить открытым</p>
101.	<p>Реабилитационный период при лечении периодонтита молочного зуба</p> <p>А) 1 год</p> <p>Б) 2 года</p> <p>В) 3 года</p> <p>Г) отсутствует</p>
102.	<p>Реабилитационный период при лечении периодонтита постоянного зуба со сформированным корнем</p> <p>А) полгода</p> <p>Б) 1 год</p> <p>В) 2 года</p> <p>Г) 3 года</p>
103.	<p>Первые рентгенологические изменения – признаки восстановления костной ткани – при лечении хронического периодонтита определяются через</p> <p>А) 6 месяцев</p> <p>Б) 1 месяц</p> <p>В) 1-3 дня</p> <p>Г) год</p>
104.	<p>При лечении хронического периодонтита в постоянном зубе с несформированным корнем для одномоментной апексификации применяют</p> <p>А) трикрезол</p> <p>Б) триоксидент</p>

	<p>В) пульпосептин Г) крезодент</p>
105.	<p>В области десны отсутствует: А) Эпителий Б) Подслизистый слой В) Базальный слой Г) Зернистый слой</p>
106.	<p>Особенности строения эпителия десны, твердого неба и спинки языка: А) Выражен слой ороговевающих клеток Б) Отсутствует базальный слой В) Отсутствует слой ороговевающих клеток Г) Зернистый слой</p>
107.	<p>Функции пародонта: А) Барьерная, рефлекторная, трофическая, пластическая, амортизирующая Б) Барьерная, амортизирующая В) Барьерная, рефлекторная, трофическая Г) Рефлекторная, амортизирующая</p>
108.	<p>Структурным образованием микроциркуляторного русла пародонта являются: А) Капилляры, венозные сосуды Б) Артериолы и венулы В) Артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, венулы Г) Прекапилляры, капилляры, посткапилляры</p>
109.	<p>Местные факторы, предрасполагающие к развитию заболеваний пародонта: А) Глубина преддверия полости рта 5-10 мм Б) Глубина преддверия полости рта менее 5 мм В) Ортогнатический прикус Г) Бипрогнатический прикус</p>
110.	<p>При гипертрофическом гингивите определяются: А) Ложные карманы Б) Пародонтальные карманы В) Костные карманы</p>
111.	<p>Болезнями пародонта, объединенными понятием «пародонтомы», являются: А) Гингивит пародонтит, пародонтальная киста Б) Фиброматоз дёсен, эпюлис, пародонтальная киста В) Пародонтит, пародонтоз Г) Пародонтальная киста, X-гистиоцитоз Д) Гипертрофический гингивит, фиброматоз дёсен</p>
112.	<p>При каком заболевании наряду с поражением челюстных костей имеются поражения плоских костей черепа, таза, лопаток, которые выявляются на рентгенограмме: А) Доброкачественная наследственная нейтропения</p>

	Б) Сахарный диабет В) Гипогаммаглобулинемия Г) Синдром Папийона-Лефевра Д) X-гистиоцитоз
113.	Период, эффективный для профилактики заболеваний пародонта, связанных с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА): А) Антенатальный Б) Грудной В) От года до 10 лет Г) Старший школьный
114.	Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является прикус: А) Открытый Б) Глубокий В) Перекрестный Г) Дистальный
115.	Роль ЗЧА в развитии заболеваний пародонта обусловлена: А) Нарушением трофики тканей пародонта Б) Травмой пародонта В) Перегрузкой и недогрузкой зубов Г) Наличием ретенционных пунктов
116.	Наиболее распространенное заболевание пародонта в детском возрасте: А) Катаральный гингивит Б) Гипертрофический гингивит В) Пародонтит Г) Пародонтоз
117.	Характерным для пубертатного возраста является: А) Острый генерализованный катаральный гингивит Б) Гипертрофический гингивит В) Локализованный пародонтит Г) Пародонтомы
118.	Заболевание пародонта, не характерное для детского возраста: А) Катаральный гингивит Б) Гипертрофический гингивит В) Пародонтоз Г) Эпулис
119.	Метод исследования, определяющий пункты опережения смыкания зубов: А) Реопародонтография Б) Проба Шиллера-Писарева В) Проба Кулаженко Г) Окклюзиограмма
120.	Индекс РМА используется с целью: А) Определения степени воспалительных изменений пародонта Б) Определения воспалительных изменений различных зон десны В) Определения кровоточивости дёсен Г) Оценки гигиенического состояния полости рта
121.	Рентгенологическими симптомами пародонтитов являются:

	<p>А) Деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки</p> <p>Б) Диффузный остеопороз костной ткани</p> <p>В) Остеопороз межзубных перегородок</p> <p>Г) Всё перечисленное</p>
122.	<p>Средняя степень тяжести катарального гингивита у детей диагностируется при поражении:</p> <p>А) Десневого сосочка</p> <p>Б) Маргинальной десны</p> <p>В) Альвеолярной десны</p> <p>Г) Альвеолярной кости</p>
123.	<p>Катаральный гингивит у детей считается генерализованным при воспалительном процессе в области:</p> <p>А) 5-6-ти зубов</p> <p>Б) Более, чем 6-ти зубов</p> <p>В) 3-4-х зубов</p> <p>Г) Одного зуба</p>
124.	<p>Катаральный гингивит при индексе РМА до 30%:</p> <p>А) Лёгкой степени тяжести</p> <p>Б) Средней степени тяжести</p> <p>В) Тяжелой степени тяжести\</p>
125.	<p>Фактор, способствующий развитию гипертрофического гингивита у детей:</p> <p>А) Гормональный дисбаланс пубертатного возраста</p> <p>Б) Удовлетворительная гигиена полости рта</p> <p>В) ОРВИ</p> <p>Г) Аллергическое заболевание</p>
126.	<p>Для язвенно-некротического гингивита у детей характерны:</p> <p>А) Единичные афты и пятна на СОПР</p> <p>Б) Грязновато-серый некротический налёт в области десневого края</p> <p>В) Кровоточивость и отёчность десневого края</p> <p>Г) Гипертрофия десны с образованием ложного десневого кармана</p>
127.	<p>Для лечения хронического катарального гингивита проводят местную терапию:</p> <p>А) Неинъекционную склерозирующую</p> <p>Б) Противовирусную</p> <p>В) Противовоспалительную</p> <p>Г) Эпителизирующую</p>
128.	<p>Методы лечения гипертрофического гингивита, противопоказанные у детей:</p> <p>А) Хирургические</p> <p>Б) Физиотерапевтические</p> <p>В) Неинъекционная склерозирующая терапия</p> <p>Г) Инъекционная склерозирующая терапия</p>
129.	<p>При склерозирующей терапии в десневые сосочки вводят:</p> <p>А) Глюкозу 40% р-р, гепарин, новоэмбихин</p> <p>Б) Антисептики, ферменты</p> <p>В) Антибиотики, антигистаминные</p> <p>Г) Фурацилин, фуразолидон</p>

