

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова
«29» августа 2025 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.76**
Стоматология детская.

Квалификация (степень) выпускника: **врач-стоматолог-детский**

Кафедра: **стоматологии Института НМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2025

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Македонова Ю.А.	заведующий кафедрой	д.м.н./профессор	Стоматологии Института НМФО
2.	Онищенко Л.Ф.	доцент	к.м.н./доцент	Стоматологии Института НМФО
3.	Огонян Е. А.	доцент	к.м.н., доцент	Стоматологии Института НМФО
4.	Павлова-Адамович А.Г.	доцент	к.м.н.	Стоматологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.76 Стоматология детская

Рецензент: главный врач ГАУЗ «ВОКСП», к.м.н, доцент Д. В.Верстаков

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры Стоматологии Института НМФО протокол № 12 от «26» 06 2025 года

Заведующего кафедрой стоматологии Института НМФО,
д.м.н., профессор _____ /Ю.А. Македонова/

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «26» 08 2025 года

Председатель УМК _____ /Н.И. Свиридова/

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики _____ /М. Л. Науменко /

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ»

Перечень тестовых вопросов

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ К ГИА

1. Дополнительный метод обследования при ушибах постоянных зубов

ЭОД
рентгенологическое
клинический анализ крови
ни один из перечисленных выше
термометрия

2. Зубы 84,74,64,54 прорезываются

на 9-12 месяце жизни ребенка
на 12-16 месяце жизни ребенка
на 17-20 месяце жизни ребенка
на 11-13 месяце жизни ребенка
на 14-15 месяце жизни ребенка

3. Скорее всего подтвердят диагноз «очаговая деминерализация» данные

метода прижизненной окраски
анамнеза
ЭОД
Визуального исследования после гигиенической обработки
прицельной рентгенографии

4. Периодонт формируется

мезенхимы зубного мешочка
мезенхимы зубного сосочка
передней половины эпителиальной пластинки
мезенхимы зубного мешочка и зубного сосочка

5. Формирование корней 17, 27, 37, 47 зубов заканчивается

в возрасте ребенка 15 лет
в возрасте ребенка 9 лет
в возрасте ребенка 7 лет
в возрасте ребенка 10 лет
в возрасте 11 лет

6. Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2-3 дня чаще происходит в зубах :

сформированных однокорневых
не сформированных однокорневых
сформированных многокорневых
не сформированных многокорневых

7. Начальный кариес (стадии мелового пятна временных зубов характеризуется :

подповерхностной деминерализацией
нарушением формирования эмали
поверхностной деминерализацией
некрозом эмали

8. Защитные свойства пульпы обеспечивают

коллагеновые волокна, одонтобласты
нервные волокна
эластические волокна
ни одна структура из вышеперечисленных
дентинные каналы

9. Предпочитаемый метод лечения при переломе коронки зуба со вскрытием полости зуба при несформированном корне :

частичная пульпотомия
непрямое покрытие пульпы
пульпэктомия
девитальная ампутация

10. Витальная пульпотомия временных зубов с несформированными корнями показана при :

язвенном пульпите
гнойном пульпите
остром пульпите
периодонтите

11. Показанием к прямому покрытию пульпы у постоянных зубов с несформированными корнями является :

бессимптомный обратимый пульпит с кариозным обнажением пульпы
бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным
обнажением пульпы
посттравматическое обнажение пульпы, спустя 16 часов после травмы
хронический гангренозный пульпит

12. Для местного применения при лечении кандидоза применяют:

1-2% раствор пищевой соды
10-20% раствор пищевой соды
инстиляции интерферона
противомикробные мази

13. Местная терапия экзематозного хейлита предусматривает применение:

мази Оксикорт
гигиенической губной помады
мази Клотримазол
мази Ацикловир

14. Наличие кровоточивости пульпы после пульпотомии в течение 5 минут является показанием к:

отсроченному лечению
проведению пульпотомии с фармокрезолом
удалению зуба
проведению пульпэктомии пульпы

15. Терапия кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта предусматривает применение препарата:

индометацин
кетоконазол
валцикловир
клотримазол

16. Для obtурации корневых каналов у детей используют:
резорбируемые пасты
термофилы
резорцин-формалиновые пасты
пасты на основе гидроксида кальция
17. Для непрямого покрытия пульпы у детей не используют материалы:
композиты световой полимеризации
твердеющие пасты
нетвердеющие пасты
СИЦ
18. При лечении периодонтита постоянного несформированного зуба не используется:
резорцин-формалиновая паста
иодоформная паста
МТА
гидроксид кальция
19. Постоянная obtурация корневого канала во временном зубе не проводится:
гуттаперчивыми штифтами
цинкоксидэвгенольной пастой
йодоформной пастой
кальцийсодержащей пастой
20. К реставрационным стеклоиономерным цементам относится:
Fiji 9
Vitrebond
Ultrablend
Cavalite
21. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:
фтористое и азотнокислосеребро
антисептики
гемостатики
биологически активные вещества
22. Оптимальная кратность проведения аппликаций препаратов кальция для ремотерапии:
не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель
3-4 раза в год
однократно при лечении кариеса
1 раз в год
23. Метод лечения пульпита, при котором удаляют коронковую пульпу с сохранением корневой, называется :
пульпотомия
непрямое покрытие пульпы
прямое покрытие пульпы
пульпэктомия
24. При затрудненной изоляции рабочего поля герметизация фиссур проводится :
стеклоиономерными цементами
композитными герметиками
компомерными герметиками
масляным дентином
25. Лечение кариеса у детей раннего возраста следует начинать :
с момента возникновения
в возрасте 3 года
в возрасте 5 лет
после физиологической смены зубов

26. Для проведения метода инфильтрации начальных форм кариеса применяется препарат :
- Icon**
 - Gaenial bond
 - G-coat
 - Opalustre
27. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод :
- глубокой ампутации**
 - диатермокоагуляции
 - прижизненной ампутации коронковой пульпы
 - девитальной ампутации
28. Тактика при случайной перфорации дна кариозной полости временного моляра у ребенка 5 лет, имеющего низкий уровень интенсивности кариеса :
- лечение биологическим методом**
 - лечение методом девитальной ампутации
 - лечение методом витальной ампутации
 - отсроченное пломбирование
29. Метод лечения моляров, предпочтительный при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет :
- девитальной экстирпации**
 - биологический
 - витальной ампутации коронковой пульпы
 - девитальной ампутации
30. Наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста у детей является паста :
- кальцийсодержащая**
 - резорцин-формалиновая
 - эвгеноловая
 - эндометазоновая
31. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является :
- цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты**
 - пломбирование за верхушку "причинных" зубов
 - пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
 - цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты
32. Критерием эффективности лечения пульпита в постоянных несформированных зубах является :
- апексогенез**
 - апексификация
 - формирование дентинного мостика
 - трехмерная obturation корневого канала
33. Диспансерная группа детей раннего возраста включает детей :
- до 3 лет**
 - до 5 лет
 - с 3 до 5 лет
 - с 6 лет до 8 лет
34. 2-я диспансерная группа детей :
- практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов**
 - дети с хроническими заболеваниями
 - здоровые дети
 - дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

35. 1-й уровень участия медицинских учреждений в диспансеризации :
стоматологические кабинеты школ
отделения челюстно-лицевой хирургии
детские стоматологические поликлиники
стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений
36. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано :
произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям
эндодонтическое лечение
зуб удалить
37. 3-я диспансерная группа детей :
дети с хроническими заболеваниями
практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не
сказывающиеся на функции жизненно важных органов
здоровые дети
дети-инвалиды
38. Нозологическая форма заболевания, обязательная для диспансерного наблюдения :
кариес зубов
заболевание слюнных желез
гингивит
ожог слизистой оболочки языка
39. Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению с симметричным зубом :
быстрее
медленнее
одновременно со здоровым симметричным зубом
формирование прекращается
40. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутиационным методом контролируют рентгенологически :
через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
однократно после завершения лечения
однократно через 1 год после лечения
41. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть в постоянных зубах :
местная гипоплазия эмали
системная гипоплазия эмали
несовершенный амелогенез
несовершенный одонтогенез
42. Основным критерием эффективности лечения периодонтита постоянных зубов :
восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)
отсутствие боли при накусывании
отсутствие рецидивов воспаления
отсутствие свища на десне
43. Пульпа формируется из
мезенхимы зубного сосочка
мезенхимы зубного мешочка

эпителиальной ткани
передней половины эпителиальной пластинки
мезенхимы зубного сосочка и зубного мешочка

44. Корни молочных зубов формируются к

- 2 годам
- 3 годам
- 4 годам
- 5 годам**
- 6 годам

45. Назначьте средства гигиены полости рта младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде :

гигиеническую зубную пасту

лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фтор

лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые

соли

лечебно-профилактические зубные пасты с экстрактами лечебных трав

46. Назначьте средства гигиены ребенку с iii степенью активности кариеса :

лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора

лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных

трав

гигиенические зубные эликсиры

гигиенические зубные пасты и эликсиры

47. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь :

кальцинова

интерферон

имудон

лактобактерин

48. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь с 7-летнего возраста :

берокка

бифидобактерин

йодид калия

метилурацил

49. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания :

мясные консервы

кисломолочные продукты

зелень, овощи

сыры

50. В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания :

конфеты

творог

овощи

мясо

51. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать :

с 1 года

в период прорезывания первых временных зубов

в период прорезывания первых постоянных зубов

у первоклассников

52. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте :

6-7 лет

8-9 лет

10-11 лет

12-13 лет

53. Проницаемость эмали понижается под действием :

глюконата кальция

углеводистой пищи

ультрафиолетового облучения

цитрусовые

54. Клинические формы флюороза :

меловидно-крапчатая

чашеобразная

гипсовые зубы

рифленные зубы

55. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесовосприимчивых детей применяют :

гель GC Tooth Mousse

30% раствор нитрата серебра

2 % раствор питьевой соды

иодид калия

56. Для профилактической обработки эмали прорезавшихся постоянных зубов у кариесовосприимчивых детей применяют :

фторлак

сафарейт

2% раствор метиленового синего

р-р Шиллера-Писарева

57. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе :

вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов

эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета

наличие белых пятен и крапинок

меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

58. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали :

первые моляры и фронтальные зубы

фронтальные

все группы зубов

резцы и вторые моляры

59. Клинические проявления флюороза :

белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода

минерализации

слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

борозды параллельные режущему краю

60. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали на :

косметический недостаток

боли от горячего раздражителя

ночные боли

подвижность зубов

61. Цемент корня зуба формируется

мезенхимы зубного сосочка

из эпителиального влагалища

мезенхимы зубного мешочка

передней половины эпителиальной пластинки

мезенхимы

62. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза :

изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба

окрашивание коронок зубов в желтый цвет

симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

63. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют :

корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба

расширение периодонтальной щели у верхушки корня

корни зубов нормальной длины

просвет корневого канала широкий

64. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:

фронтальные

премоляры

первые моляры и фронтальные зубы

все группы зубов

резцы и вторые моляры

65. Клинические проявления флюороза:

пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

борозды, параллельные режущему краю

66. Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

болезни матери во II половине беременности

болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка

множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом

болезни матери в I половине беременности

травматическое повреждение молочных зубов

67. Причинные неблагоприятные факторы развития местной гипоплазии эмали :

хронический периодонтит молочного зуба

интоксикация фтором

заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

прием тетрациклина в период формирования зачатков зубов

68. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

болезни матери в I половине беременности

болезни матери во II половине беременности

болезни ребенка в I половине первого года жизни

генетические факторы

болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

69. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина :

генетические факторы

болезни матери во I половине беременности

болезни матери во II половине беременности

болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

70. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали :

пигментированное пятно на эмали

рифленные зубы

облитерация полости зуба

поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

71. Неотложной помощью при обострении хронического периодонтита после вскрытия полости зуба является :

удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба,

медикаментозная обработка канала, временное пломбирование канала пастой на основе гидроокиси кальция

удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии

раскрытие полости зуба, назначение теплые ротовые ванночки

разрез по переходной складке

72. Эод при хронических пульпитах постоянных зубов :

20-60 мкА

2-6 мкА

8-10 мкА

10-20 мкА

73. Проницаемость эмали повышается под действием :

углеводистой пищи

ультрафиолетового света

глюконата кальция

фторидсодержащих зубных паст

74. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются :

прокладки на основе гидроокиси кальция

пасты с гормональными препаратами

пасты с антибиотиками

форфенан

75. Основой лечебных прокладок - дикал, - кальци - пульп, - кальмецин является :

гидроокись кальция

антибиотик

антисептик

интерферон

76. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют :

2 % раствор метиленового синего

реактив Шиллера-Писарева

раствор йодистого калия

бриллиантовый зеленый

77. . Каким пломбировочным материалом возможно запломбировать несформированные каналы первого постоянного моляра

гуттаперчевым

одонтотропной пастой

резорцин - формалиновой пастой

не одним из названных

цинкоксидаэвгеноловой

78. Резорцин - формалиновая паста является лучшим материалом для пломбирования корневых каналов

при инструментально – проходимых каналах

при инструментально – непроходимых каналах

при фиброзном периодонтите

не названо

при хроническом фиброзном пульпите

79. Кератопластические средства :

актовегин, солкосерил

неомициновая мазь

теброфеновая мазь

клотримазол

80. Наиболее эффективным методом лечения пульпита в зубах с несформированной верхушкой корня является

метод девитальной экстирпации

метод витальной ампутации

удаление зуба

метод девитальной ампутации

метод витальной экстирпации

81. АМПУТАЦИЯ - ЭТО

удаление коронковой пульпы

удаление корневой пульпы

удаление коронковой и корневой пульпы

вскрытие полости зуба

частичное удаление корневой пульпы

82. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от :

диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии

стадии развития зубов и их групповой принадлежности

только групповой принадлежности зубов

83. Причиной химической травмы пульпы чаще всего бывает

травматическое препарирование

интенсивное стирание режущего края или жевательной поверхности

нерациональное применение сильнодействующих фармацевтических препаратов или пломбировочных материалов

препарирование с водяным охлаждением

препарирование на низких оборотах

84. Лечение хронического катарального гингивита :

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек,

пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

85. Лечение гипертрофического гингивита :

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

86. Лечение атрофического гингивита :

гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

87. Лечение язвенно-некротического гингивита :

обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
гигиена полости рта, обезболивание, массаж

88. Острый токсический периодонтит развивается :

при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты

при выведении за верхушку пломбировочного материала

после проведения резорцин-формалинового метода

при медикаментозной обработке канала 3 % гипохлоритом натрия

89. Методика лечения кариеса в стадии меловидного пятна постоянных зубов :

аппликация реминерализующих препаратов

препарирование с последующим пломбированием

аппликация раствора гидрокарбоната натрия

импрегнация 30% раствором нитрата серебра

90. Наиболее благоприятный исход при травме зуба с несформированными корнями

завершение формирования корня зуба

гиперцементоз верхушки корня зуба

закрытие корня зуба без завершения роста в длину

стабилизация первоначальной ситуации

удаление зуба

91. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется :

гель ROCS Medical Minerals

раствор нитрата серебра 30 %

р-р Шиллера-Писарева

гипохлорит натрия

92. Форма пульпита, при которой всегда кариозная полость сообщается с полостью зуба

острый общий пульпит

острый частичный пульпит

хронический фиброзный пульпит

хронический гипертрофический пульпит

обострение хронического фиброзного пульпита

93. При лечении среднего кариеса временных моляров можно без прокладки применять :

стеклоиномерный цемент

силидонт

композитные материалы

силицин

94. Каналы молочных резцов со сформированными корнями предпочтительнее пломбировать

пастой на масляной основе с оксидом цинка

фосфат-цементом

гуттаперчевыми штифтами

не пломбировать вообще

любой рентгеноконтрастной пастой

95. При наличии свища на десне при хроническом гранулирующем периодонтите тактика по отношению к причинному временному зубу показано :

удаление зуба

эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку

эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с

последующей пластикой свищевого хода

эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

96. Стеклоиномерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов :

всех молочных и постоянных зубов

только молочных несформированных

только молочных сформированных

только постоянных несформированных

97. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять :

стеклоиномерные цементы

амальгаму

композитные материалы

силицин

98. Зуб 5.1 у ребёнка трёх лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется :

сохранить, проведя эндодонтическое лечение

удалить

оставить под наблюдением

сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

99. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в :

временных молярах независимо от стадии развития и в

несформированных постоянных молярах

временных молярах независимо от стадии развития корня

сформированных постоянных молярах

несформированных постоянных молярах

100. Форма пульпита, преимущественно выявляемая в молочных зубах при плановой санации полости рта у детей:

острый диффузный

хронический фиброзный

хронический гангренозный

хронический гипертрофический

острый очаговый

101. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

хроническом фиброзном
хроническом гангренозном
хроническом гипертрофическом
хроническом в стадии обострения
остром очаговом

102. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница) , региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

остром диффузном
хроническом гангренозном вне стадии обострения
хроническом гипертрофическом
остром очаговом
хроническом фиброзном

103. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе :

высокая ампутация
девитальная ампутация
девитальная экстирпация
витальная экстирпация

104. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается вследствие:

заболеваний матери во время беременности
травматических повреждений молочных зубов
нарушения оптимального состава микроэлементов в воде
болезней ребенка после рождения
множественного кариеса молочных зубов

105. При лечении хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения следует :

удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение

из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу
из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку

106. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует :

запломбировать канал
зуб оставить открытым
наложить временную пломбу (повязку)
направить на физиотерапию

107. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокорневого несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение проводят :

пломбирование канала пастой
противовоспалительную терапию
физиотерапевтические процедуры
канал зуба оставляют открытым

108. Рациональная тактика при хроническом периодонтите временных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом :

удаление зуба

пломбирование каналов пастой на масляной основе

пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

109. При лечении хронического периодонтита постоянного однокорневого зуба со сформированным корнем вне обострения :

вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал

в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым

раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки

удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

110. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет :

пломбирование стеклоиономерными цементами с последующим восстановлением стандартными защитными коронками

протезирование фарфоровыми коронками

пломбирование композитными материалами

динамическое наблюдение

111. Предпочтительный метод лечения несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите :

витальная ампутация

девитальная ампутация

девитальная экстирпация

витальная экстирпация

112. Метод серебрения применяют при лечении :

начальных форм кариеса временных зубов

начальных форм кариеса постоянных зубов

хронического гранулирующего периодонтита

хронического фиброзного пульпита

113. Препарирование временных зубов показано при :

среднем кариесе

поверхностном кариесе

кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе

кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе

114. На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят :

молочные моляры

молочные резцы

молочные клыки

постоянные клыки

115. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является :

перелом части коронки зуба

нарушение техники препарирования кариозной полости

обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси

водорода, спиртом, эфиром

нелеченный кариес

116. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является :
перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном
однокорневом зубе
любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со
сформированными корнями
117. Показанием к лечению пульпита методом девитальной ампутации является :
любая форма пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах
перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном
однокорневом зубе
118. Показанием к лечению пульпита методом высокой ампутации является :
перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов,
исключающая фиксацию пломбы
хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных
однокорневых зубах
119. Во временном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину
пластмассовую :
назубную
зубонаддесневую
Вебера
Ванкевич
120. Пришеечная область временных резцов минерализуется у ребенка :
в первые 3-4 месяца после рождения
до рождения
сразу после прорезывания зуба
к концу первого года жизни
121. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов :
вестибулярной
контактной
жевательной
в области режущего края
122. Жалобы при ушибе временных и постоянных зубов в первые 2-3 дня после травмы :
чувство выросшего зуба, отказ от твердой пищи
постоянные ноющие боли
интенсивные приступообразные ночные боли
боли от температурных раздражителей
123. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста :
хронический гранулирующий периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
хронический фиброзный периодонтит
хронический периодонтит в стадии обострения
124. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется :
короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня
нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое

- нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая
125. Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме проецируется :
нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое
нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
короче нормальной длины, корневой канал узкий
нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая
126. Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей :
хронический фиброзный
острый диффузный
хронический гангренозный
хронический гипертрофический
127. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от :
фиброматоза десен
пародонтита
хронического катарального гингивита
атрофического гингивита
128. Клинические формы флюороза :
меловидно-крапчатая
чашеобразная
бороздчатая
гипсовые зубы
129. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии :
симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
окрашивание коронок зубов в желтый цвет
меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
хрупкая, слущивающаяся эмаль
130. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:
небной и язычной моляров
вестибулярной моляров
вестибулярной резцов
небной и язычной резцов и клыков
любой поверхности всех зубов
131. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:
расширение периодонтальной щели у верхушки корня
корни зубов нормальной длины
широкий просвет корневого канала
корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба
расширение периодонтальной щели на всем протяжении
132. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:
сразу после их прорезывания
7-8 лет
8-9 лет
9-10 лет
старше 12 лет
133. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