130.	<p>После устранения раздражителя травматическая язва у ребёнка заживает обычно через</p> <p>А) 3-5 дней Б) 5-10 дней В) 3-4 недели Г) один день</p>
131.	<p>Афта Беднара это-</p> <p>А) проявление герпангины у подростка Б) травматическое поражение соской слизистой оболочки мягкого нёба у младенца В) проявление раннего врождённого сифилиса на миндалинах у грудного ребёнка Г) особая форма проявления герпеса в полости рта у детей</p>
132.	<p>К жевательному типу относится слизистая оболочка</p> <p>А) Дёсен и твёрдого нёба Б) Дёсен и переходных складок. В) Мягкого и твёрдого нёба. Г) Тыльной поверхности языка</p>
133.	<p>К специализированному типу относится слизистая оболочка</p> <p>А) Мягкого и твёрдого нёба Б) Дна полости рта В) Спинки языка Г) Спинки и боковых поверхностей языка</p>
134.	<p>В каком возрасте начинают появляться регионарные отличия в строении различных отделов СОПР?</p> <p>А) В период новорождённости Б) В грудном возрасте В) В ясельном возрасте Г) В дошкольном возрасте</p>
135.	<p>Для слизистой оболочки полости рта в раннем детском возрасте(1-3 года) характерны следующие особенности</p> <p>А) Сравнительно с грудным возрастом высокое содержание гликогена во всех отделах СОПР. Б) Сравнительно с грудным возрастом низкое содержание гликогена в эпителии языка, губы и щеки В) Отсутствие гликогена во всех отделах эпителия</p>
136.	<p>Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 месяцев жизни чаще всего вызывают</p> <p>А) средства гигиены полости рта новорождённых Б) игрушки с острыми гранями В) преждевременно прорезавшиеся зубы Г) соски, резиновые рожки на бутылочках</p>
137.	<p>Хроническая механическая травма слизистой оболочки полости рта у детей проявляется в следующих клинических формах</p> <p>А) Афтоз Сеттена, хроническая трещина губы, мягкая лейкоплакия Б) Мягкая лейкоплакия, афта Беднара, декубитальная язва В) Афта Беднара, щелевидная язва языка, доброкачественная пузырьчатка Г) Веррукозная лейкоплакия, шанкр-амигдалид, пузырьчатка новорождённых</p>
138.	<p>С чего начинается лечение острой механической травмы СОПР у</p>

	<p>ребёнка?</p> <p>А) с обезболивания.</p> <p>Б) с антисептической обработки.</p> <p>В) с гемостаза.</p> <p>Г) с выявления и устранения причины, вызвавшей травму</p>	
139.	<p>Тип слизистой оболочки, который в первую очередь поражается при радиомукозите</p> <p>А) специализированная слизистая</p> <p>Б) жевательная слизистая</p> <p>В) покровная слизистая</p> <p>Г) все типы поражаются одинаково</p>	
140.	<p>Среди заболеваний СОПР в детском возрасте острый герпетический стоматит по частоте встречаемости занимает</p> <p>А) первое место</p> <p>Б) второе место (после кандидоза).</p> <p>В) третье место (после кандидоза и травматических поражений)</p> <p>Г) одно из последних мест</p>	
141.	<p>Схема эволюции элементов поражения при остром герпетическом поражении</p> <p>А) пузырьёк-афта-папула-пятно</p> <p>Б) пятно-пузырёк-эрозия- афта-пятно</p> <p>В) пузырьёк-пятно-афта-эрозия-пятно</p> <p>Г) эрозия-афта-пятно-чешуйка</p>	
142.	<p>При герпесе в цитологическом препарате находят клетки</p> <p>А) Тцанка</p> <p>Б) Лангханса</p> <p>В) гигантские многоядерные</p> <p>Г) акантолитические</p>	
143.	<p>Патологический процесс в эпителии при герпетическом поражении</p> <p>А) акантоз</p> <p>Б) папилломатоз</p> <p>В) паракератоз</p> <p>Г) баллонизирующая дегенерация</p>	
144.	<p>Препарат для местного обезболивания при лечении острого герпетического стоматита у ребёнка 1-3-х лет</p> <p>А) 4% раствор пиромекаина с 40% глюкозой</p> <p>Б) Лидоксор-спрей</p> <p>В) 5% р-р новокаина</p> <p>Г) 2% р-р лидокаина</p>	
145.	<p>Выберите наиболее приемлемую концентрацию бонафтоновой мази для ребёнка с острым герпетическим стоматитом</p> <p>А) 0,05%</p> <p>Б) 0,25%</p> <p>В) 0,5%</p> <p>Г) 1,0%</p>	
146.	<p>В неотложной госпитализации в детскую инфекционную больницу нуждается ребёнок</p> <p>А) дошкольного возраста с острым герпетическим стоматитом</p> <p>Б) любого возраста с рецидивирующим герпетическим стоматитом</p>	

	В) грудного возраста и новорождённый с острым герпетическим стоматитом независимо от степени тяжести
147.	Общее состояние и самочувствие ребёнка при остром псевдомембранозном кандидозе полости рта А) температура тела повышена, отказывается от еды Б) никак не страдает В) температура тела нормальная, беспокойство при приёме пищи Г) головная и мышечно-суставная боль, фебрильная температура тела
148.	Для язвы при рубцующейся форме ХРАС характерно А) неправильная форма, изъеденные и подрывтые края, дно покрыто кровотокающими грануляциями с мелкими абсцессами Б) щелевидная форма, плотные валикообразные края, дно кроваво-красного цвета, основание язвы представляет собой хрящеподобный инфильтрат В) овальная форма, мягкие края, дно плоское с беловато-жёлтым налётом
149.	В общем лечении ХРАС, кроме десенсибилизирующих препаратов, необходимо применение А) сорбентов, пробиотиков, иммунокорректоров, общеукрепляющих Б) кортикостероидов, салицилатов, витаминов В) иммунодепрессантов, гипосенсибилизирующих, сердечно-сосудистых препаратов
150.	Атипичная форма многоформной экссудативной эритемы - синдром А) Бехчета Б) Шегрена. В) Папийон-Лефевра Г) Стивенса-Джонсона
151.	Характер кожной сыпи при кори А) мелкоточечная петехиальная сыпь на гиперемизированном фоне кожи без тенденции к слиянию Б) этапность – сыпь «ползёт» сверху вниз в течение 3-х дней, расположена на нормальном фоне кожи, макулопапулёзный характер с тенденцией к слиянию, разрешается пигментацией и отрубевидным шелушением В) папуло-везикулёзная сыпь, резко зудящая, локализация преимущественно на лице, животе, ягодицах; характерны повторы высыпаний с подъёмом температуры
152.	Патогномоничный симптом кори в полости рта: А) пятна Форкстеймера Б) «малиновый» язык В) пятна Филатова-Коплика Г) мелкоточечные петехии на мягком нёбе
153.	Что такое симптом Робинсона-Фурнье при врождённом сифилисе? А) лучистые рубцы, образовавшиеся после заживления трещин вокруг рта Б) саблевидная голень В) особого вида деформация носа, возникающая в результате перенесённого сифилитического насморка Г) кисетообразный первый постоянный моляр

154.	<p>Дифференциальная диагностика скрофулодермы не проводится с</p> <p>А) актиномикозом Б) сифилитической гуммой В) распадающейся раковой опухолью Г) папулёзным сифилидом</p>
155.	<p>В результате падения у ребёнка 3, 5 лет определяется смещение 6.1 в вестибулярном направлении, подвижность зуба, резко болезненная перкуссия, гиперемия и отёчность десны в проекции корня, кровоточивость из зубодесневой борозды. Оптимальная лечебная тактика в данной ситуации:</p> <p>А) удаление 6.1 Б) репозиция 6.1 В) витальная экстирпация 6.1 Г) наблюдение</p>
156.	<p>В результате острой травмы 1.1 у 12-летнего ребёнка боль, усиливающаяся при накусывании, коронка 1.1 интактная, патологическая подвижность не определяется, рентгенологических изменений не выявлено. Для выбора лечебной тактики необходимо использовать дополнительный метод диагностики</p> <p>А) стоматоскопию Б) электроодонтометрию В) радиовизиографию Г) термодиагностику</p>
157.	<p>При переломе коронки бокового резца у 10-летнего ребёнка, произошедшей 2-3 часа назад, определяется кратковременная болевая реакция на холодовой раздражитель, болезненное зондирование линии отлома, болезненная перкуссия. Оптимальная лечебная тактика</p> <p>А) непрямоe покрытие пульпы пастой с гидроокисью кальция Б) экстирпация В) витальная ампутация Г) наблюдение</p>
158.	<p>В результате травмы центральных резцов у ребёнка 8-и лет, произошедшей 3 часа назад, произошёл отлом части коронок 1.1 и 2.1 с обнажением пульпы. Ваш диагноз</p> <p>А) гангрена пульпы Б) пульпарный абсцесс (острый диффузный пульпит) В) острый пульпит (острый очаговый пульпит) Г) гиперемия пульпы</p>
159.	<p>У 12-летнего мальчика на уроке физкультуры произошла травма зубов в результате удара. Клинически определяется: ноющие боли, невозможность сомкнуть зубы, подвижность 1.1 и 2.1, гиперемия десны. Предположительный диагноз</p> <p>А) интрузия Б) перелом коронки без повреждения пульпы В) эктрузия Г) перелом корня</p>
160.	<p>При любом виде травм зубов у детей обязательный метод дополнительного диагностики</p> <p>А) электроодонтометрия</p>

	Б) термометрия В) рентгенологический Г) трансиллюминация
161.	При переломе верхушечной части сформированного корня постоянного зуба рекомендуется А) удаление зуба Б) шинирование В) трепанация, экстирпация, внутриканальный штифт из серебра Г) трепанация, экстирпация и пломбирование канала до линии перелома
162.	Возрастной пик травматизма молочных зубов А) 6 месяцев Б) 1-2 года В) 2-3 года Г) 5-6 лет
163.	Возрастной пик травматизма постоянных зубов А) 6-7 лет Б) 8-11 лет В) 11-12 лет Г) 12-15 лет
164.	Самый распространённый вид травмы постоянных зубов А) вывих Б) экструзия В) перелом корня Г) перелом коронки
165.	В молочном прикусе наиболее распространённый вид травм зубов А) вывих Б) перелом коронки В) перелом корня Г) ушиб
166.	Закрытое механическое повреждение органов или мягких тканей без нарушения их анатомической целостности А) удар Б) ушиб В) перелом Г) вывих
167.	Одной из задач диспансеризации детей с заболеваниями пародонта является А) организация рационального питания в школьной столовой Б) санитарно-гигиеническое просвещение родителей и учителей В) эпидемиологическое стоматологическое обследование 15-летних детей региона Г) проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих сохранить функции зубо-челюстной системы
168.	Показателем эффективности диспансеризации является А) процент осмотренных детей Б) перевод из одной группы диспансерного наблюдения в другую В) количество санированных Г) отношение количества зубов, пролеченных по поводу кариеса, к

	количеству зубов, пролеченных по поводу пульпита	
169.	Наблюдению один раз в год подлежат лица А) первой группы диспансерного учёта Б) второй группы диспансерного учёта В) третьей группы диспансерного учёта Г) четвёртой группы диспансерного учёта	
170.	Эффективность диспансеризации при язвенно-некротическом гингивите – снятие с учёта при отсутствии рецидива в течение А) полугода Б) одного года В) 2-3-х лет Г) 10-ти лет	
Раздел 3. Детская хирургическая стоматология		
1.	S-видные щипцы предназначены для удаления А) третьих моляров Б) молочных моляров верхней челюсти В) резцов нижней челюсти	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы А) клювовидные Б) байонеты	
3.	Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является А) острый серозный периостит Б) хронический остеомиелит	
4.	К осложнениям во время операции удаления зуба относится А) вывих зуба Б) альвеолит В) позднее кровотечение	
5.	К осложнениям во время операции удаления зуба относится А) альвеолит Б) позднее кровотечение В) перелом корня	
6.	Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления А) молочных моляров верхней челюсти Б) молочных моляров нижней челюсти В) третьих постоянных моляров нижней челюсти	
7.	Шипиками заканчивается вестибулярная щечка щипцов, предназначенных для удаления А) моляров верхней челюсти Б) моляров нижней челюсти В) корней зубов	
8.	Элеватор угловой предназначен для удаления А) резцов Б) корней зубов нижней челюсти В) корней зубов верхней челюсти	
9.	Абсолютное противопоказание к удалению молочного зуба в амбулаторных условиях	

	<p>А) ОРВИ Б) капризный ребёнок В) заболевание крови</p>
10.	<p>Для удаления временных коренных зубов верхней челюсти могут применяться А) клювовидные щипцы Б) прямой элеватор В) угловой элеватор Г) S-видные щипцы</p>
11.	<p>Детские прямые щипцы предназначены для удаления А) первых премоляров по ортодонтическим показаниям Б) постоянных резцов В) молочных резцов нижней челюсти Г) молочных резцов верхней челюсти</p>
12.	<p>Кюретаж лунки при удалении молочного зуба А) не проводится никогда Б) проводится иногда В) проводится всегда</p>
13.	<p>Осложнением во время операции удаления молочного моляра является А) альвеолит Б) периостит В) вывих зачатка премоляра</p>
14.	<p>Абсолютное показание к удалению молочного зуба А) острая боль у ребёнка Б) корень зуба перфорировал десну В) периодонтит молочного зуба при несформированном корне</p>
15.	<p>Детям в амбулаторных условиях проводится А) хейлопластика под местной анестезией Б) френулоэктомия под общей анестезией В) вестибулопластика под общей анестезией Г) вестибулопластика под местной анестезией</p>
16.	<p>Детям в амбулаторных условиях проводится А) удаление зуба под общей анестезией Б) удаление одонтомы под общей анестезией В) удаление эпюлиса под общей анестезией Г) удаление эпюлиса под местной анестезией</p>
17.	<p>Ребёнка-инвалида, которому требуется удаление зуба в условиях общего обезболивания, следует А) направить в отделение челюстно-лицевой хирургии ОДКБ Б) направить в отделение неотложной хирургии ОДКБ В) принять в условиях поликлиники</p>
18.	<p>К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия А) торусальная Б) туберальная В) ментальная Г) мандибулярная</p>
19.	<p>К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия</p>

	<p>А) торусальная Б) ментальная В) мандибулярная Г) инфраорбитальная</p>
20.	<p>К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия А) инцизивная Б) ментальная В) мандибулярная Г) торусальная</p>
21.	<p>К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия А) палатинальная Б) ментальная В) мандибулярная Г) торусальная</p>
22.	<p>К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия А) палатинальная Б) инцизивная В) мандибулярная Г) инфраорбитальная</p>
23.	<p>К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия А) палатинальная Б) ментальная В) инцизивная Г) инфраорбитальная</p>
24.	<p>Под аппликационной анестезией в детской практике удаляют А) все молочные зубы Б) первые премоляры по ортодонтическим показаниям В) молочные резцы Г) молочные зубы с полной физиологической резорбцией корней</p>
25.	<p>У детей в возрасте до 7-ми лет не рекомендуется использовать для аппликационной анестезии А) гель Б) спрей В) мазь Г) раствор</p>
26.	<p>Местный анестетик для инъекционного обезболивания у ребёнка 3-х лет А) ультракаин ДС Б) ультракаин ДС форте В) ультракаин Д Г) бупивакаин</p>
27.	<p>Для инъекционного обезболивания в детской практике местный анестетик в вазоконстрикторе в концентрации 1:200000 применяется с А) 2,5 лет Б) 7-ми лет В) 5-ти лет</p>

	Г) 12-ти лет
28.	Мандибулярное отверстие у детей в возрасте до 7-8 лет расположено А) на уровне жевательной поверхности моляров нижней челюсти Б) выше уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти на 1 см В) выше уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти на 2 см Г) ниже уровня жевательной поверхности моляров нижней челюсти
29.	Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия А) ментальная Б) палатинальная В) туберальная Г) мандибулярная
30.	Местное осложнение при проведении местного инъекционного обезболивания А) гематома Б) коллапс В) обморок Г) бронхоспазм
31.	Потеря сознания характерна для А) анафилактического шока Б) коллапса В) обморока Г) бронхоспазма
32.	При коллапсе эффективен А) мезатон Б) нитроглицерин В) коринфар Г) нитроглицерин
33.	У детей при проведении реанимационных мероприятий при остановке сердца на один искусственный вдох производится массажных движений сердца в количестве А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 5
34.	К первично-костным заболеваниям ВНЧС относится: А) остеоартрит Б) привычный вывих В) деформирующий юношеский артроз Г) болевой синдром дисфункции ВНЧС
35.	При двустороннем вторичном деформирующей остеоартрозе ВНЧС ребёнку 5 лет показана А) физиотерапия Б) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу В) механотерапия Г) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением

36.	Функциональные заболевания ВНЧС свойственны детям телосложения А) астенического Б) гиперстенического В) нормостенического
37.	Наиболее информативный метод рентгенологического исследования ВНЧС при юношеской дисфункции А) панорамная рентгенография Б) томография В) ортопантомография Г) боковая рентгенография нижней челюсти
38.	Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите ВНЧС А) расширена неравномерно Б) сужена равномерно В) сужена неравномерно Г) расширена равномерно
39.	Причина асимметрии лица при одностороннем вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС А) парез лицевого нерва Б) межмышечная гематома В) недоразвитие половины нижней челюсти Г) гемигипертрофия жевательной мышцы
40.	При одностороннем вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС ребёнку 5 лет показана А) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу Б) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением В) физиотерапия Г) пращевидная повязка
41.	К группе первично-костных заболеваний ВНЧС относится А) аплазия сустава Б) привычный вывих В) острый артрит Г) юношеская дисфункция ВНЧС
42.	При левостороннем вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС левый угол рта А) опущен Б) симметричен с правым В) приподнят
43.	Функциональные заболевания ВНЧС чаще встречаются у детей в возрасте А) 1-2 года Б) 3-6 лет В) 7-11 лет Г) 12-15 лет
44.	Острый артрит развивается при перегрузке ВНЧС А) однократной Б) многократной
45.	В комплексе лечения функциональных заболеваний ВНЧС при-

	<p>меняется</p> <p>А) механотерапия Б) артропластика В) остеотомия ветви нижней челюсти Г) пращевидная повязка</p>	
46.	<p>Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением при одностороннем вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС показана детям в возрасте</p> <p>А) 4-5 лет Б) 9-10 лет В) 10-13 лет Г) 14-15 лет</p>	
47.	<p>Основной метод лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом ВНЧС</p> <p>А) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением Б) хирургическое в сочетании с ортодонтическим В) физиотерапия в сочетании с ЛФК Г) шинирование в сочетании с физиотерапией</p>	
48.	<p>Ребёнку 14 лет с односторонним вторичным деформирующим остеоартрозом ВНЧС показана</p> <p>А) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу Б) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой В) механотерапия Г) миогимнастика</p>	
49.	<p>Смещение нижней челюсти при открывании рта при привычном вывихе ВНЧС слева происходит</p> <p>А) влево Б) вперед В) назад Г) вправо</p>	
50.	<p>Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей служат зубы</p> <p>А) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 Б) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6 В) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 Г) 3.6, 7.4, 7.5, 4.6, 8.4, 8.5</p>	
51.	<p>Острый герпетический стоматит как причина острого лимфаденита наблюдается у детей в возрасте</p> <p>А) новорождённости Б) 2-3 месяцев В) 1-3 лет Г) 3-4 лет</p>	
52.	<p>Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет служат зубы</p> <p>А) 8.5, 7.5, 7.4, 8.4 Б) 1.1, 1.2., 2.1, 2.2 В) 1.6., 2.6., 3.6, 4.6</p>	

	Г) 5.5, 5.4, 6.5, 6.4
53.	При остром остеомиелите причинный молочный зуб удаляется А) иногда Б) никогда В) всегда
54.	Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте А) 1-2-х лет Б) 2-3-х лет В) 3-4-х лет Г) 6-8-ми лет
55.	Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет служат зубы А) 4.5, 3.5 Б) 2.5, 1.5 В) 1.6, 2.6 Г) 3.6, 4.6
56.	Алгоритм лечения при абсцессе в надбровной области у ребёнка 6 лет А) госпитализация, хирургическое лечение – вскрытие абсцесса, антибактериальная и противовоспалительная терапия Б) хирургическое лечение – вскрытие абсцесса в амбулаторных условиях, антибактериальная и противовоспалительная терапия В) госпитализация, антибактериальная и противовоспалительная терапия
57.	Подвижность причинного и соседних интактных зубов, субпериостальные абсцессы с обеих сторон альвеолярного отростка, околочелюстная флегмона – характерные симптомы А) острого серозного периостита Б) острого остеомиелита В) хронического оссифицирующего периостита Г) острого гнойного периостита
58.	Удаление молочного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся корневой кисты проводится А) одновременно с основной операцией Б) за 2-3 дня до операции В) через 2-3 дня после операции Г) через 2 недели после операции
59.	Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг А) затемнения с чёткими границами Б) затемнения с нечёткими границами В) просветления с нечёткими границами Г) просветления с чёткими границами
60.	При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция А) цистэктомия Б) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба

	<p>В) цистотомия Г) цистэктомия с резекцией верхушки корня</p>
61.	<p>Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита А) новорождённых Б) острого эпидемического В) хронического паренхиматозного Г) калькулёзного</p>
62.	<p>Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при А) калькулёзном сиалодените Б) аденокарциноме В) остром эпидемическом паротите Г) хроническом паренхиматозном паротите</p>
63.	<p>Предрасполагающий фактор вывиха молочных резцов верхней челюсти А) открытый прикус Б) диастема В) множественный кариес Г) физиологический прикус</p>
64.	<p>При переломе мышелкового отростка нижней челюсти наблюдается А) отсутствие контакта между зубами на стороне перелома Б) плотный контакт между зубами на стороне перелома В) смещение средней линии лица в сторону, противоположную перелому Г) отсутствие смещения средней линии</p>
65.	<p>При переломе мышелкового отростка нижней челюсти наблюдается А) отсутствие контакта между зубами на стороне перелома Б) отсутствие смещения средней линии В) смещение средней линии лица в сторону, противоположную перелому Г) смещение средней линии лица в сторону перелома</p>
66.	<p>Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти у детей по типу «зелёной ветки» является А) угол челюсти Б) мышелковый отросток В) венечный отросток Г) тело челюсти в боковом отделе</p>
67.	<p>Шинирование и фиксация при переломе левого мышелкового отростка у ребёнка 7 лет А) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом справа Б) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой В) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом слева Г) гладкая шина-скоба</p>
68.	<p>Шинирование и фиксация при переломе правого мышелкового отростка у ребёнка 7 лет А) пластмассовая зубнаддесневая шина на нижнюю челюсть с</p>

	<p>пелотом справа</p> <p>Б) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной тягой</p> <p>В) пластмассовая зубонаддесневая шина на нижнюю челюсть с пелотом слева</p> <p>Г) гладкая шина-скоба</p>	
69.	<p>Открытый перелом – такой перелом, при котором</p> <p>А) меняется прикус по типу «открытого»</p> <p>Б) линия перелома проходит через зубной ряд</p>	
70.	<p>Шины при переломах у детей снимают через</p> <p>А) 1-2 недели</p> <p>Б) 1-2 месяца</p> <p>В) 3-4 недели</p> <p>Г) 5-6 недель</p>	
Раздел 4. Челюстно-лицевая хирургия детского возраста		
1.	<p>Гнойное расплавление паренхимы железы характерно для паротита</p> <p>а) острый эпидемический</p> <p>б) хронический рецидивирующий паренхиматозный</p> <p>в) новорожденных</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	<p>Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный</p> <p>а) стафилококками</p> <p>б) микобактериями туберкулёза</p> <p>в) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком</p>	
3.	<p>Симптом «щелчка» при открывании рта характерен</p> <p>а) для вторичного деформирующего остеоартроза ВНЧС</p> <p>б) для привычного вывиха суставной головки</p> <p>в) для хронического артрита ВНЧС</p>	
4.	<p>Неотложная помощь ребёнку с аденофлегмоной заключается в</p> <p>а) иммунотерапии</p> <p>б) антибактериальной терапии</p> <p>в) хирургической помощи</p>	
5.	<p>При падении на подбородок отражённый перелом нижней челюсти следует ожидать в области</p> <p>а) углов нижней челюсти</p> <p>б) ветвей нижней челюсти</p> <p>в) мышечковых отростков</p>	
6.	<p>Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть</p> <p>а) короткая уздечка языка</p> <p>б) рубцы на коже лица</p> <p>в) недоразвитие нижней челюсти</p> <p>г) ринолалия</p>	
7.	<p>При диагностике новообразований у детей ведущий метод</p> <p>а) Макроскопия послеоперационного материала</p> <p>б) Морфологический</p> <p>в) Цитологический</p> <p>г) Рентгенологический</p>	
8.	<p>Клиническими признаками, сходными с обострением хронического одонтогенного остеомиелита, характеризуется</p> <p>а) Саркома Юинга</p>	