- предупреждении возникновения факторов риска**
устранении факторов риска
повышении уровня здоровья
назначении коррегирующих (лечебных) мероприятий
134. Язвенно-некротический стоматит характерен для :
гингиво-стоматита Венсана
синдрома Бехчета
алиментарной анемии
железодефицитной анемии
135. Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба :
лунка зуба пустая
укорочение видимой части коронки
увеличение видимой части коронки
смещение коронки в сторону
136. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает :
перелом коронки
ушиб
перелом корня
вывих
137. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза :
7-9 и выше мг/л
0,5 мг/л
1 мг/л
2-3 мг/л
138. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостниц региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите :
остром диффузном
хроническом гангренозном вне стадии обострения
хроническом гипертрофическом
остром очаговом
139. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем, в первое посещение после эндодонтической обработки следует
запломбировать канал
зуб оставить открытым
наложить временную пломбу
произвести резекцию верхушки корня
удалить зуб
140. Резорцин - формалиновая паста состоит из
20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
40% формалина, резорцина до насыщения
30% формалина, резорцина до насыщения
141. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция :
одонтогенная от зубов нижней челюсти
острая респираторно-вирусная
постравматическая
одонтогенная от зубов верхней челюсти

142. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10 -14 лет являются зубы :

4.6, 3.6

4.5, 4.4, 3.4, 3.5

1.6, 2.6

1.5, 1.4, 2.4, 2.5

143. Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2-3 дня чаще происходит в зубах :

сформированных однокорневых

не сформированных однокорневых

сформированных многокорневых

не сформированных многокорневых

144. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при :

белом кариозном пятне

эрозии эмали

пятнистой форме гипоплазии

кариозном пигментированном пятне

145. Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом :

КПУ+кп

СРТИН

КПУ

ГИ

146. Рентгенологически при хронических формах пульпита в межкорневом пространстве у временных моляров чаще выявляется :

остеопороз

расширение периодонтальной щели

остеосклероз

гиперцементоз

147. Лечение ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба можно считать завершенным

сразу после пломбирования

после рентгенологического контроля за качеством пломбирования корневых

каналов

через 7 дней после пломбирования

через 3-6 месяцев после пломбирования

через 7-9 месяцев после пломбирования

148. Причиной развития локализованного пародонтита могут быть

аномалии положения зубов

постоянная травма нависающими краями пломбы при дефектах пломбирования

мелкое преддверие полости рта

все перечисленное

длительное ношение ортодонтического аппарата

149. Абсолютным показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является

возраст ребенка

сроки прорезывания постоянного зуба

характер деструктивных изменений в периодонте и степень

распространения процесса на фолликул, и зачаток постоянного зуба

не названо

дистопия постоянного зуба

150. Выведение за верхушку зуба гуттаперчивого штифта при лечении периодонтита- это активная терапия

да, так как стимулируется регенерация костной ткани

нет, так как не достигается полный герметизм корневого капала

нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации

костной ткани

не назван

скорее да, чем нет

151. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности :

губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано

компактный слой преобладает над губчатым веществом, которое хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован

губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

152. Витальная пульпотомия временных зубов с несформированными корнями показана при :

язвенном пульпите

гнойном пульпите

остром пульпите

периодонтите

153. Показанием к прямому покрытию пульпы у постоянных зубов с несформированными корнями является :

бессимптомный обратимый пульпит с кариозным обнажением пульпы

бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы

посттравматическое обнажение пульпы, спустя 16 часов после травмы

хронический гангренозный пульпит

154. Для местного применения при лечении кандидоза применяют :

1-2% раствор пищевой соды

10-20% раствор пищевой соды

инстилляций интерферона

противомикробные мази

155. При легкой степени пародонтита на г-грамме выявляются изменения :

резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок

резорбция костной ткани альвеолярного отростка на е корня

сохранность кортикальной пластинки лунок зубов

нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка

156. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при :

локальном пародонтите

генерализованном гингивите

локальном и генерализованном гингивите

атрофическом гингивите

157. Формалиновая проба положительна при :

пародонтите

катаральном гингивите

гипертрофическом гингивите

атрофическом гингивите
158. Пародонтолиз наблюдается при:

синдроме Папийона-Лефевра
функциональной перегрузке зубов
эндемическом зобе
заболеваниях желудочно-кишечного тракта
заболеваниях сердечно-сосудистой системы

159. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит:

переходу в следующую фазу заболевания
стабилизации процесса
выздоровлению
не влияет на течение заболевания
обострению процесса

160. К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее :

8
4
6
10

161. К концу второго года жизни у ребенка должны прорезаться зубы :

молочные фронтальные зубы и первые моляры
все молочные
только нижние центральные молочные резцы
молочные фронтальные зубы

162. Все временные зубы у ребенка должны прорезаться к :

2,5 – 3 годам
концу первого года
концу второго года
6-7 годам

163. Корни временных резцов заканчивают формирование к :

2 годам
3 годам
4 годам
5 годам

164. Корни временных клыков формируются к :

5 годам
2 годам
3 годам
4 годам

165. Корни временных моляров формируются к :

4 годам
2 годам
5 годам
6 годам

166. Патологическая резорбция корней наблюдается :

при хроническом периодонтите
в интактных зубах с живой пульпой
при хроническом фиброзном пульпите
при хроническом гангренозном пульпите

167. Физиологическая резорбция корней временных зубов начинается в среднем :

- через 3 года после окончания формирования корней зубов**
через 1 год после прорезывания зубов
через 2 года после прорезывания
через 3 года после прорезывания зубов
168. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости :
ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
с четкими контурами у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
169. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к :
10 годам
11 годам
12 годам
13 годам
170. Корни премоляров заканчивают свое формирование к :
12 годам
10 годам
13 годам
15 годам
171. Толщина эмали после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка :
уменьшается в результате физиологического стирания
увеличивается в результате функционирования энамелобластов
не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют
увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии
172. Толщина дентина после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка :
увеличивается в результате функционирования одонтобластов
увеличивается в результате функционирования энамелобластов
не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии
173. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали :
пигментированное пятно на эмали
рифленные зубы
облитерация полости зуба
поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
174. Корни постоянных вторых моляров заканчивают свое формирование к :
15 годам
10 годам
13 годам
16 годам
175. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена :
по стенкам кариозной полости
на дне кариозной полости в одной точке
по стенкам кариозной полости и всему дну
не выражена
176. Проявления врожденного сифилиса в полости рта :
папулы округлой или овальной формы
гнойные корки на губах
афты, сливающиеся эрозии
разлитая эритема

177. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:

болезни Иценко-Кушинга
гипофизарном нанизме
синдроме Папийона-Лефевра
циклической нейтропении
врожденном сифилисе

178. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

заболевания желудочно-кишечного тракта
скученность зубов
заболевания крови
экссудативный диатез
болезни почек

179. Раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

3% H₂O₂
30% AgNO₃
30% трихлоруксусной кислоты
40% формалина
йодиол

180. Географический язык характеризуется клиническими признаками :

неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере
обильный белый налет на спинке языка
плотный темно-коричневый налет на спинке языка

181. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
десна увеличена в размере, деформирована
десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
десна бледная, обнажение шеек зубов

182. Для проведения формалиновой пробы применяют раствор:

0,5%
3%
10%
20%
40%

183. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

2,5% р-р йода
0,06% хлоргексидина
20% AgNO₃
40% формалина
р-р бриллиантовой зелени

184. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта :

единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные

единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные
пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

185. Уменьшение клинической высоты коронки зуба характерно для :

вколоченного вывиха

ушиба зуба
вывиха зуба без смещения
полного вывиха

186. Вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите является :

эрозия

папула
пузырек
пятно

187. Дифференциальная диагностика фолликулярной кисты проводится с :

радикулярной кистой

одонтомой
цементомой
репаративной гранулемой

188. Недоразвитие эмали и дентина отмечается при синдроме :

Стентона-Капдепона

эктодермальной дисплазии
Мелькерсона-Розенталя
кошачьего крика

189. Травматическое повреждение, наиболее характерное для ребенка раннего возраста :

вколоченный вывих временного зуба

перелом корня зуба
перелом челюсти
вывих височно-нижнечелюстного сустава

190. Афты беднара относятся к заболеванию слизистой оболочки полости рта :

хроническая травма слизистой

хронический рецидивирующий афтозный стоматит
острый герпетический стоматит
вторичный сифилис

191. Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде :

эрозий с фестончатыми краями

афт и эрозий
папулы округлой или овальной формы
гнойных корок на губах

192. Отверткообразная или бочкообразная форма коронки и полулунная выемка на режущем крае центральных резцов характерны для зубов :

Гетчинсона

Пфлюгера
Фурнье
Тернера

193. Главная цель лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта

ликвидировать воспаление тканей пародонта
стимулировать процесс регенерации
восстановить нарушенную функцию тканей пародонта

устранить причинные факторы, ликвидировать воспаление тканей пародонта, восстановить нарушенную функцию тканей пародонта

стимулировать процесс регенерации и восстановить нарушенную функцию тканей пародонта

194. Возбудителем герпангины является :

вирус коксаки
вирус простого герпеса
вирус гриппа
цитомегаловирус

195. Тактика лечения ювенильного хронического катарального гингивита у пациента с зубочелюстной аномалией

на первом этапе ортодонтическое лечение, затем лечение гингивита (симптоматическое)
симптоматическое лечение гингивита, затем ортодонтическое
симптоматическое лечение гингивита, ортодонтическое лечение, на протяжении которого периодически повторяется симптоматическое лечение
ортодонтическое лечение
симптоматическое лечение

196. Микроорганизмы, поддерживающие воспаление в тканях пародонта

грибы рода Candida
St. aureus
Str. mutans
Act. Viscosus
St. aureus и Str. mutans

197. Для лечения пиодермии применяются мази:

2% неомициновая
0,25 % оксолиновая
клотримазол (канестен)
бутадионовая
гепариновая

198. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте :

старше 8 лет
1-3 лет
3-6 лет
6-8 лет

199. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:

ферменты
антисептики
антибиотики
противовирусные препараты
кератопластики

200. Врачебная тактика при полном вывихе временного зуба :

реплантации не подлежит
зуб обязательно должен быть реплантирован
если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется
временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет

201. Целесообразное лечение полного вывиха постоянного резца со сформированным корнем :

реплантация зуба с предварительным его пломбированием
возмещение дефекта съемным протезом
реплантация зуба без пломбирования
имплантация

202. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

противовирусные препараты
антисептики
протеолитические ферменты
обезболивающие средства
антибиотики

203. Во избежание рецидива кандидоза лечение должно продолжаться :

7-12 дней после ликвидации налета
7 дней
до полной ликвидации налета
5 дней

204. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1-2 дня
3-1 дня
5-6 дней
7-9 дней
10-12 дней

205. Местная терапия экзематозного хейлита предусматривает применение :

мази Оксикорт
гигиенической губной помады
мази Клотримазол
мази Ацикловир

206. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения :

через 8-10 мес после заживления раны
сразу после обнаружения
через 5 лет после травмы
после окончания формирования и роста тканей

207. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета на 1 кг массы тела:

50 000 ЕД
100 000 ЕД
150 000 ЕД
200 000 ЕД
250000 ЕД

208. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к :

развитию генерализованной формы
более быстрому выздоровлению
не вызывает изменений
летальному исходу

209. При лечении ушиба однокорневого временного зуба необходимо :

сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета

- удаление травмированного зуба
 - эндодонтическое лечение
 - шинирование зуба
210. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением :
- удаление зуба**
 - репозиция
 - динамическое наблюдение за зубом
 - эндодонтическое лечение
211. При лечении полного вывиха временных зубов необходимо :
- рациональное протезирование при отсутствии зуба**
 - динамическое наблюдение без вмешательства
 - при сохранности зуба — пломбирование канала
 - шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели
212. Для профилактики кандидоза нистатин назначают при лечении препаратами :
- антибиотиками**
 - противовирусными
 - антигистаминными
 - анальгетиками
213. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе :
- слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах**
 - пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 - меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
214. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах :
- окрашивание коронок зубов в желтый цвет**
 - симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 - меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
215. Причинные неблагоприятные факторы развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии капдепона):
- передача патологии твердых тканей по наследству**
 - хронический периодонтит молочного зуба
 - заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 - вколоченный вывих молочных зубов
216. Заболевания, являющиеся наследственными :
- несовершенный амелогенез**
 - системная гипоплазия
 - тетрациклиновые зубы
 - местная гипоплазия
217. Основным методом обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия :
- инфильтрационная**
 - инфраорбитальная
 - туберальная
 - внутрикостная
218. Наилучший эффект обезболивания при удалении постоянных моляров нижней челюсти у детей достигается анестезией :
- аппликационной + торусальной**
 - аппликационной + инфильтрационной
 - аппликационной + туберальной

- аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией
219. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью :
прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
обеспечения дальнейшего формирования зуба
прекращения дальнейшего формирования корня
ускорения формирования корня
220. Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов :
йодинол
раствор Шиллера-Писарева
физиологический раствор
спирт
221. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать :
пастой из окиси цинка на масляной основе
резорцин-формалиновой пастой
фосфат-цементом
пастой Каласепт
222. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации :
2,5-3 %
0,5-1 %
10-15 %
0,2
223. Для медикаментозной обработки корневого канала используют :
хлоргексидин
спирт
лизетол
физиологический раствор
224. Индикатором чистоты корневых каналов является :
хлорофиллипт
гипохлорит натрия
фурацилин
трипсин
225. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов :
хлоргексидин
дистиллированная вода
физиологический раствор
спирт
226. При подсчете индекса рма десну окрашивают :
раствором Шиллера-Писарева
метиленовой синью
бриллиантовым зеленым
эритрозином
227. Выберите раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии :
30 % трихлоруксусной кислоты
3 % H₂O₂
40 % формалина
йодинол
228. Для проведения формалиновой пробы применяют :
3% раствор

0,5% раствор

10% раствор

20% раствор

229. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы :

0,06 % хлоргексидина

2,5 % р-р йода

40% формалина

р-р бриллиантовой зелени

230. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази :

5 % бутадионовую

0,25 % оксолиновую

2 % неомициновую

5 % синтомициновую

231. Для лечения пиодермии применяют мази :

банеоцин

клотримазол (канестен)

бутадионовую

гепариновую

232. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания :

противовирусные препараты

антисептики

антибиотики

кератопластики

233. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний :

ацикловир

тетрациклин

сульфадиметоксин

нистатин

234. Этиологическим лечением при остром герпетическом стоматите являются :

противовирусные препараты

антисептики

протеолитические ферменты

обезболивающие средства

235. Нистатин для лечения молочницы назначают из расчета в суточной дозе на 1 кг массы тела :

50 000 ЕД

100 000 ЕД

150 000 ЕД

200 000 ЕД

236. При лечении пиодермии внутрь назначают :

сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

237. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при остром герпетическом стоматите используют :

10% взвесь анестезина в масле

1% раствор тримекаина

2% раствор новокаина

10% раствор лидокаина в спрее

238. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия :

- 1-2 %
- 4-5 %
- 7-9 %
- 10-15 %

239. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой :

- внутривенное введение тиосульфата натрия**
- курс антибиотиков широкого спектра действия
- противовирусные препараты во внутрь и местно
- растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

240. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода :

- 0,01
- 0,03
- 0,05
- 0,1

241. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната :

- 1-2 %
- 0,005
- 5-10%
- 20-30%

242. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют :

- гель на основе бензокаина**
- 0,5 % взвесь анестезина в глицерине
- 2 % р-р новокаина
- 10 % спрей лидокаина

243. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо :

- удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1 –2 % раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом**
- обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
- обезболить, смазать мазью ацикловир
- обезболить, обработать 1-2 % р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами

244. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги :

- резорцин-формалиновая смесь**
- винилин
- метиленовый синий
- витаон

245. При лечении пиодермии с указанием в анамнезе аллергических реакций к антибактериальной мази добавляют :

- кортикостероидную мазь**
- теброфеновую 2 % мазь
- бонафтоновую 2 % мазь
- бутадионовую

246. Выберите этиотропные лекарственные средства при герпангине в первые 2-3 дня заболевания :

- противовирусные препараты**
- ферменты

антисептики

антибиотики

247. Для ускорения заживления элементов хронического рецидивирующего афтозного стоматита применяют :

солкосерил **дентальную адгезивную пасту**

флореналевую мазь

теброфеновую мазь

мазь клотримазол

248. Для лечения огс применяют мази :

ацикловир

канестен

неомициновую

бутадионовую

249. Для лечения молочницы применяют мази :

клотримазол, нистатиновую

теброфеновую, оксолиновую

неомициновую, тетрациклиновую

фторокорт, флуцинар

250. При кандидозе внутрь назначают препараты :

противогрибковые

противовирусные

антибактериальные

гормональные

251. Для антисептических полосканий при храс (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите) рекомендуют :

настои и отвары трав

растворы антибиотиков

раствор борной кислоты

раствор аскорбиновой кислоты

252. Этиотропным средством лечения огс (острого герпетического стоматита) в период высыпания является :

противовирусное

жаропонижающее

обезболивающее

кератопластическое

253. Местный анестетик, который обладает наибольшей длительностью действия и не используется у детей :

артикаин-форте

мепивакаин

лидокаин

прокаин (новокаин)

254. Препарат, используемый для аппликационной анестезии у детей :

лидокаин

мепивакаин

артикаин-форте

прокаин (новокаин)

255. Препарат, действие которого наиболее эффективно при воспалительных процессах полости рта у детей :

артикаин

бупивакаин

лидокаин

прокаин (новокаин)

256. Эпинефрин (адреналин) в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до :

пяти лет

трех лет

семи лет

десяти лет

257. При выборе тактики лечения вколоченного вывиха временных центральных резцов наиболее важным критерием является :

возраст ребенка

результаты ЭОД

результаты рентгенологического исследования

состояние остальных зубов (распространенность кариес

258. При неполном вывихе зубов 5.1, 6.1 у ребёнка шести лет рекомендуется :

их удалить

динамическое наблюдение

провести репозицию и шинирование

выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

259. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано :

произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим

контролем и ЭОД

извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб

исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям

эндодонтическое лечение

зуб удалить

260. При выборе тактики лечения вколоченного вывиха временных центральных резцов наиболее важным критерием является :

возраст ребенка

результаты ЭОД

результаты рентгенологического исследования

состояние остальных зубов (распространенность кариес

261. При неполном вывихе зубов 5.1, 6.1 у ребёнка шести лет рекомендуется :

их удалить

динамическое наблюдение

провести репозицию и шинирование

выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

262. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано :

произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим

контролем и ЭОД

извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб

исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям

эндодонтическое лечение

зуб удалить

263. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого нёба, тканей дна рта опасность для жизни ребёнка представляет :

асфиксия

нарушение приема пищи

нарушение речи

развитие гнойно-некротического процесса

264. Срок, в течение которого происходит полная костная регенерация в лунке после удаления постоянного зуба у детей :

3-6 месяцев

2-4 недели

4-6 недель

6-8 недель

265. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является :

хронический остеомиелит

острый серозный периостит

острый серозный лимфаденит

острый пульпит

266. Эпителизация элементов при герпангине происходит через :

10-12 дней

1-2 дня

3-4 дня

5-6 дней

267. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты :

противовирусные и обезболивающие

кератопластические

антибактериальные

противогрибковые

268. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к :

развитию генерализованной формы

более быстрому выздоровлению

не вызывает изменений

летальному исходу

269. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют :

пустулы, толстые соломенно-желтые корки

эрозии, покрытые фибринозным налетом

прозрачные корочки, фиксированные в центре

уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

270. Травматическую эрозию слизистой нижней поверхности кончика языка у детей 1-2

мес. жизни чаще всего вызывают :

преждевременно прорезавшиеся зубы

средства гигиены полости рта новорожденных

соски, резиновые рожки на бутылочках

кольца для прорезывания зубов

271. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать :

десенсибилизирующую терапию

антибактериальную терапию

противовирусную терапию

антисептическую обработку

272. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита и многоформной экссудативной эритемы или значительно сократить частоту рецидивов и (или) тяжесть помогают :

устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

антисептические полоскания рта в период между рецидивами

систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку

рта

курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

273. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет :

устранение травмирующего слизистую оболочку фактора

применение дезинфицирующих средств

применение кератопластических средств

применение антибактериальных препаратов

274. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите :

- после каждого приема пищи**
каждый час
перед едой
только перед сном
275. Частота обработки полости рта при молочнице :
сразу после каждого приема пищи
каждый час
перед едой
только перед сном
276. Частота обработки полости рта при пиодермии :
каждый час
перед едой
после каждого приема пищи
только перед сном
277. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите :
после каждого приема пищи
каждый час
только перед сном
через день
278. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме :
после каждого приема пищи
перед едой
только перед сном
через день
279. Полиморфизм высыпаний характерен для :
МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме)
ОГС (острого герпетического стоматита)
молочницы
ХРАС(хронического рецидивирующего афтозного стомат
280. Кератопластические средства при лечении острого герпетического стоматита целесообразно назначать в период :
угасания
латентный
продромальный
катаральный
281. Патогенетическое лечение герпангины :
противовирусное
антибактериальное
физиотерапевтическое
кератопластическое
282. При лечении ушиба однокорневого постоянного зуба необходимо :
разобшение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
удаление травмированного зуба
ограничение жевательной нагрузки
283. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела :
уртикарной сыпи
синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
мелких пузырьковых высыпаний
пигментных пятен

284. Появление сыпи, отёка губ, век у ребенка является клиническим симптомом :
анафилактического шока
обморока
сердечно-сосудистого коллапса
болевого шока
285. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе :
профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям
пломбирование кариозных полостей
восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
шинирование зубов
286. Для удаления зуба 7.5 рекомендуется взять щипцы :
клювовидные несходящиеся
клювовидные сходящиеся
байонетные
прямые
287. Удаление временных центральных резцов верхней челюсти рекомендуется производить щипцами :
прямыми
клювовидными со сходящимися щечками
S-образно изогнутыми
штыковидными
288. Для удаления временных клыков верхней челюсти рекомендуются щипцы :
прямые
клювовидные со сходящимися щечками
S-образно изогнутые
байонетные
289. Удаление сверхкомплектного зуба, располагающегося в области зубов 1.1, 2.1 и обуславливающего наличие диастемы следует производить в возрасте ребенка :
7-8 лет
5-7 лет
8-9 лет
9-10 лет
290. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы
клювовидные :
несходящиеся
изогнутые по плоскости
в зависимости от стороны челюсти
в зависимости от степени резорбции корней
291. Кюретаж лунки при удалении временного зуба :
не проводится
проводится
проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха
292. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов :
существуют
не существуют
существуют только для верхней челюсти
существуют только для нижней челюсти
293. Правила наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов :
отличаются
не отличаются

- отличаются при удалении на верхней челюсти
не отличаются – на нижней
294. При рождении ребёнка с центральными нижними резцами необходимо :
удалить эти зубы
сохранить эти зубы
изготовить защитную пластинку на нижнюю челюсть
перевести ребенка на искусственное вскармливание
295. Этапы удаления временного зуба и постоянного :
различны
одинаковы
различны только на верхней челюсти
различны только на нижней челюсти
296. Основным критерием эффективности лечения периодонтита постоянных зубов :
восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме
(апексофикация)
отсутствие боли при накусывании
отсутствие рецидивов воспаления
отсутствие свища на десне
297. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в :
предупреждении возникновения факторов риска
устранении факторов риска
повышении уровня здоровья
назначении коррегирующих (лечебных) мероприятий
298. Язвенно-некротический стоматит характерен для :
гингиво-стоматита Венсана
синдрома Бехчета
алиментарной анемии
железодефицитной анемии
299. Препарирование временных зубов показано при :
среднем кариесе
поверхностном кариесе
кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
300. При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора :
смешанная
стрептококковая
стафилококковая
грибковая
периодонтите

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.76 Стоматология детская

1. Методика глубокого фторирования
2. Определите индекс гигиены полости рта РНР.
3. Определите индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной.
4. Проведите инструментальное удаление зубного камня.
5. Проведите реставрацию зубов методом СВ-flow
6. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов стеклономерным цементом инвазивным методом.
7. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов стеклономерным цементом неинвазивным методом.
8. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов силантом химического отверждения.
9. Проведите герметизацию фиссур и ямок зубов силантом светового отверждения неинвазивным методом.
10. Чтение рентгенограммы (зубная формула, примерный возраст, стадия формирования корней, стадия минерализации фолликула зуба).
11. Отпрепарируйте мезиально-окклюзионную полость II класса по Блеку.
12. Проведите пломбирование кариозной полости композитом химического отверждения.
13. Отпрепарируйте дистально-окклюзионную полость в зубе II класса по Блеку.
14. Отпрепарируйте полость в зубе IV класса по Блеку.
15. Проведите пломбирование кариозной полости СИЦ.
16. Проведите пломбирование центрального резца (3 класс по Блеку) фотокомпозитом.
17. Проведите метод серебрения поверхностного кариеса 52,51,61,62.
18. Проведите лечения очаговой деминерализации 12, 11, 21, 22.
19. Проведите лечение пульпита молочного зуба методом девитальной ампутации во второе посещение.
20. Продемонстрируйте этапы лечения пульпита молочного моляра методом витальной ампутации.
21. Проведите профессиональную гигиену полости рта у ребенка.
22. Подберите предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, для ребенка с компенсированным течением кариеса.
23. Подберите предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, для ребенка с субкомпенсированным течением кариеса.
24. Подберите предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, для ребенка с декомпенсированным течением кариеса.
25. Подберите предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, для ребенка с заболеваниями тканей пародонта.
26. Подберите предметы и средства индивидуальной гигиены полости рта, для ребенка с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
27. Определите кариесогенную ситуацию в полости рта.
28. Выявите и устраните кариесогенные факторы.
29. Проведите профилактику кариеса у детей.
30. Проведите диагностику и дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.
31. Проведите диагностику кариеса эмали временных зубов.
32. Проведите диагностику среднего кариеса постоянных зубов у детей.

33. Лечение кариеса зубов и его осложнений у детей с III степенью активности кариозного процесса.
34. Диспансеризация и санация детей с декомпенсированной формой кариеса.
35. Отпрепарируйте полость в зубе I класса по Блеку.
36. Отпрепарируйте полость в зубе II класса по Блеку.
37. Отпрепарируйте полость в зубе III класса по Блеку.
38. Отпрепарируйте полость в зубе V класса по Блеку.
39. Проведите наложение нетвердеющей прокладки при глубоком кариесе.
40. Проведите наложение твердеющей прокладки на вскрытую полость зуба.
41. Проведите наложение изолирующей прокладки из СИЦ.
42. Проведите пломбирование кариеса композитом химического отверждения
43. Проведите диагностику и дифференциальную диагностику острых пульпитов молочных зубов у детей.
44. Выберите метод лечения острого пульпита временных зубов у детей.
45. Проведите метод девитализации при лечении пульпитов молочных и постоянных зубов.
46. Проведите лечение пульпита безмышьяковистой пастой.
47. Проведите диагностику и дифференциальную диагностику хронического пульпита молочных зубов у детей.
48. Проведите лечение пульпита постоянных зубов с несформированными корнями.
49. Проведите лечение пульпита биологическим методом.
50. Выберите метод лечения острых и хронических, обострившихся периодонтитов молочных зубов у детей.
51. Опишите клинико-рентгенологическую картину различных форм периодонтитов. Типы резорбции корней молочных зубов.
52. Проведите лечение периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
53. Выявите причины и обоснуйте принципы лечения заболеваний пародонта у детей, обусловленных местными факторами.
54. Проведите лечение заболеваний пародонта у детей, обусловленных общими факторами.
55. Выявите причины травматического повреждения слизистой оболочки полости рта у детей.
56. Проведите лечение при различных повреждениях слизистой оболочки полости рта.
57. Проведите диагностику и лечение острого герпетического стоматита у детей.
58. Проведите неотложную помощь у ребенка при обмороке
59. Выберите пломбировочный материал для лечения кариеса постоянных зубов у детей в зависимости от возраста, степени активности кариеса, локализации кариозного процесса, сформированности корня зуба.
60. Подберите лекарственные препараты при проявлении аллергии в полости рта.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ (ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ)

по специальности 31.08.76 Стоматология детская

1. Способы оценки кариесрезистентности эмали зубов. Общие и местные факторы риска развития кариеса, механизм их действия. Значение зубного налета в возникновение кариесогенной ситуации. Роль недостатков фторидов в питьевой воде в развитии кариеса у населения региона. Способы устранения кариесогенной ситуации.
2. Понятие о первичной профилактике кариеса. Подходы, методы, средства профилактики. Антенатальная профилактика кариеса. Показания, способ применения и эффективность различных экзогенных средств профилактики кариеса зубов.
3. Понятие о вторичной профилактике. Санация полости рта - основной метод профилактики осложнений кариеса. Цель, задачи, организационные формы и методы проведения плановой санации полости рта. Диспансеризация как метод улучшения здоровья населения. Принципы, цель, задачи, этапы проведения, формирование групп. Оценка эффективности.
4. Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций. Морфо-функциональная характеристика развития зубочелюстной системы. Основные направления, методы и средства профилактики зубочелюстных аномалий.
5. Профилактика заболеваний пародонта. Общие и местные факторы риска, их предупреждение, выявление и устранение. Значение гигиены полости рта в профилактике воспалительных заболеваний пародонта.
6. Понятие о третичной профилактике кариеса. Подходы, методы, средства профилактики. Показания, способ применения и эффективность различных средств профилактики кариеса зубов.
7. Стоматологическое просвещение. Цель, методы, средства и формы. Мотивация населения к поддержанию здоровья в полости рта. Содержание, персонал и особенности проведения стоматологического просвещения в женских консультациях, садах, школах, поликлиниках.
8. Комплексные программы профилактики стоматологических заболеваний. Понятие о ситуационном анализе. Цель, задачи, выбор методов и средств профилактики, организационные мероприятия по внедрению программы, мониторинг. Критерии и периодичность оценки эффективности программы.
9. Анатомо-физиологические особенности зубов у детей. Методы обследования детей в клинике стоматологии детского возраста.