	б) Остеогенная саркома в) Одонтома г) Фиброма	
9.	Истинная доброкачественная опухоль: а) травматическая костная киста б) оссифицирующая фиброма в) глобуломаксиллярная киста г) синдром Олбрайта	
10.	Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением при одностороннем вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС показана детям в возрасте: а) 14-15 лет б) 10-13 лет в) 9-10 лет г) 4-5 лет	
11.	Основной метод лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом ВНЧС: а) шинирование в сочетании с физиотерапией б) хирургический в сочетании с ортодонтическим в) физиотерапия в сочетании с ЛФК г) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением	
12.	Ребёнку 14 лет с односторонним вторичным деформирующим остеоартрозом ВНЧС показана: а) механотерапия б) миогимнастика в) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой г) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу	
13.	Ведущий метод лечения доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области у детей: а) химиотерапия б) хирургический в) лучевая терапия г) комбинированный	
14.	Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом: а) остеома верхней челюсти б) ретенционная киста подъязычной слюнной железы в) неполная расщелина мягкого нёба г) вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС	
15.	Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает: а) капиллярная гемангиома б) остеома в) остеогенная саркома г) фиброма	
16.	Наиболее чувствительна к лучевой терапии среди всех злокачественных опухолей у детей: а) ретикулярная саркома б) фибросаркома	

	в) остеогенная саркома
17.	Продукты сальных и потовых желёз в полости характерны для кисты: а) прорезывания б) дермоидной в) эпидермоидной г) срединной шеи
18.	Электрокоагуляция как самостоятельный метод лечения рекомендуется при: а) кавернозной гемангиоме б) лимфангиоме в) солитарной телеангиоэктазии г) пигментном невусе
19.	Нарушение процесса зубообразования, частичная первичная адентия характерны для: а) амелобластомы б) остеомы в) саркомы Юинга г) фиброзной дисплазии (херувизма)
20.	Особенностью новообразований у детей является: а) дизонтогенетическое происхождение б) медленный рост в) частая малигнизация г) высокая чувствительность к лучевой терапии д) высокая чувствительность к химиотерапии
21.	Истинная доброкачественная опухоль а) гигантоклеточный эпулис б) эозинофильная гранулёма в) фиброзная дисплазия г) травматическая костная киста
22.	Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для: а) гемангиомы б) лимфангиомы в) фибромы г) остеомы
23.	Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для: а) фибромы б) нейрофиброматоза в) лимфомы г) гемангиомы
24.	Очаговая пигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица – характерные признаки: а) саркомы Юинга

	б) синдрома Олбрайта в) нейрофиброматоза г) эозинофильной гранулёмы
25.	Наиболее чувствительна к лучевой терапии среди всех злокачественных опухолей у детей: а) моноцитомы кости б) остеогенная саркома в) саркома Юинга
26.	«Кофейные пятна», опухоли по ходу периферических нервов, судороги характерны для: а) синдрома Олбрайта б) болезни Реклингхаузена в) гемангиомы г) синдрома Пьера Робена
27.	Пузырьковые элементы с прозрачным или геморрагическим содержанием на слизистой оболочке языка служат характерным симптомом: а) лимфангиомы б) миобластомиомы в) гемангиомы г) папилломатоза
28.	Причина врожденной боковой кисты шеи: а) неполная редукция щитовидно-язычного протока в процессе эмбриогенеза б) сохранившиеся в процессе эмбриогенеза эпителиальные остатки жаберного аппарата 2-й жаберной щели, 3-го глоточного кармана и зубно-глоточного протока в) воспалительные заболевания околоушной слюнной железы г) одонтогенная инфекция
29.	Ведущий метод лечения врожденной срединной кисты шеи: а) хирургический – вскрытие образования б) склерозирование 3% р-ром натрия тетрадецилсульфата в) хирургический – удаление образования с частичной резекцией подъязычной кости г) криотерапия
30.	Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода: а) первые 6 недель б) 10-12 недель в) 12-16 недель г) 16-20 недель
31.	К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится: а) ринолалия

	б) укорочение верхней губы в) деформация кожно-хрящевого отдела носа г) анкилоглоссия	
32.	Радикальная уранопластика детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба показана в возрасте: а) 6-8 мес б) 1-2 года в) 6 лет г) 12 лет	
33.	Велопластика при полной расщелине мягкого нёба проводится в возрасте ребёнка: а) 4-6 мес. б) 2-3 года в) 5-6 лет г) 7-8 лет	
34.	При врождённой расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребёнка: а) 1-2 дня б) 1-2 месяца в) 4-6 мес г) 1-2 года	
35.	Симметричное недоразвитие нижней челюсти, скуловых костей, деформация ушных раковин и антимонголоидный разрез глаз – клинические симптомы синдрома: а) Франческетти б) Пьера Робена в) Ван дер Вуда г) Крузона	
36.	«Башенный» череп, высокое переносье, недоразвитие отделов верхней челюсти, ложный экзофтальм – клинические симптомы синдрома: а) Крузона б) Франческетти в) Пьера Робена г) Ван дер Вуда	
37.	Расщелина губы и нёба, врождённые симметричные свищи слизистых желёз на нижней губе – клинические симптомы синдрома: а) Ван дер Вуда б) Гольденхара в) Крузона г) Пьера Робена	
38.	Недоразвитие продольных размеров нижней челюсти, птоз языка и глотательных мышц, расщелина нёба – клинические симптомы синдрома: а) Гольденхара б) Пьера Робена в) Крузона г) Франческетти	
39.	К анатомическим нарушениям, имеющим место при полной рас-	

	<p>щелине верхней губы, относится:</p> <p>а) деформация кожно-хрящевого отдела носа б) нарушение сосания в) ринолалия г) гемиатрофия лица</p>	
40.	<p>При врождённой расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:</p> <p>а) 2-3 года б) 5-6 лет в) 13-14 лет г) после 17 лет</p>	

2.2. Вопросы для собеседования по дисциплине

Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России и профилактика стоматологических заболеваний у детей

1. Развитие детской стоматологии в России. Вклад отечественных учёных.
2. Организация детской стоматологической службы в России. Вопросы эргономики. Асептика, антисептика.
3. Миофункциональные характеристики прикуса в возрастном аспекте у детей.
4. Экзогенная профилактика кариеса у детей.
5. Эндогенная профилактика кариеса у детей.
6. Профилактика заболеваний пародонта у детей в возрастном аспекте.
7. Метод реминерализующей терапии в профилактике кариеса, методики Леуса-Боровского, Пахомова, Лукиных и др.
8. Профилактика кариеса раннего возраста у детей группы риска.
9. Эпидемиологическое обследование детского населения. Карта ВОЗ. Программа профилактики стоматологических заболеваний.
10. Фторопрофилактика кариеса. Методы фторирования воды. Принципы назначения и применения фторида натрия в возрастном аспекте. Дозировка препарата.
11. Профилактика флюороза у детей в эндемическом очаге.
12. Профессиональная гигиена рта у детей: цель, задачи, методика проведения. Контролируемая гигиена рта у детей. Организация кабинета гигиены.
13. Организация санитарно-просветительской стоматологической деятельности. Роль детского стоматолога. Активные и пассивные методы санитарного просвещения.

Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология.

1. Анатомические особенности временных и постоянных зубов у детей. Сроки закладки, минерализации и прорезывания зубов.
2. Кариес у детей: этиопатогенез, классификации, особенности клинического течения, диагностика и диффдиагностика.
3. Кариес у детей: лечение, выбор пломбировочного материала и адгезивной системы в зависимости от возраста.
4. Кариес раннего возраста: эпидемиологические аспекты, факторы риска, особенности клинического течения и лечения.
5. Клинико-морфологические особенности течения пульпита у детей. Этиопатогенез пульпита. Классификации пульпита. Особенности диагностики и диффдиагностики у детей.
6. Ампутационные методы лечения пульпита временных зубов: методики, лекарственные препараты, показания и противопоказания к выбору метода.

7. Экстирпационные методы лечения пульпита временных зубов: показания, противопоказания, особенности эндодонтической работы, пломбировочные материалы.
8. Лечение пульпита постоянного зуба с несформированным корнем. Цель и задачи. Выбор метода. Показания и противопоказания. Показания к выбору паллиативного метода.
9. Лечение периодонтита временного зуба: абсолютные и относительные противопоказания к сохранению зуба, алгоритм лечебных манипуляций. Реабилитационный период.
10. Лечение периодонтита постоянного зуба с несформированным корнем. Методики апексификации: плюсы и минусы каждой из методик. Реабилитационный период. Исход. Прогноз.
11. Гипертрофический гингивит у детей. Этиопатогенез, диагностика, диффдиагностика, планирование лечения.
12. Ювенильный пародонтит у детей. Этиопатогенез, диагностика, диффдиагностика, планирование лечения.
13. Проявления соматической патологии в полости рта у детей.
14. Проявления инфекционных заболеваний в полости рта у детей (корь, краснуха, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз, дифтерия, скарлатина, герпангина). Диффдиагностика.
15. Приобретённые пороки развития твердых тканей зубов у детей. Этиопатогенез, диагностика, диффдиагностика, планирование лечения.
16. Наследственные пороки развития твердых тканей зубов у детей. Диффдиагностика. Планирование лечения.
17. Травмы постоянных зубов у детей. Планирование лечения. Принципы шинирования. Виды шин.
18. Диспансеризация детей у детского стоматолога: цель, задачи, этапы, качественные и количественные показатели эффективности.
19. Организация работы школьного стоматологического кабинета.
20. Хронический одонтогенный очаг инфекции у ребёнка: понятие ХООИ, этиопатогенез, очаговообусловленные заболевания.

Раздел 3. Детская хирургическая стоматология

1. Особенности местного обезболивания в детской стоматологии.
2. Функциональные заболевания ВНЧС у детей.
3. Первично-костные заболевания ВНЧС у детей.
4. Пороки развития слизистой оболочки полости рта у детей. Возрастные аспекты оперативного лечения. Показания и противопоказания. Методики. Отдалённые результаты.
5. Воспалительные заболевания слюнных желёз у детей. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Диффдиагностика. Лечение. Исход. Прогноз.
6. Рентгенологические методы диагностики в детской стоматологии.
7. Травмы челюстных костей у детей: виды, особенности клинического течения, диффдиагностика и диффдиагностика, лечение, реабилитация.
8. Операция реплантации при полном вывихе постоянного зуба у ребёнка.
9. Вколоченный вывих зуба. Клиника. Диагностика, диффдиагностика, выбор лечебной тактики. Техника проведения ретрузии. Сроки шинирования. Критерии выбора ортодонтической ретрузии.
10. Применение лазера в детской хирургической стоматологии.

Раздел 4. Челюстно-лицевая хирургия детского возраста

1. Организация работы отделения ЧЛХ ОДКБ. Заболеваемость. Показания к госпитализации.

2. Флегмоны и абсцессы ЧЛО у детей. Принципы оперативного и антибактериального лечения, сроки госпитализации, реабилитация в постгоспитальном периоде.
3. Онконастороженность детского стоматолога.
4. Травмы ЧЛО области у детей. Показания к госпитализации. Реабилитация в постгоспитальный период.
5. Доброкачественные опухоли ЧЛО у детей. Показания к госпитализации. Реабилитация в постгоспитальный период.
6. Злокачественные опухоли ЧЛО у детей. Принципы лечения. Этапы лечения. Исход. Прогноз. Реабилитационное лечение.
7. Оперативное лечение детей с врождёнными пороками развития ЧЛО. Возрастные аспекты оперативного лечения. Этапы реабилитации. Роль детского стоматолога.

2.3. Ситуационные задачи

№	Ситуационная задача	Код компетенции, на формирование которой направлено задание
Б1.Б.1.1	Раздел 1. Организация детской стоматологической службы в России и профилактика стоматологических заболеваний у детей	
1.	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предварительный диагноз 2) С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика 3) Предложите план лечения 4) Предложите профилактические мероприятия для детского населения в данном регионе. 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	<p>Ребёнку 7 месяцев, родился недоношенным у мамы с тяжёлым токсикозом первой половины беременности. Впервые на осмотре у детского стоматолога. Прорезавшихся зубов ещё нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Какую патологию твёрдых тканей временных зубов можно ожидать с высокой долей вероятности 2) Каков риск развития кариеса у данного ребёнка? 3) Каковы особенности в данной ситуации кариозного процесса? 4) Составьте план профилактических мероприятий на ближайшие два года для данного ребёнка. 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
3.	<p>Ребёнку 7 лет. КПУ+кп=0+4, полость рта санирована.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Для каких зубов в данной ситуации актуален метод герме- 	УК-1, УК-2 УК-3

	<p>тизации фиссур в качестве профилактики кариеса?</p> <p>2) Перечислите все этапы проведения данного метода.</p> <p>3) Какие пломбирочные материалы могут быть использованы?</p> <p>4) Что такое истинные герметики? Перечислите те, которые Вам известны</p> <p>5) Чему равна редуция кариеса при использовании герметизации фиссур?</p> <p>6) К какой диспансерной группе принадлежит данный ребёнок? Назовите сроки диспансерного наблюдения.</p> <p>7) Главная цель диспансеризации и её задачи.</p>	ПК-1-13
4.	<p>Ребёнку 3 года, кп=0. Мама привела ребёнка с целью профилактики кариеса с предложением провести герметизацию фиссур молочных моляров.</p> <p>1) Перечислите номера зубов, в которых в данной ситуации имеет смысл проводить герметизацию.</p> <p>2) Какие материалы предпочтительно выбираются для герметизации в данной ситуации?</p> <p>3) Что может быть противопоказанием к проведению герметизации фиссур у данного ребёнка?</p> <p>4) Какие методы экзогенной профилактики кариеса Вы можете предложить маме кроме герметизации фиссур. Обоснуйте их применение.</p> <p>5) Что такое эндогенная профилактика кариеса? Насколько обосновано её применение в данной ситуации?</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
Раздел 2. Детская терапевтическая стоматология		
1.	<p>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.</p> <p>1) Дополнительные методы исследования и консультации специалистов, которые необходимо провести.</p> <p>2) При каких общих заболеваниях может наблюдаться данная клиническая картина?</p> <p>3) Ваша тактика.</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	<p>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.</p> <p>1) Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>2) Причина данного заболевания</p> <p>3) Ваш план лечения</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
3.	<p>На приём к Вам мама привела девочку 9-ти лет. На</p>	УК-1, УК-2

	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 2) Проведите дифференциальную диагностику. Насколько целесообразно проведение ЭОД? 3) Какие лечебные прокладки применяют, механизм действия предложенных лечебных прокладок? 4) Какие пломбировочные материалы можно использовать в данном случае? 5) Сколько посещений потребует лечение этих зубов? 	<p>УК-3 ПК-1-13</p>
4.	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предварительный диагноз 2) Проведите дифференциальную диагностику 3) Предложите метод лечения. Обоснуйте свой выбор. 4) Какие методы лечения можно применить в данной ситуации? 	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
5.	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 3.5 и опишите клиническую картину. 2) Что привело к развитию данной патологии? 3) Проведите дифдиагностику. 4) Ваш план лечения. 	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
6.	<p>Девочке 9,5 лет. Жалуется на изменение формы и цвета эмали резцов и клыков. Из анамнеза выявлено: в 10 месячном возрасте перенесла ОРВИ тяжёлой формы, лечение в условиях стационара, антибиотикотерапия 2-х недельным курсом.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Ваш предварительный диагноз. С чем необходимо дифференцировать данную патологию? 7) Опишите клиническую картину 8) Возможные причины, приводящие к развитию данной патологии. 9) Опишите патогенез данной патологии 10) Предложите последовательный план лечения данной патологии в возрастном аспекте. 	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
7.	<p>Мальчик, 14 лет, жалуется на косметический дефект. Год назад получил удар клюшкой по зубам. Объективно: выявлен поперечный перелом коронки 1.1 в пределах</p>	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>

	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предварительный диагноз для зуба 1.1 2) Причина возникновения очага деструкции в костной ткани. 3) Обоснуйте и выберите метод лечения 1.1. 4) Возможные осложнения лечения. Предполагаемый исход и прогноз. 	
8.	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз. 2) Проведите дифференциальную диагностику. 3) К каким специалистам следует направить ребёнка для консультации? 4) Определите свою роль как детского стоматолога при лечении данного ребёнка. Каков прогноз заболевания? 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
9.	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз 2) С чем следует дифференцировать данное заболевание? 3) Каковы рентгенологические отличия гингивита от пародонтита? 4) Какие дополнительные методы обследования следует провести? И с какой целью? 5) Составьте план лечения 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
10.	<p>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.</p> <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз. 2) Проведите дифференциальную диагностику. 3) Составьте план обследования. 4) Предложите комплексный план лечения и профилактики 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	тики.	
11.	<p>Больной Б., 17 лет, обратился к врачу-ортодонт по поводу эстетического дефекта в переднем отделе верхней челюсти. Врач обнаружил скученность зубов, гиперемию слизистой оболочки десны переднего отдела верхней челюсти, пародонтальные карманы до 3 мм в области передней группы зубов верхней челюсти, низкое прикрепление уздечки верхней губы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз. Опишите патогенез заболевания в данной клинической ситуации. 2) Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза? 3) Опишите рентгенограмму при данной патологии. 4) Составьте план лечения. 5) Ваш прогноз. 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
12.	<p>Ребёнку 3г 7мес. Жалуется на острую самопроизвольную боль в области верхней челюсти справа. Боль началась около 3-х часов назад, сначала приступообразно по 3-5 минут с интервалами в 10-15 минут, через час практически «светлые промежутки» закончились. Ребёнок беспрерывно плакал, сам нашёл способ ослабления боли: набирал в рот холодную воду. Из анамнеза выяснили, что неделю назад малыш заболел ОРВИ. В настоящий момент находятся на амбулаторном лечении у педиатра. При объективном осмотре выявлено: а) при внешнем осмотре пальпируются несколько уплотнённые болезненные размером с боб или фасоль единичные подвижные лимфоузлы в поднижнечелюстной области справа; б) в полости рта незначительная гиперемия слизистой оболочки десны в проекции зуба 5.4, сравнительная перкуссия которого болезненная; в) на внутриротовой рентгенограмме зуба 5.4 выявлен дефект твёрдых тканей на дистальной</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 2) Обоснуйте диагноз и проведите дифференциальную диагностику 3) Какое обстоятельство явилось пусковым моментом для начала воспаления в пульпе? 4) Предложите метод лечения. Обоснуйте свой выбор. 5) Выполнение предложенного Вами метода лечения по этапам 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
13.	<p>К детскому стоматологу обратился пациент 16 лет, с целью санации полости рта. Жалобы на застревание пищи между зубами. Из анамнеза выяснено, что последний раз был на приёме в врача 7 лет назад, последние 2 года периодически отмечает болезненность и дискомфорт при жевании в области верхней челюсти слева. Объективно: на жевательной и медиально-контактной поверхности</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	<p>зуба 2.6 пломба с нарушенным краевым прилеганием. Под пломбой кариозная полость, зондирование безболезненное. Перкуссия зуба 2.6 безболезненна. Отмечается гнилостный запах при препарировании зуба 2.6. На десне в проекции верхушки медиально-щечного корня 2.6 имеется рубец от свища. Межзубной десневой сосочек гипертрофирован и кровоточит. На рентгенограмме в проекции верхушек небного и медиально-щёчного корней зуба 2.6 отмечаются очаги деструкции костной ткани, с нечеткими контурами, неправильной формы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предварительный диагноз зуба 2.6. 2) Алгоритм лечебных манипуляций. 3) Проведите дифференциальную диагностику. 4) Ваша тактика при отсутствии динамики восстановления костной ткани. 	
14.	<p>К детскому стоматологу обратился юноша 16 лет с жалобами на зуд, жжение в деснах, кровоточивость при чистке зубов, эстетический дефект в виде разрастания десны. Из анамнеза выяснено, что молодой человек страдает эпилепсией с раннего детства, принимает противосудорожные препараты, находится под постоянным наблюдением психиатра.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Опишите предположительный местный статус 2) Поставьте предварительный диагноз 3) Что спровоцировало заболевание? 4) Ваша тактика 	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
15.	<p>К Вам на приём пришёл юноша 17 лет. Жалобы: боль, кровоточивость, зуд в деснах, слабость, головную боль, повышение температуры до 38*С. Из анамнеза выяснено, что заболел два дня назад, до этого за несколько дней перенёс ОРВИ в лёгкой форме, затем было резкое переохлаждение. Объективно: лицо бледное, одутловатое, резкий гнилостный запах от пациента при входе в кабинет ощущается на расстоянии. Регионарные лимфоузлы немного уплотнённые, болезненные, подвижные, размером с крупную фасоль, в количестве 3-4 в поднижнечелюстной и шейной областях с обеих сторон.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз. Этиология. Патогенез. 2) Опишите клиническую картину в полости рта. 3) Назначьте дополнительные методы обследования, обоснуйте. 4) Проведите местное лечение 5) Назначьте общее лечение 6) Что спровоцировало заболевание? Ваш прогноз. Диспансерное наблюдение. 	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>
16.	<p>Ребёнку 6 лет. Мама привела на приём к детскому стоматологу с целью профилактического осмотра. Объективно: на жевательной и медиальной поверхности 7.5 кариозная полость, заполненная мягким коричневым некротизированным дентином, после эвакуации которого, выявляется сообщение с полостью зуба в области меди-</p>	<p>УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13</p>