10. Классификация, клиника, диагностика кариеса молочных и постоянных зубов у детей. Пломбировочные материалы. Методы обезболивания твердых тканей зубов при лечении кариеса. Оценка отдаленных результатов лечения кариеса. Диспансерное наблюдение. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов у детей. Плановая санация полости рта у детей. Организационные формы и методы. Учет и отчетность.
11. Некариозные поражения зубов у детей. Гипоплазия. Флюороз. Клиника, диагностика, лечение. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов.
12. Анатомо-физиологические особенности пульпы молочных и постоянных зубов. Методы оценки состояния пульпы. Этиология, патогенез пульпитов. Классификация, клиника, диагностика пульпитов молочных и постоянных зубов у детей. Консервативный метод лечения пульпитов молочных и постоянных зубов у детей. Девитальный метод лечения пульпитов молочных и постоянных зубов у детей. Лечение пульпитов под анестезией. Показания и противопоказания. Выбор лекарственных препаратов. Этапы лечения. Выбор лекарственных препаратов. Ошибки и осложнения при лечении пульпитов молочных и постоянных зубов у детей.
13. Анатомо-физиологические особенности периодонта у детей различного возраста. Этиология, патогенез периодонтитов. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика периодонтитов у детей. Лечение периодонтитов молочных и постоянных зубов у детей. Выбор пломбировочного материала для пломбирования каналов молочных и постоянных зубов. Отдаленные результаты лечения периодонтитов зубов у детей. Ошибки и осложнения.
14. Анатомо-физиологические особенности пародонта у детей. Этиология, патогенез. Возрастная динамика, классификация, клиника, методы диагностики заболеваний пародонта у детей. Лечение заболеваний пародонта у детей различного возраста.
15. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей. Классификация заболеваний СОПР. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных поражений слизистой оболочки полости рта, оказание неотложной врачебной помощи, лечение. Методы профилактики.
16. Основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи пациентам детского возраста.
17. Маршрутизация пациента на стоматологическом приеме.

18. Анатомо-физиологические особенности строения мягких тканей лица и челюстных костей у детей различного возраста
19. Сроки формирования и прорезывания временных и постоянных зубов.
20. Периоды формирования фолликул и корней зубов
21. Основные задачи, принципы, методы диспансеризации.
22. Методы санации полости рта
23. Индивидуальная гигиена полости рта, методы и средства гигиены. Требования, предъявляемые к ним.
24. Эндогенная и экзогенная профилактика кариеса зубов у детей.
25. Факторы риска в возникновении кариеса зубов. Кариесрезистентность и кариесвосприимчивость.
26. Гипоплазия эмали. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация
28. Кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
29. Этиология и патогенез пульпитов у детей разного возраста
30. Классификация пульпитов
31. Особенности клинического течения и лечения острых форм пульпита у детей.
32. Особенности клинического течения и лечения хронических форм пульпита у детей.
33. Этиология и патогенез заболеваний тканей периодонта.
34. Клиника периодонтитов временных и постоянных зубов у детей.
35. Диагностика и дифференциальная диагностика периодонтитов. Показания к консервативному и хирургическому методам лечения
36. Этиология, клиническая картина, диагностика заболеваний пародонта.
37. Методы и средства общего и местного лечения заболеваний пародонта
38. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта, особенности их трансформации.
39. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.
40. Основные принципы общего и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.
41. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
42. Этиология, патогенез, клинические проявления и лечение хейлитов у детей.
43. Этиология, патогенез, клинические проявления и лечение глосситов у детей.
44. Стеклоиономерные цементы, показания, противопоказания, методика.

45. Использование композиционных пломбировочных материалов, в различные возрастные периоды детского возраста.
46. Лечебные прокладки при глубоком кариесе
47. Основные методы обследования детей.
48. Дополнительные методы обследования детей.
49. Физиотерапевтические методы профилактики кариеса в детском возрасте.
50. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении кариеса у детей, их профилактика.
51. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта, назначаемых при кариесе у детей.
52. Современные пломбировочные материалы, используемые в детской стоматологии.
53. Выбор пломбировочного материала при лечении зубов в зависимости от возраста, локализации кариозной полости, степени активности кариеса и стадии формирования корней зубов.
54. Современные представления о некариозных поражениях зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении некариозных поражений молочных и постоянных зубов в детском возрасте.
55. Этиология и патогенез некариозных поражений до прорезывания зубов, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
56. Классификация некариозных поражений у детей. Зависимость клинического течения и особенностей лечения некариозных поражений у детей.
57. Малоинвазивные методы лечения некариозных поражений в детском возрасте.
58. Этиология и патогенез некариозных поражений, возникающих после прорезывания.
59. Современные пломбировочные материалы, используемые при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.
60. Характеристика современных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта, назначаемых при некариозных поражениях у детей.
61. Физиотерапевтические методы лечения патологии твердых тканей, применяемые у детей.
62. Современные представления о пульпите зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении пульпита молочных и постоянных зубов в детском возрасте.
63. Этиология, патогенез и классификация пульпита у детей. Дифференциальная диагностика.

64. Классификация пульпита у детей. Зависимость клинического течения и особенностей лечения пульпита временных и постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.
65. Показания к выбору метода лечения пульпитов молочных зубов в детском возрасте. Проведение методов витальной и девитальной ампутации пульпы у детей с различной степенью сформированности или резорбции корней.
66. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов зубов у детей, их профилактика.
67. Особенности течения и лечения пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей. Диспансеризация.
68. Эндодонтическое лечение осложнений кариеса зубов в детском возрасте. Современные эндодонтические инструменты (техника их использования).
69. Медикаментозные и пломбировочные материалы для лечения корней зубов в детской практике.
70. Современные представления о периодонтите зубов у детей. Роль различных факторов риска в возникновении периодонтита молочных и постоянных зубов в детском возрасте.
71. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика периодонтита.
72. Классификация периодонтитов у детей. Зависимость клинического течения и особенностей лечения периодонтитов временных и постоянных зубов у детей от степени активности кариозного процесса и стадии формирования корней.
73. Показания к выбору консервативного лечения периодонтитов молочных зубов у детей. Прогноз. Диспансеризация.
74. Влияние хронического периодонтита молочных зубов на процессы формирования и рассасывания корней, общее состояние организма, развитие фолликула постоянных зубов.
75. Современные представления о заболеваниях пародонта у детей. Роль различных факторов риска в возникновении заболеваний пародонта во временном и постоянном прикусе у детей.
76. Этиология и патогенез заболеваний пародонта.
77. Классификация гингивитов у детей. Лечение гингивитов у детей.
78. Классификация пародонтитов у детей. Лечение пародонтитов у детей.
79. Классификация наследственных заболеваний пародонта у детей. Лечение наследственных заболеваний пародонта у детей.

80. Комплексное лечение заболеваний пародонта в детском возрасте. Значение индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта у детей.
81. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. Принципы лечения детей с ОГС и РГС, современные медикаментозные средства лечения.
82. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.
83. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта в детском возрасте. Причины, тактика лечения, используемые лекарственные средства и механизм их действия.
84. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при ветрянке, мононуклеозе, герпангине. Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.
85. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при скарлатине. Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.
86. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при кори. Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.
87. Поражение слизистой оболочки полости рта у детей при дифтерии. Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-стоматолога детского.
88. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
89. Рецидивирующие афты полости рта. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
90. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение хейлитов у детей. Значение архитектоники губ в возникновении хейлитов у детей

Врач - стоматолог работает в «четыре руки» с ассистентом-гигиенистом. Когда пациент подошёл к стоматологическому креслу, кресло было сложено и подлокотник закрыт. На стоматологическом столике уже стояли инструменты без индивидуальной упаковки. Во время приёма пациента ассистент располагался относительно врача на одном уровне. После приёма пациент заполнил «информированное согласие».

1. В каком положении должно находиться кресло перед посадкой пациента?
2. Когда должны вскрываться инструменты в одноразовой индивидуальной упаковке?
3. На каком уровне относительно врача должен находиться ассистент во время приёма пациента?
4. Когда заполняется «информированное согласие» с личной подписью пациента?

При осмотре 100 учащихся 12 лет было выявлено, что у 90 детей были зарегистрированы кариозные, пломбированные и удалённые зубы. Всего было выявлено кариозных зубов – 200, зубов с пломбами – 500, удалённых – 4. Известно, что в регионе низкая концентрация фторида в воде.

1. Определите распространённость кариеса.
2. По какому индексу определяют интенсивность кариеса у детей 12 лет.
3. Определите интенсивность кариеса.
4. Какому уровню интенсивности по классификации ВОЗ соответствует данная интенсивность?
5. Оптимальная и допустимая концентрация фторидов в воде?

В стоматологическую поликлинику пришли родители с ребёнком полутора лет для профилактического осмотра. При сборе анамнеза установлено, что ребёнок родился недоношенным, мама во время беременности имела токсикоз 2-й половины беременности, ребёнок с 3-х месяцев находится на искусственном вскармливании, ночью ребёнку дают из бутылочки сладкий кефир. При осмотре выявлены кариозные полости на вестибулярной поверхности резцов верхней челюсти.

1. Назовите факторы риска развития стоматологических заболеваний у ребёнка.
2. В какой диспансерной группе должен наблюдаться ребёнок?
3. Как часто необходимо проводить осмотры ребёнку?
4. Содержание диспансеризации.



У ребёнка 10 лет субкомпенсированная форма кариеса, скученность зубов, гингивит лёгкой степени тяжести, неудовлетворительная гигиена полости рта.

1. В какой диспансерной группе должен наблюдаться ребёнок.
2. Как часто проводятся осмотры и профилактические мероприятия в этой группе?
3. Содержание диспансеризации.
4. У какого специалиста нужно проконсультировать ребёнка?



К стоматологу обратились родители ребёнка 2 лет с просьбой назначить ему капли от кариеса. Из анамнеза: беременность матери протекала с сильным токсикозом. Ребёнок получает витамин D для профилактики рахита. Семья постоянно проживает в городе, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,3 мг/л. При осмотре полости рта: прорезались 18 зубов, на медиальных и латеральных поверхностях зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 выявлены кариозные полости. Индекс гигиены по Кузьминой = 0,6. 1.