	<p>ального щёчного рога пульпы, зондирование которого безболезненно. Зондирование болезненно при продвижении инструмента вглубь пульпы. Корневая пульпа кровоточит, частично сегментирована.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз 2) Опишите предполагаемую рентгенологическую картину 7.5 3) Выбор метода лечения, обоснование. 4) Опишите лечение по этапам. 5) Рентгенологический контроль, реабилитационный период, прогноз для премоляра. 	
Раздел 3. Детская хирургическая стоматология		
1.	<p>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 отграниченное, болезненное при пальпации образование около 10x12 мм, кожа над которым гиперемирована. В центре образования определяется след от укуса.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предполагаемый предварительный диагноз 2) Дифференциальная диагностика. 3) Ваша тактика в данном случае. 4) Из чего складывается лечение 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	<p>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 обеих корней с вовлечением зоны фуркации. Очаг резорбции имеет нечёткие контуры и неоднородную рентгенологическую плотность.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 2) Выберите и обоснуйте план лечения 3) Возможные осложнения данного воспалительного процесса. 4) Прогноз заболевания 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
3.	<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</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	<p>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. С нёбной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 2) Назначьте дополнительные методы обследования. Опишите ожидаемые результаты. 3) Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4) Ваш план лечения 	
4.	<p>Ребёнок в возрасте 2 года 2 месяца. Час назад получил травму в область верхней челюсти при падении с качелей. При осмотре определяется смещение 6.1, 5.1, 5.2 и отсутствие 6.2, в лунке которого виден кровяной сгусток. 5.1 и 6.1 смещены к окклюзионной плоскости, а 5.2 смещён орально и выдвинут к окклюзионной плоскости. В области десневого края травмированных зубов определяются кровяные сгустки. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти гиперемирована и отёчная, на слизистой оболочке и на красной кайме нижней губы имеются ссадины и ранки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз 2) Проведите необходимые дополнительные методы обследования. Укажите возможные результаты. 3) Составьте план лечения. 4) Укажите возможные исходы. 5) Какой альтернативный вариант лечебной тактики возможно предложить, учитывая вероятные осложнения, и какие могут способствовать этому выбору? 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
5.	<p>Юноша, 17 лет, обратился с жалобами на образование на верхней губе. Боли нет. Из анамнеза: образование появилось около года назад, в течение трёх лет проходит ортодонтическое лечение брекет-системой. Объективно: определяется плотное, безболезненное образование размером около 15мм в диаметре, на широком основании, располагающееся на слизистой оболочке верхней губы. Состоит из двух долек. Слизистая оболочка над образованием неизменена.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте предварительный диагноз. 2) Возможная этиология в данном случае 3) Проведите дифференциальную диагностику с приведением ожидаемых результатов допол- 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	нительных методов исследования. 4) Предложите вариант лечение	
Раздел 4. Челюстно-лицевая хирургия детского возраста		
1.	<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> <ol style="list-style-type: none"> 5) Поставьте предварительный диагноз. 6) Проведите дифференциальную диагностику. 7) Этиопатогенез данного заболевания. 8) Определите лечебную тактику. 9) Как и кем ставится окончательный диагноз? 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
2.	<p>Девочка, 15 лет, жалуется на припухлость в поднижнечелюстной области слева, ноющие боли, периодически усиливающиеся. Повышение температуры тела до 38*С. В анамнезе: боль впервые появилась около 2-х недель назад во время приёма пищи. Через неделю перенесла ОРВИ, после чего появилась припухлость, повышение температуры тела, усиление боли, изменение её характера (чувство распирания). Лечилась домашними средствами: йодная сетка, компрессы с мазью Вишневского. Результат отрицательный. Объективно: внешне выявляется асимметрия лица за счёт отёка в поднижнечелюстной области слева, пальпация болезненная. Кожа в области отёка гиперемирована. При бимануальном обследовании полости рта слева обнаруживается плотный инфильтрат, болезненный при пальпации. Вартонов проток слева расширен, гиперемирован, слюна выделяется скудная, мутная, с примесью гноя. На рентгенограмме дна полости рта определяется тень конкремента длиной около 1 см в переднем отделе выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз. 2) Предложите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза с данными результатов при этом диагнозе. 3) План лечения данного пациента 	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	4)	
3.	<p>У ребёнка 4-х месячного возраста поставлен диагноз «Врождённая полная правосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба»</p> <p>1) Опишите анатомическую особенность данной патологии</p> <p>2) Какие функциональные нарушения имеются при данной патологии?</p> <p>3) Ваш план комплексного лечения и реабилитации.</p> <p>4) Пути профилактики данной патологии</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
4.	<p>К детскому стоматологу обратились родители с 6-летним ребёнком, которые заметили припухлость обеих щёк. Из анамнеза выяснилось, что впервые родители заметили припухлость в 4-летнем возрасте, которая медленно увеличивается с ростом ребёнка. При внешнем осмотре определяется симметричная припухлость в области углов и тела нижней челюсти с обеих сторон. Кожа данных областей бледная. Определяется выраженная подкожная венозная сеть. Пальпаторно определяется утолщение костной ткани в области тела и углов нижней челюсти справа и слева. Поднижнечелюстные лимфоузлы пальпируются размером по 10-15 мм, безболезненные, подвижные, мягкие, единичные. Движения нижней челюсти в полном объёме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Переходная складка в области тела нижней челюсти с обеих сторон сглажена. Пальпаторно определяется выбухание кости плотно-эластической консистенции, безболезненное. На ОПГ определяется симметричное поражение обеих половин нижней челюсти в виде множественных кистовидных очагов просветления различного размера и формы, занимающих область тела, угла и ветвей нижней челюсти. Эти очаги чередуются с грубыми бесформенными участками повышенной плотности. Кортикальная пластинка истончена, но нигде не прерывается.</p> <p>1) Поставьте предварительный диагноз</p> <p>2) Какие данные семейного анамнеза необходимо выявить?</p> <p>3) Назовите дополнительный метод обследования, который необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза.</p> <p>4) Каковы особенности течения данного заболевания?</p> <p>5) Предложите врачебную тактику.</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
5.	<p>Мальчик 14 лет. Жалобы на боли в области нижней челюсти с двух сторон, невозможность плотного смыкания зубов. Из анамнеза выяснено, что около 3-х часов назад получил в драке удар в нижнюю челюсть справа. На ортопантограмме определяются две линии перелома, которые проходят через периодонтальную щель зубов 3.5 и 4.7.</p> <p>1) Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>2) Опишите проведение объективного обследо-</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

	<p>вания. Укажите дополнительные консультативно-диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.</p> <p>3) Ваш план лечения.</p> <p>4) Укажите возможные исходы.</p>	
6.	<p>К Вам на приём родители привели мальчика 6,5 лет. Жалобы: появление и прогрессирование асимметрии лица, ограничение открывания рта. Из анамнеза: постепенное ограничение открывания рта и смещение подбородка влево заметили с 7-ми месяцев. При осмотре ребёнок открывает рот с усилием, максимальное открывание рта на 1 см, боковые движения нижней челюсти отсутствуют, смещение подбородка влево за счёт укорочения тела и ветви нижней челюсти слева. Тело нижней челюсти справа уплощено и растянуто, левый угол рта приподнят, а правый – опущен. В полости рта: наклон окклюзионной плоскости, сужение и деформация зубных рядов, язычный наклон моляров нижней челюсти, смещение средней линии влево.</p> <p>1) Поставьте предварительный диагноз.</p> <p>2) Укажите возможный этиопатогенез данного заболевания.</p> <p>3) Предложите дополнительные методы обследования и укажите ожидаемые результаты.</p> <p>4) Ваш план лечения и комплексной реабилитации пациента. Этапы хирургического лечения.</p> <p>5) Перечислите специалистов, участвующих в лечении и реабилитации.</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13
7.	<p>У 8-ми месячного ребёнка врождённая левосторонняя неполная расщелина верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа.</p> <p>1) Предположительно опишите Status lokalis и поставьте диагноз в МКБ10</p> <p>2) Укажите этиопатогенез патологии.</p> <p>3) Какие функциональные нарушения сопутствуют данной патологии?</p> <p>4) Предложите план комплексного лечения и реабилитации данного ребёнка.</p>	УК-1, УК-2 УК-3 ПК-1-13

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, УК-2	5	Отлично	90-100%
УК-3	4	Хорошо	80-89%
ПК-1-13	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, УК-2, УК-3, ПК-1-13	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 тематический 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.