1. Определите интенсивность кариеса.
2. Оцените уровень гигиены полости рта.
3. Какие факторы риска возникновения кариеса есть у ребёнка?
4. Перечислите системные методы фторирования и показания к ним.
5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с жалобами на наличие пятен на зубах у ребёнка 9 лет. При осмотре полости рта выявлено: на центральных резцах в области режущего края и на буграх первых моляров расположенные симметрично белые пятна, поверхность эмали в области пятен блестящая, гладкая при зондировании. Из анамнеза: ребёнок в 6 месяцев перенёс тяжёлую кишечную инфекцию.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причину появления патологии у ребёнка.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план профилактических мероприятий.
5. Подберите средства гигиены ребёнку.



На приём к стоматологу обратились родители с годовалым ребёнком. Направлены педиатром из детской соматической поликлиники на профилактический осмотр. При осмотре: лицо симметрично, пропорционально. В полости рта: слизистая ярко-розового цвета, уздечка языка в норме, уздечка верхней губы прикреплена к зубо-десневому сосочку между центральными резцами. В полости рта прорезались 8 зубов. Зубы покрыты мягким налётом.

- 1) Какие зубы присутствуют в полости рта ребёнка?
- 2) Какой индекс гигиены нужно использовать? Расскажите методику.
- 3) Чем обусловлен ярко-розовый цвет слизистой?
- 4) Какие рекомендации дадите по поводу короткой уздечки верхней губы?
- 5) Дайте рекомендации по гигиене полости рта ребёнка.



Родители ребёнка 1 года 10 месяцев обратились в клинику с жалобами на разрушение временных зубов у ребёнка. С 1,5 месяцев ребёнок находился на искусственном вскармливании. В настоящее время ребёнку дают в ночное время подслащённый кефир из бутылочки. При осмотре полости рта выявлены кариозные полости на вестибулярной поверхности 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 в пределах эмали.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) С чем надо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Назовите возможные причины заболевания.
- 4) Предложите методы лечения.
- 5) Рекомендуйте профилактические мероприятия.



К врачу-стоматологу обратилась девочка 14 лет с жалобами на боли от термических и механических раздражителей в 3.7. При осмотре: 3.7 – глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно по дну, перкуссия безболезненна, реакция на холод положительная, быстро проходящая. КПУ = 10. Все зубы покрыты обильным налётом.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите степень активности кариеса.
3. Предложите план лечения.
4. В какой диспансерной группе надо наблюдать ребёнка? План диспансеризации.
5. Составьте план профилактических мероприятий.



Родители с ребёнком 8 лет обратились в стоматологическую поликлинику. Ребёнок жалуется на быстропроходящие боли от сладкого. При осмотре выявлено: в 4.6 – кариозная полость в пределах средних слоёв дентина, зондирование болезненно по стенкам кариозной полости, перкуссия и термодиагностика безболезненны. На зубах выявлено большое количество мягкого белого налёта.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите основные и дополнительные методы обследования для постановки диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Выберите пломбировочные материалы.
6. Дайте рекомендации по профилактике кариеса других зубов.



Пациентка 16 лет обратилась в клинику с жалобами на наличие белых пятен на передних зубах верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что пятна обнаружены после окончания ортодонтического лечения. При осмотре на вестибулярной поверхности 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 выявлены меловые пятна и дефекты эмали. 1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Выберите дополнительные методы обследования для постановки окончательного диагноза.

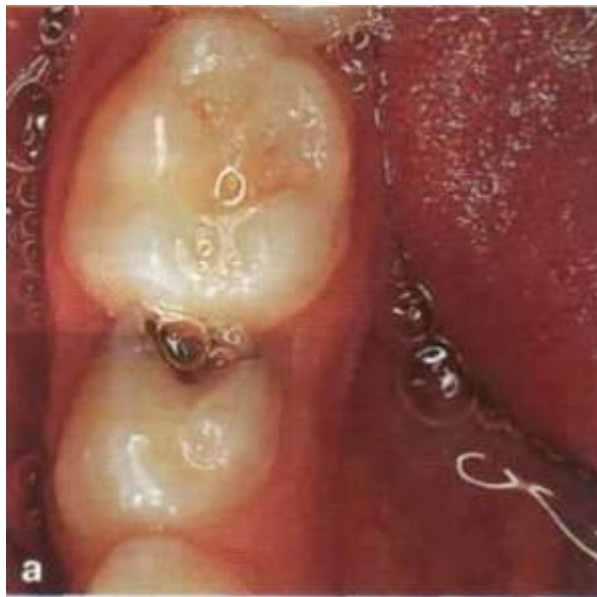
4. Назовите причину данной патологии.

5. Составьте план лечения и профилактики.



Родители с ребёнком 5 лет обратились в стоматологическую поликлинику с целью плановой санации полости рта. Жалоб не предъявляют. При объективном осмотре на окклюзионно-дистальной поверхности первого правого моляра нижней челюсти обнаружена кариозная полость, заполненная размягчённым дентином. После удаления размягчённого дентина обнаружено сообщение с полостью зуба, зондирование в точке сообщения болезненно, пульпа кровоточит.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Выберите метод лечения.
5. Каков прогноз заболевания?



Мальчик 8 лет жалуется на боли во время еды в зубе на нижней челюсти справа. Объективно: 4.6 – глубокая кариозная полость на жевательной поверхности, заполненная размягчённым дентином. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке. Реакция на холодную воду положительная, длительно не проходящая. При рентгенологическом обследовании выявлено сообщение кариозной полости с полостью зуба.

1. Опишите рентгенологическую картину корней 4.6.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Поставьте диагноз.
4. Выберите метод лечения.
5. Предположите прогноз.



У ребёнка 10 лет во время планового осмотра на слизистой оболочке десны в проекции бифуркации корней 7.5 обнаружен свищевой ход с гнойным отделяемым. Ребёнок жалоб не предъявляет. Зуб 7.5 ранее лечен, изменён в цвете, пломба сохранена.

1. Выскажите мнение о предполагаемом диагнозе.
2. Какие методы исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Ваш прогноз?



Ребенок 11 лет. Жалобы: на выпадение пломбы в 24 зубе, изменение его в цвете. Анамнез: 24 ранее лечен по неосложненному кариесу, пломба выпала неделю назад. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 24 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Пульпа зуба некротизирована, зондирование вскрытой полости зуба, перкуссия и реакция на температурные раздражители безболезненны. ЭОД=100мкА. Подвижности 24 зуба нет. Рентгенологически: расширение периодонтальной щели в области вершины корня зуба, деформация ее с сохранением четких контуров компактной пластинки альвеолы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите метод лечения.
4. Дайте определение термину апексификация.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания

Ребёнок 13 лет жалуется на кровоточивость десны при употреблении жёсткой пищи. При осмотре выявлен отёк и гиперемия дёсен верхней и нижней челюсти. Зубы покрыты толстым слоем вязкого белого налёта, который легко удаляется экскаватором. Индекс Green-Vermillion для зубного налёта равен 2,5, проба Шиллера-Писарева положительная, индекс РМА =35%.

1. Предположительный диагноз?
2. На чем основано проведение пробы Шиллера-Писарева?
3. Определите степень тяжести заболевания.
4. Какие зубы окрашиваются при определении ИГ Green-Vermillion?
5. План лечения.
6. Какую зубную пасту рекомендуете на время лечения?



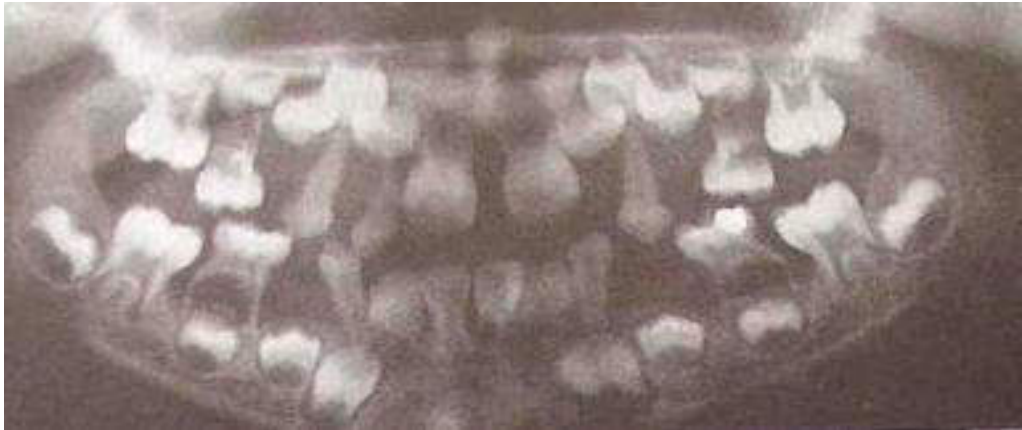
Девочка 14 лет обратилась с жалобами на увеличение объёма дёсен, которое появилось год назад и сопровождается обильной кровоточивостью. Зубы чистит нерегулярно, объясняет это тем, что щадит десну. При осмотре: слизистая десны отёчна, гиперемирована, кровоточит, зубодесневые сосочки увеличены в объёме, деформированы. На некоторых зубах гипертрофированная десна закрывает пришеечную часть коронок.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Причины заболевания?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие методы обследования необходимо провести?
5. В консультации каких специалистов нуждается девочка?
6. Составьте план лечения.



Ребёнок 6-и лет направлен на консультацию по поводу кровоточивости дёсен и подвижности зубов. При внешнем осмотре определяется потливость и гиперкератоз ладоней. Очаги поражения на коже окружены лиловой каймой, чётко отграничены от здоровых тканей. В полости рта выявлена подвижность зубов, пародонтальные карманы более 5 мм.

1. Проведите обследование ребёнка.
2. Поставьте диагноз.
3. Что является причиной данного заболевания?
4. Какова рентгенологическая симптоматика данного заболевания?
5. Лечение.
6. Прогноз.



У ребёнка 4-х недель, находящегося на искусственном вскармливании, мать заметила на нёбе две «язвы». Из анамнеза выяснено, что ребёнок родился недоношенным, плохо прибавляет в весе, при кормлении плачет. При осмотре: на границе твёрдого и мягкого нёба имеются две округлые сим

1. Ваше мнение о диагнозе.
2. Причины заболевания.
3. Предрасполагающие факторы.
4. Проведите лечение.



Мать с ребёнком 1,5 лет обратилась в поликлинику на третий день от начала болезни ребёнка. Жалобы на повышение температуры тела до 38 градусов, отказ от пищи, плохой сон, беспокойное поведение. Накануне в полости рта появились высыпания. При осмотре: на красной кайме верхней губы несколько пузырьков с прозрачным содержимым, в полости рта катаральный гингивит, отдельные и сливающиеся эрозии на языке, слизистой оболочке губ и щёк.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Для какого возраста характерно данное заболевание и почему?



Ребёнок 10 дней от рождения выписан из роддома накануне. По мнению педиатра, здоров. Задержка с выпиской была связана с состоянием матери. Мать заметила у ребёнка белый налёт на губах, языке и обратилась к стоматологу.

1. Ваше мнение о диагнозе.
2. Вероятная причина заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Чем обрабатывать посуду и предметы ухода за ребёнком и почему?
5. Как долго надо использовать противогрибковые препараты?



Мальчик 13 лет жалуется на боли во время еды, появление эрозий на слизистой оболочке полости рта, повышение температуры тела до 38,5°. При осмотре выявлены крупные кровяные корки на красной кайме губ, гиперемия и отёк слизистой оболочки полости рта, эрозии на нёбе. На коже тыльной поверхности рук – папулы розового цвета (кокарды).

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите признаки, являющиеся решающими для установления окончательного диагноза.
4. Составьте план лечения.
5. Какого специалиста Вы привлечёте для консультации?



Ребёнку 7 лет. Принимает антибиотики по поводу лечения пневмонии. Через несколько дней после начала антибиотикотерапии ребёнок пожаловался на сухость и жжение слизистой оболочки полости рта, затем образовался творожистый налёт на языке. Мать счищала налёт, но он возникал вновь. Обратилась на консультацию к стоматологу. При осмотре выявлена гиперемия слизистой оболочки полости рта, белый налёт на языке при поскабливании удаляется не полностью.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте специальные методы обследования.
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. Причина данного заболевания?
5. Назначьте лечение.



Мальчик 13 лет жалуется на зуд и жжение губ. Из анамнеза выяснено, что пациент с раннего детства страдает диатезом, неоднократно наблюдались аллергические высыпания на коже. Объективно: красная кайма губ резко гиперемирована, отечна, покрыта мелкими пузырьками и эрозиями, которые образуются после вскрытия пузырьков.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назначьте необходимые, дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.



Ребенок 12 лет обратился в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта. Из анамнеза выяснено, что в течение последних 4 лет наблюдается у аллерголога. При объективном обследовании на красной кайме губ и участков прилегающей кожи видны мелкие чешуйки. В области углов рта гиперемия и мелкие трещины. Кожа лица сухая, шелушится. Из анамнеза выяснено, что у пациента периодически, особенно в осенний период, появляются высыпания в подколенных впадинах.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назначьте необходимые, дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.



Родители ребенка 5 лет обратили внимание на изменение цвета и формы языка. Ребенок болел острой респираторной вирусной инфекцией, принимал антибиотики и поливитамины, на 3-й день появилась боль при приеме пищи. При осмотре выявлены отечность губ, языка, следы зубов на боковых поверхностях языка, запах изо рта, на теле – уртикарная сыпь.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Выскажите прогноз.
5. Предложите профилактические мероприятия.



В стоматологическую поликлинику обратились родители с ребёнком 4-х лет. Ребёнок жалуется на боли в области слизистой оболочки щеки слева при приёме пищи и разговоре. Из анамнеза: два дня назад в детском садике ребёнок упал и прикусил щёку. В поликлинику не обращались. Родители проводили аппликации спиртовой настойкой лекарственных трав. При осмотре на слизистой щеки слева выявлена эрозия, покрытая плотным налётом фибрина, болезненная при пальпации.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите лекарственные средства для местного применения.
5. Выскажите прогноз.



На прием к стоматологу обратился ребенок 14 лет с жалобами на сухость и жжение губ. Из анамнеза: болен несколько месяцев. Аллергические реакции отрицает. Внешний осмотр: кожные покровы чистые. Красная кайма губ от линии смыкания до ее середины покрыта серыми прозрачными чешуйками, которые плотно прикреплены в центре и отстают по краям. При попытке снять чешуйки обнажается сухая ярко-красная поверхность.

1. Составьте план обследования пациента.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Составьте план лечения.



Родители жалуются на появление на зубах ребенка 12 месяцев пятен и дефектов эмали зубов. Со слов мамы: был токсикоз во время беременности, ребенок находился на искусственном вскармливании с 3 месяцев, в 6 мес. и 9 мес. переболел ОРЗ, для лечения применяли антибиотики.

1. Опишите состояние полости рта ребенка.
2. Поставьте диагноз. Какие диагностические методы могут помочь в уточнении диагноза?
3. Оцените кариесогенную ситуацию в полости рта ребенка.



Родители обратились с жалобами на эстетический дефект передних зубов ребенка. Анамнез: у мамы был токсикоз первой половины беременности, ОРВИ и бронхит – во второй. Ребенок родился от первой беременности и развивался нормально, три раза болел ОРЗ. Зубы прорезались в срок, нормальной величины и формы. При осмотре полости рта ребенка: на вестибулярной поверхности 11, 21 – белые пятна.

1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте комплексное лечение



Пациент Г., 3,5 лет. Явился на диспансерный осмотр. Анамнез: ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями, лечится антибиотиками 3-4 раза в году. Посещает детский сад, предпочитает мягкую сладкую пищу, ест плохо, зубы чистит зубным порошком, не каждый день. Сосет большой палец. К стоматологу обращаются при возникновении боли в зубах. При осмотре полости рта ребенка: пломбы в первых и вторых молярах, резцах верхней челюсти.

1. Оцените состояние функций челюстно-лицевой области ребенка.
2. Составьте план профилактики стоматологических заболеваний.
3. Назначьте средства индивидуальной гигиены полости рта.



Пациент М., 13 лет. Жалобы пациента на кровоточивость десен, на зубах вокруг брекетов появились белые пятна. Анамнез: в течение полугода находится на ортодонтическом лечении; зубы чистит два раза в день обычной зубной щеткой и зубной пастой; врача-стоматолога детского посещает по необходимости для лечения зубов.

1. Назовите причины развития заболеваний твердых тканей зубов в период ортодонтического лечения.
2. Назовите меры профилактики заболеваний зубов и пародонта в период ортодонтического лечения
3. Назначьте пациенту комплекс индивидуальной гигиены полости рта, дайте рекомендации



Родители обратились с жалобой на прорезывание у ребенка Н. 8 мес. молочных зубов с измененной поверхностью. Со слов мамы: во второй половине беременности был выраженный токсикоз; ребенок родился доношенным, вскармливание грудное до 3 мес., затем искусственное, прикорм вводится в соответствии с рекомендациями педиатра, сахар добавляется в каши и компот (4-5 чайных ложек сахара в день), жесткую пищу ребенок не принимает, чистка зубов не проводится; 71, 81 прорезались в 6 мес., 51, 61 в 8 мес. При осмотре ребенка: рот полуоткрыт, язык проложен между губами, прорезались центральные резцы верхней и нижней челюсти. На вестибулярной поверхности эмали 51, 61 – четко ограниченные пятна желтого цвета, блестящие, гладкие при зондировании.

1. Поставьте диагноз, назовите возможные причины выявленной патологии.
2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.



Пациентка А., 7,5 лет. Жалобы родителей на разрушение молочных зубов. Анамнез со слов мамы: зубы разрушались в течение полугода, не беспокоили; зубы чистит не каждый день, любит сладкое. При осмотре выявлены кариозные полости на контактных поверхностях 74,75, жевательной поверхности 85, не сообщающиеся с полостью зуба; зондирование дна кариозных полостей болезненно, перкуссия безболезненна. В 16, 26, 36, 46 на жевательной поверхности выявлены глубокие фиссуры, пропускающие кончик зонда, эмаль жевательной поверхности обычного цвета.

1. Оцените кариесогенную ситуацию в полости рта ребенка
2. Дайте профилактические рекомендации.
3. Назовите последовательность манипуляций при проведении инвазивной герметизации фиссур светоотверждаемым текучим нанокомпозитом.



Пациент В., 12 месяцев. Жалобы родителей на появление пятен и дефектов на зубах ребенка. Со слов мамы во время беременности был токсикоз, с трех месяцев ребенок находился на искусственном вскармливании, в 6 мес. и 9 мес. переболел ОРЗ, лечение проводили антибиотиками. Зубы ребенку не чистят. Каждый день ребенок получает сладкий чай, сладкую кашу, 1-2 конфеты, твердую пищу ребенок не ест.

1. Оцените кариесогенную ситуацию в полости рта ребенка.
2. Оцените риск развития гипоплазии постоянных зубов.
3. Составьте план мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у ребенка



Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность
- четырем критериям Хорошо (4)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
- пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Стоматология терапевтическая»

Формируемые компетенции и по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-201	1-40	1-40	1-200	
ПК	1	1-201	1-40	1-40	1-200	
	4	11,12,24	1,22,23,25-27,30,31,35,36	32-34	9,12-14,17,31,99-101,108	
	5	7-10,	1-7, 9-40	9,10,12-	9,11-16,21-	

	20,21,25,26,35,36, 57-60,63,70-73,89- 100, 103- 111,114,116,117,119 -121.		14,16,17, 22-27,32, 33-40	24,31-35,39- 46,56- 63,78,79,81,8 8,102- 104,110- 114,117- 125,127,128,1 43-148,150- 154,159,160- 166,170- 172,174- 188,190-200	
6	-	39	1,2,20	-	
7	19,21-23,27-34,37- 40, 44-46,50- 55,64,67,75- 100,102,112,113.115, 118	1-5,7,8, 10-12, 15-31,34-40	5-10,12,14, 16-20, 23-28,30-40	17,25-30,32-34, 35-47,54,64-67, 69-76,80-87, 89,179-187, 189-196,199,200	
9	86,87	7,15,26- 30,32,34,39, 40	28,34-40	33,34,153	
10	15,17,18,40,82,84	1,7,27,28,30,3 2,34,40	4,9,10,14, 17,22,29, 37,40	32-34,40-44, 97- 41,158,162, 167,170,171, 175,178,185	
11	1-6	-	1,2	1-8,149	
12	26,48,49,63,101	3,7-10,24,39	2,17,20,22	29,66,68, 97	

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

28.08.25 13:37 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA