федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Детская стоматология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование дисциплины)

по направлению подготовки (специальности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_31.05.03 Стоматология \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.03 Стоматология*, одобренной на заседании ученого совета Университета ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 9 от 30 апреля 2021 г. и утверждена ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 30.12.2021 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза и решения профессиональных задач

ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно- лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний.

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых.

ПК-6 Способен к диагностике угрожающего жизни состояния и оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикаторы достижениякомпетенции | Описания |
| ОПК-1 | Способен реализовывать моральные иправовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.2. Выполняетэтические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать основы медицинской этики идеонтологии; основы законодательства в сфере здравоохранения; правовые аспекты врачебной деятельности |
| Уметь применять этические нормы ипринципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей; знание современного законодательства в сфере здравоохранения при решении задач профессиональной деятельности |
| Владеть решением стандартных задачпрофессиональной деятельности на основе этических норм и |
|  |  |  | деонтологических принципов привзаимодействии с коллегами и пациентами |
| ОПК-5 | Способен проводить обследованиепациента с целью установления д и а г н о з а п р и р е ш е н и и профессиональных задач | Инд.ОПК5.1.Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний. | Знать методику сбора анамнеза жизнии заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, |
| Уметь осуществлять сбор жалоб,анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), |
| Владеть сбором жалоб, анамнеза жизнии заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; |
| Инд.ОПК5.3. Применяетдополнительные методы обследования пациентов, консультации специалистов для установления окончательного диагноза на основе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи. | Знать методы лабораторных иинструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; |
| Уметь составлять план проведениялабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; |
| В л а д е т ь п р о в е д е н и е м инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на  |
|  |  |  | инструментальные, лабораторные,дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов |
| Инд.ОПК5.2. Применяетметоды осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретирует их результаты для предварительной диагностики наиболее распространенных стоматологических и общесоматических заболеваний. | Знать методику осмотра ифизикального обследования; клиническую картину, методы д и а г н о с т и к и н а и б о л е е распространенных заболеваний; м е т о д ы л а б о р а т о р н ы х и инструментальных |
| Уметь проводить осмотр ифизикальное обследование детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; |
| Владеть осмотром и физикальнымобследованием детей и взрослых; д и а г н о с т и к и н а и б о л е е распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний |
| ПК-1 | Способен провести и интерпретироватьрезультаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно- лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний. | Инд.ПК1.3.Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. | Знать клиническую картину, методыдиагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых |
| Уметь оценивать клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых |
| Владеть оценкой клинической картины, методам диагностики, классификации заболеваний зубов, |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых |
| Инд.ПК1.2. Применяетметоды осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. | Знать методику осмотра ифизикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями |
| Уметь проводить осмотр ифизикальное обследование, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями |
| Владеть проводить осмотр ифизикальное обследование, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями |
| Инд.ПК1.1. Проводит сборжалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявляет факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний. | Знать методику сбора анамнеза жизнии заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями |
| Владеть методикой сбора анамнезажизни и заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями |
| Владеть методикой сбора анамнезажизни и заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями |
| ПК-5 | Способен к назначению и проведениюлечения стоматологических  | Инд.ПК5.4. Подбирает иназначает лекарственные | Знать методы медикаментозного инемедикаментозного лечения,  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых. | препараты, медицинскиеизделия (в том числе стоматологические материалы) для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | медицинские показания к применениюмедицинских изделий при стоматологических заболеваниях |
| Уметь применять методы м е д и к а м е н т о з н о г о и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях |
| Владеть методикой медикаментозногои немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях |
| Инд.ПК5.5. Назначает попоказаниям физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, диетическое питание, лечебно- оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | Знать показания к назначению диетическое питание, лечебно- оздоровительный режим для лечения д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями |
| Уметь назначать диетическое питание,лечебно-оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями |
| Владеть методикой назначения диетического питания, лечебно- оздоровительного режима для лечения д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями в |
|  |  |  | соответствии с действующими порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями |
| Инд.ПК5.2. Определяетпоказания для направления на консультацию к врачам- специалистам детей и взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ, пародонта. | Знать показания и последовательностьпроведения консультаций врачами- специалистами детей с основными стоматологическими заболеваниями |
| Уметь определять показания ипоследовательность проведения консультаций врачами-специалистами д е т е й с о с н о в н ы м и стоматологическими заболеваниями |
| Владеть назначением и выполнениемпоследовательности проведения консультаций врачами-специалистами д е т е й с о с н о в н ы м и стоматологическими заболеваниями |
| Инд.ПК5.1. Разрабатываетплан лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | Знать порядок оказанию медицинскойпомощи детям со стоматологическими заболеваниями |
| Уметь разрабатывать план леченияд е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи |
| Инд.ПК5.3. Выполняетмедицинские стоматологические вмешательства у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях в | В ы п о л н я т ь м е д и ц и н с к и е вмешательства, в том числе терапевтические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях |
| Уметь выполнять медицинские вмешательства, в том числе терапевтические, у детей и взрослых со |
|  |  | соответствии с порядкамиоказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | стоматологическими заболеваниями вамбулаторных условиях |
| Владеть выполнением медицинскихвмешательств, в том числе терапевтических, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях |
| ПК-6 | Способен к диагностике угрожающегожизни состояния и оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме. | Инд.ПК6.2. Оказываетмедицинскую помощь в экстренной и неотложной формах пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов в связи с острыми нарушениями кровообращения и (или) дыхания. | Знать принципы и методы оказаниямедицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи |
| Уметь оказывать медицинскую помощьпациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи |
| Владеть принципами и методамиоказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи |
| Инд.ПК6.1. Распознаетсостояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти | Знать методику сбора жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию,  |
|  |  | (остановка жизненноважных функций организма человека - кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. | аускультацию) |
| Уметь выполнять сбор жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) |
| Владеть методикой сбора жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) |

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Медицинская генетика в стоматологии.**

**Тема 1.** Наследственность и патология. Классификация и семиотика наследственных болезней, принципы их диагностики. Общая характеристика хромосомных, моногенных и мультифакториальных болезней. Профилактика наследственной патологии.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости тестирование.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. К факторам, повышающим риск мультифакториальной болезни, относятся:

а) наличие аналогичной болезни у кровных родственников;\*

б) гетерозиготность по аутосомно-рецессивной болезни;

в) вредные факторы окружающей среды;\*

г) большое число детей в семье.

2. Определение концентрации АФП в крови беременной является скринирующим методом дородовой диагностики:

а) хромосомной патологии;\*

б) наследственных ферментопатий;

в) врожденных пороков развития;\*

г) гетерозиготности по гену ганглиозидоза (болезни Тэя-Сакса);

3.Для проведения цитогенетического анализа используются:

а) клетки костного мозга;\*

б) клетки печени;

в) лимфоциты периферической крови;\*

г) костная ткань.

4. Укажите сроки беременности, в которые проводится амниоцентез с целью диагностики наследственной патологии у плода:

а) 7 -8 нед.;

б) 11 -12 нед.;

в) 16 -17нед.;\*

г) 17-18 нед.;\*

д) 24 -26 нед

5. К современным цитогенетическим методикам относятся:

а) исследования полового хроматина;\*

б) метафазный анализ хромосом;\*

в) молекулярно-цитогенетический метод(FISH);\*

г)метод рутинной окраски.

6. Генная мутация -это:

а) замена одного или нескольких нуклеотидов ДНК;\*

б) делеция (выпадение) одного или нескольких нуклеотидов;\*

в) вставка (инсерция) одного или нескольких нуклеотидов;\*

г) перестановка нуклеотидов внутри гена\*

д) инверсия участка хромосомы

7. В состав ДНК входят азотистые основания:

а) гуанин;\*

б) урацил;

в) тимин;\*

г) аденин;\*

д) цитозин\*

8. В каких возрастных интервалах резко повышен риск рождения ребенка с хромосомными аномалиями:

а) 15-18 лет;\*

б) 20-25 лет;

в) 25-30 лет;

г) 30-35 лет;

д) 35-40 лет\*

9. Хромосомные аберрации могут быть вызваны:

а)гамма лучами;\*

б)Х-лучами;\*

в)вирусами;\*

г)нормальными метаболитами организма человека

10. Врожденные пороки и стигмы дизэмбриогенеза формируются в:

а) эмбриональном периоде развития\*

б) плодном\*

в) перинатальном

г) постнатальном

11. Какие стадии клеточного деления наиболее удобны для изучения хромосом?

а) профаза\*

б) метафаза\*

в) анафаза

г) интерфаза

д) телофаза

12. При культивировании в присутствии ФГА делятся следующие клетки крови:

а) моноциты

б) эритроциты

в) нейтрофилы

г) лимфоциты\*

д) бластные формы ККМ\*

13. Половыми хромосомами называются:

а) хромосомы половых клеток

б) хромосомы, участвующие в кроссинговере

в) хромосомы, наличие к оторых в кариотипе определяет пол организма\*

г) хромосомы, содержащие только гены, детерминирующие развития пола

д) Х и Y\*

14. Аутосомами называются хромосомы:

а) представленные в кариотипе особей разного пола в одинаковой мере\*

б) по которым кариотип особей разного пола отличается друг от друга

в) наличие которых в кариотипе определяет пол организма

г) все ответы верны

д) все ответы не верны

е) все, кроме Х и Y\*

15. Тетраплоидная клетка человека содержит:

а) 23 X

б) 46 XX

в) 69 XXX

г) 92XXXX\*

д) 46 XY

е) 92 XXYY\*

16. Во время кроссинговера происходит;

а) редукция числа хромосом

б) рекомбинация генетического материала\*

в) репликация ДНК

г) явление перекреста хромосом\*

17. Делеция -это:

а) утрата генетического материала в одном плече хромосомы\*

б) утрата генетического материала в двух плечах хромосомы\*

в) перемещение генетического материала внутри одной хромосомы

г) обмен генетическим материалом между двумя хромосомами

18. Медицинская генетика изучает:

1. клинические особенности наследственных болезней
2. этиологию, патогенез наследственных болезней и болезней с наследственною предрасположенностью\*
3. пути профилактики наследственных болезней
4. роль наследственных факторов в патологии человека

19. Укажите правильное число хромосом у здорового человека:

1. 48
2. 56
3. 42
4. 46\*
5. 23.

20.  Какие химические факторы могут обладать мутагенным или тератогенным действием:

1. промышленные отходы
2. лекарства
3. пищевые консерванты
4. гербициды, пестициды
5. все названные факторы\*.

**Модуль №2** Детская терапевтическая стоматология.

**Тема 1.** Осмотр детей разного возраста. Медицинская документация, инструменты. Клинические аспекты развития зубов. Рентгеносемиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.

Вопросы для рассмотрения:

1. Сроки прорезывания, формирование и резорбция корней временных зубов.

2. Сроки формирования, прорезывания коронок и корней постоянных зубов.

3.Опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнез развития и болезни организма ребёнка, вскармливание, питание ребёнка, болезни родителей, наследственность).

4. Общий осмотр ребёнка. Исследование стоматологического статуса.

5. Осмотр полости рта. Инструментальное исследование (зондирование, перкуссия).

6.Дополнительные методы исследования (витальное окрашивание, одонтодиагностика, рентгенография, электрометрия, трансиллюминация, тесты для прогнозирования кариеса).

7. Медицинская документация, учетные формы.

8. Клинико-рентгенологические признаки заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков.

1. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

1) 6-7; 2) 8-9; 3) 10-16; 4) 17-20; 5) 21-30

2. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

1) эмаль, Насмитова оболочка;

2) дентин, пульпа;

3) цемент;

4) периодонт

5) кость альвеолы

3. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:

1) эмаль;

2) дентин, пульпа;

 3) цемент;

4) периодонт;

5) кость альвеолы

4. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:

1) эмаль;

2) дентин;

3) цемент, периодонт;

4) Насмитова оболочка

5) пульпа зуба

5. Минерализация молочных зубов начинается:

1) в I половине внутриутробного развития

2) в II половине внутриутробного развития

3) в I полугодии после рождения

4) во II полугодии после рождения

5) сразу после рождения

6. Минерализация постоянных резцов и клыков начинается:

1) на 17 неделе внутриутробного развития

2) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

3) во втором полугодии после рождения

4) в 2,5-3,5 года

5) в 4-5 лет

7. Минерализация премоляров начинается:

1) в конце внутриутробного периода

 4) в 2,5-3,5 года

2) в первые недели после рождения

5) в 4-5 лет

3) во втором полугодии после рождения

8. Минерализация первых постоянных моляров начинается:

1) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

2) во втором полугодии после рождения

3) на втором году жизни

4) в 2-3 года

5) в 4-5 лет

9. Минерализация вторых постоянных моляров начинается:

1) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения

2) во втором полугодии после рождения

3) в 2,5-3,5 года

4) в 4-5 лет

5) в 5-6 лет

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

1. 2;
2. 2) 4;
3. 3) 6;
4. 4) 8;
5. 5) 10

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

1) все молочные

2) только нижние центральные молочные резцы

3) все молочные резцы

4) молочные фронтальные зубы

5) молочные фронтальные зубы и первые моляры

12. Все молочные зубы у здорового ребенка должны прорезаться к:

1) концу первого года;

2) концу второго года;

 3) 2,5-3 годам;

 4) к 4 годам;

5) 6-7 годам

13. Корни молочных резцов заканчивают формирование к:

1) 2 годам; 2) 3 годам; 3) 4 годам; 4) 5 годам; 5) 6 годам

14. Корни молочных клыков формируются к:

1) 2 годам; 2) 3 годам; 3) 4 годам; 4) 5 годам; 5) 6 годам

15. Корни молочных моляров формируются к:

1)2 годам; 2) 3 годам; 3) 4 годам; 4) 5 годам; 5) 6 годам

016. Период "физиологического покоя" для корней молочных зубов длится:

1) 1 год; 2) 1,5-2 года; 3) 2,5-3 года; 4) 3,5-4 года; 5) 4,5-5 лет

17. Патологическая резорбция корней чаще наблюдается:

1) в интактных зубах с живой пульпой

2) при среднем кариесе

3) при хроническом периодонтите

4) при хроническом фиброзном пульпите

5) при хроническом гангренозном пульпите

18. Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается:

1) вскоре после прорезывания зубов

2) в среднем через 1 год после прорезывания зубов

3) в среднем через 2 года после прорезывания

4) в среднем через 3 года после прорезывания зубов

5) в среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов

19. Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребенка:

1) до рождения

4) к концу первого года жизни

2) в первые 3-4 месяца после рождения

5) к 1,5 годам

3) сразу после прорезывания зуба

20. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом

2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом

4) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

5) на рентгенограмме не определяется

**Тема 2.** Кариес временных зубов. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение временных зубов. Традиционные и альтернативные технологии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Кариес молочных зубов.
2. Этиология и патогенез кариеса временных зубов.
3. Классификация кариеса:

 • по течению;

 • по глубине поражения;

 • по локализации;

 • по степени активности (Виноградова Т.Ф.).

1. Особенности течения кариеса временных зубов (острота течения кариеса, множественность поражения зубов, быстрота распространения, циркулярный кариес, кариес по плоскости, бутылочный кариес).
2. Начальный кариес. Патоморфологические изменения в тканях зуба. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Поверхностный кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Средний кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
5. Глубокий кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
6. Лечение кариеса временных зубов.
7. Классификация кариеса зубов (МКБ-10, по Виноградовой Т.Ф.,1978 г.)
8. Особенности кариеса в период формирования постоянных зубов.
9. Кариес в стадии пятна, клиника. Диагностика.
10. Кариес эмали (поверхностный кариес). Клиника. Диагностика.
11. Кариес дентина (средний и глубокий кариес). Клиника. Диагностика.
12. Дифференциальная диагностика
13. Лечение острого начального кариеса постоянных зубов.
14. Лечение поверхностного и среднего кариеса постоянных зубов.
15. Лечение глубокого кариеса постоянных зубов у детей.
16. Стоматологические пломбировочные материалы для детской терапевтической стоматологии.

1. Проницаемость эмали повышается под действием:

1) ультрафиолетового света 4) углеводистой пищи

2) глюконата кальция 5) фторидсодержащих зубных паст

3) ремодента

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

1) эвикрол; 2) стеклоиономерные цементы; 3) силидонт; 4) силиции;

5) амальгаму

3. Для поверхностного кариеса характерно:

1) боль при зондировании в одной точке дна кариозной полости

2) безболезненное зондирование

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

5) боль при накусывании на зуб

4. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:

1) кариеса в стадии пятна; 2) поверхностного кариеса; 3) среднего кариеса;

4) глубокого кариеса; 5) хронического пульпита

5. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

1) эрозии эмали 4) кариозном пигментированном пятне

2) белом кариозном пятне 5) флюорозе

3) пятнистой форме гипоплазии

6. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

1) на дне кариозной полости в одной точке

2) по стенкам кариозной полости

3) по всему дну кариозной полости

4) по стенкам кариозной полости и всему дну

5) отсутствует

7. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:

1) вестибулярной; 2) контактной; 3) жевательной;

4) в области режущего края; 5) небной/язычной

8. При кариесе в стадии пятна эмаль:

1) гладкая, зондирование болезненно

2) гладкая, зондирование безболезненно

3) шероховатая, зондирование болезненно

4) шероховатая, зондирование безболезненно

5) легко удаляется экскаватором

9. При поверхностном кариесе эмаль:

1) гладкая, зондирование болезненно

2) гладкая, зондирование безболезненно

3) шероховатая, зондирование болезненно

4) шероховатая, зондирование безболезненно

5) кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

10. Препарирование молочных зубов показано при:

1) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе

2) поверхностном кариесе

3) среднем кариесе

4) кариес в стадии пятна при медленнотекущем кариесе

5) любой форме кариеса

11. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

1) прокладки на основе гидроокиси кальция 4) дентин

2) пасту с гормональными препаратами 5) форфенан

3) пасту с антибиотиками

12. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:

1) амальгаму; 2) силидонт; 3) стеклоиономерные цементы;

4) композитные материалы; 5) силиции

13. Основой лечебных прокладок "Дайкал", "Кальципульп", "Кальмецин" является:

1) антибиотик; 2) гидроокись кальция; 3) антисептик; 4) эвгенол;

5) интерферон

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

1) раствор нитрата серебра 30%

2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия

3) р-р Шиллера-Писарева

4) капрофер

5) гипохлорит натрия

15. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

1) прокладки на основе гидроокиси кальция

2) пасту с гормональными препаратами

3) пасту с антибиотиками

4) резорцин-формалиновую пасту

5) имудон

16. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

1) только молочных несформированных

2) только молочных сформированных

3) только постоянных несформированных

4) только постоянных сформированных

5) всех молочных и постоянных зубов

17. Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:

1) йодинол; 2) раствор нитрата серебра; 3) прополис; 4) имудон;

5) гипохлорит натрия

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

1) амальгаму; 2) силидонт; 3) стеклоиономерные цементы;

4) композитные материалы; 5) силиции

19. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечении среднего кариеса постоянных несформированных резцов:

1) амальгама; 2) силидонт; 3) стеклоиономерные цементы;

4) композитные материалы; 5) силиции

20. Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна:

1) препарирование с последующим пломбированием

2) аппликация раствора фторида натрия

3) аппликация раствора глюконата кальция

4) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия

5) импрегнация 30% р-ром нитрата серебра

**Задача №1.**

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлен токсикоз мамы в первую половину беременности. Ребенок находится на искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати.

Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62 зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Назначьте местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача №2.**

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №3.

**Задача 3.**

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
3. Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
4. Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы
5. Назначьте лечение.

Задача №4.

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.

Объективно: кожные покровы чистые, конфигурация лица не

нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умерено выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно- розовая, умерено увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ =1,9, РНР = 0,8. На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево­дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо болезненна, быстро проходящая.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача №7.

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
3. Проведите местное и общее лечение ребенку
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Тема 3.** Пульпит временных зубов у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика. Особенности лечения пульпита временных зубов у детей.

2. Вопросы для рассмотрения:

1. Строение пульпы зубов (гисто-функциональные особенности пульпы временных зубов).
2. Классификация пульпитов.
3. Этиология и патогенез.
4. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острых пульпитов молочных зубов.
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронических пульпитов молочных зубов.
6. Лечение пульпита временных зубов у детей.
7. Классификация пульпитов (Виноградова Т.Ф., Платонов Е.Е)
8. Этиология и патогенез пульпита постоянных зубов.
9. Клиника, диагностика острых пульпитов постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями у детей.
10. Клиника, диагностика хронических пульпитов постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями у детей.
11. Дифференциальная диагностика пульпитов постоянных зубов.

1. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:

1) самопроизвольные; 2) от раздражителей; 3) при накусывании на зуб;

4) разлитые; 5) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

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

1) острый диффузный 4) хронический гипертрофический

2) хронический фиброзный 5) острый очаговый

3) хронический гангренозный

3. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

1) хроническом фиброзном 4) хроническом в стадии обострения

2) хроническом гангренозном 5) остром очаговом

3) хроническом гипертрофическом

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

1) остром диффузном

2) хроническом гангренозном вне стадии обострения

3) хроническом гипертрофическом

4) остром очаговом

5) хроническом фиброзном

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

1) сформированных молочных резцах

2) молочных молярах независимо от стадии развития корня

3) молочных молярах независимо от стадии развития и в сформированных постоянных молярах

4) сформированных постоянных молярах

5) несформированных постоянных молярах

6. Резорцин-формалиновая паста состоит из:

1) 20% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

2) 20% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

3) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина

4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка

5) 40% формалина, резорцина до насыщения

7. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:

1) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии

3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности

4) диагноза

5) групповой принадлежности зубов

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

1) перелом части коронки зуба

2) нарушение техники препарирования кариозной полости

3) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром

4) нелеченный кариес

5) наследственная предрасположенность

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

1) острый очаговый пульпит

2) острый диффузный пульпит

3) хронический фиброзный пульпит

4) хронический гангренозный пульпит

5) хронический гипертрофический пульпит

10. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:

1) острого очагового

2) острого диффузного

3) хронического фиброзного

4) хронического гангренозного

5) хронического гангренозного в стадии обострения

11. ЭОД при хроническом пульпите постоянных зубов (мкА):

1) 2-6; 2) 8-10; 3) 10-20; 4) 20-60; 5) свыше 150

12.При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:

1) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку

2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом

3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу

4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу

5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку

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

1) девитальная ампутация 4) витальная экстирпация

2) девитальная экстирпация 5) высокая ампутация

3) витальная ампутация

14.Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению со здоровым симметричным зубом:

1) медленнее 4) формирование прекращается

2) быстрее 5) происходит полная облитерация каналов

3) одновременно

15. Методом высокой ампутации проводят лечение:

1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы

3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах

4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

16. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канале часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

1) прекращения воспалительного процесса

2) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня

3) обеспечения дальнейшего формирования корня

4) прекращения дальнейшего формирования корня

5) ускорения формирования корня

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

1) девитальная ампутация 4) витальная экстирпация

2) девитальная экстирпация 5) витальная ампутация

3) высокая ампутация

18. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита в зубах:

1) только в сформированных постоянных

2) в любых сформированных временных

3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных

4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных

5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы

19. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:

1) самопроизвольные

2) постоянные

3) при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью

4) иррадиирующие

5) от температурных раздражителей

20. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:

1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие

2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб

3) переходная складка свободная, безболезненная при пальпации

4) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные

5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

Задача №1.

В стоматологическую поликлинику обратились родители с ребенком, в возрасте 4 лет. Жалобы на самопроизвольные боли в нижнем левом втором временном моляре, ночные боли с короткими светлыми промежутками, боли усиливаются от холодного.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы увеличенные, слизистая оболочка в области 75 зуба гиперемирована. В 75 зубе глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После удаления дентина экскаватором зондирование дна полости болезненно, реакция на 26 холод длительная, перкуссия слабоболезненная, Имеется 3 степень активности кариеса.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Опишите первый этап лечения данного заболевания.
4. Ваша дальнейшая тактика.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №2.

При проведении санации у ребенка 12 лет, врач отметил наличие большого количества налета на зубах в области верхних моляров слева. Пациент объяснил, что он щадит при жевании эту сторону, так как после еды появляются ноющие боли в 26 зубе.

Задача №2.

При проведении санации у ребенка 12 лет, врач отметил наличие большого количества налета на зубах в области верхних моляров слева. Пациент объяснил, что он щадит при жевании эту сторону, так как после еды появляются ноющие боли в 26 зубе.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 26 бледно-розового цвета. На мезиально-жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта, зондирование болезненно, реакция на холод длительная.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Опишите первый этап лечения данного заболевания.
4. Ваша дальнейшая тактика.
5. Назовите основные профилактические меры для предупреждения развития данного заболевания.

Задача №3.

Ребенок 8 лет. Жалобы на небольшую болезненность и кровоточивость из нижнего правого постоянного моляра при приеме пищи.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 46 бледно-розового цвета. На жевательно-дистальной поверхности

1. зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, зондирование слабоболезненное, отмечается кровоточивость, ЭОД = 40-50 мА.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
5. К какому возрасту заканчивается окончательное формирование корней постоянных первых моляров.
6. Составьте план лечения.

Задача №4.

Ребенок 7 лет. Жалобы на сильные самопроизвольные боли в области верхнего левого временного клыка. Появились боли 2 дня назад. Родители отмечают плохой сон и аппетит ребенка.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области 63 зуба отечна и гиперемирована. Открывание рта в неполном объеме. Слюна вязкая. На дистальной поверхности 63 зуба глубокая кариозная полость, с полостью зуба не сообщается. Зондирование полости и перкуссия зуба болезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Составьте план лечения.

Задача №5.

Ребенок 5 лет. Жалоб не предъявляет. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. На жевательной поверхности 55 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. После эвакуации дентина экскаватором полость зуба вскрыта, зондирование резко болезненное, появляется кровоточивость из рога пульпы. Реакция на холод положительная, длительная.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какому методу лечения Вы отдадите предпочтение.
3. В какой стадии формирования находятся корни зуба.
4. Составьте план лечения.
5. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации.

**Занятие 4.**

Тема: Лечения пульпитов постоянных зубов у детей. Ошибки, осложнения, прогноз.

Вопросы для рассмотрения:

1. Методы лечения пульпита постоянных зубов у детей, показание к методам лечения пульпита.
2. Биологический (консервативный) метод лечения пульпита.
3. Метод витальной ампутации и экстирпации.
4. Метод девитальной ампутации и экстирпации.
5. Особенности лечения пульпита постоянных зубов с несформированными корнями, понятие апексофикации и апексогенеза. Прогноз лечения.
6. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов.
7. Инструменты и материалы, применяемые для обтурации корневых каналов. Методики обтурации корневого канала зуба.

1.Форма пульпита, при которой возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

1) хронический фиброзный 4) хронический в стадии обострения

2) хронический гангренозный 5) острый очаговый

3) хронический гипертрофический

2.Каналы молочных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать:

1) резорцин-формалиновой пастой

2) пастой из окиси цинка на масляной основе

3) фосфат-цементом

4) гуттаперчевыми штифтами

5) серебряными штифтами

3. На 26 зуб мышьяковистая паста должна накладываться на:

1) 3 часа; 2) 24 часа; 3) 48 часов; 4) 72 часа; 5) 96 часов

4. Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:

1) механическая травма пульпы

2) термическая травма пульпы

3) химическая травма пульпы

4) нелеченный кариес

5) ретроградное инфицирование пульпы

5.Рентгенологически при хроническом гангренозном пульпите в межкорневом пространстве у молочных моляров чаше выявляется:

1) расширение периодонтальной щели 4) гиперцементоз

2) остеопороз 5) отсутствие изменений

3) остеосклероз

6. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

1) хронический гранулирующий периодонтит

2) хронический гранулематозный периодонтит

3) хронический фиброзный периодонтит

4) хронический периодонтит в стадии обострения

5) острый периодонтит

7. Клинические проявления острого периодонтита:

1) боль при накусывании на зуб и отек мягких тканей лица

2) боль от температурных раздражителей

3) свищ на десне с гнойным отделяемым

4) кратковременные приступообразные боли с длительными светлыми промежутками

5) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

8. При остром токсическом периодонтите следует:

1) удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

2) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

3) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым,

назначить теплые содовые полоскания

4) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

5) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать

пастой на масляной основе

9.Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбирован, его в то же посещение

2) из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым

3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу

4) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку

5) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами

10.Следствием хронического периодонтита молочного зуба может явиться в постоянных зубах:

1) системная гипоплазия эмали

2) местная гипоплазия эмали

3) несовершенный амелогенез

4) несовершенный дентиногенез

5) несовершенный одонтогенез

11.Острый токсический периодонтит развивается:

1)при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты

2) при выведении за верхушку пломбировочного материала

3) после проведения резорцин-формалинового метода

4) при медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия

5) после травмы зуба

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

1) запломбировать канал

2) зуб оставить открытым

3) наложить временную пломбу (повязку)

4) направить на физиотерапию

5) оставить турунду с протеолитическими ферментами

13. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:

1) ЭОД 4) определение индекса РМА

2) рентгенологический 5) цвет коронки зуба

3) трансиллюминационный

14. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме выявляется:

1) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ

2) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм

3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба

4) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре

5) остеосклероз у верхушки корня

15. Причины острого травматического периодонтита:

1) ушиб зуба

2) обработка корневого канала йодинолом

3) передозировка мышьяковистой пасты

4) использование препаратов для расширения канала

5) обработка корневого канала хлорофиллиптом

16.При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокоренного несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение:

1) проводят противовоспалительную терапию

2) проводят пломбирование канала пастой

3) проводят физиотерапевтические процедуры

4) канал зуба оставляют открытым

5) оставляют в канале турунду с протеолитическими ферментами

17.Рациональная тактика при хроническом периодонтите молочных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

1) применение резорцин-формалинового метода

2) пломбирование каналов пастой на масляной основе

3) удаление зуба

4) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция

5) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

18. Пломбирование каналов молочных резцов с разрушенной коронкой производят:

1) пастой из окиси цинка на масляной основе

2) фосфат-цементом

3) серебряным штифтом

4) пастой Каласепт

5) резорцин-формалиновой пастой

19. Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте:

1) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов

2) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба

3) боль при накусывании на зуб

4) кариозная полость на контактной поверхности моляра, препарирование безболезненно

5) отек мягких тканей лица

20. При обострении хронического периодонтита назначают:

1) леворин и физиотерапию

2) бонафтон и физиотерапию

3) антибиотики, сульфаниламиды и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды

4) супрастин и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды

5) клотримазол и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды

Задача №6.

Ребенок 5 лет. Жалоб не предъявляет.

Задача 1 .Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. На жевательно-дистальной поверхности 75 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненное в устьях корневых каналов. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная. Перкуссия зуба безболезненная.

1. Выскажите предположения о диагнозе.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.

Задача 2. Ребенок 8 лет. Жалобы на периодические боли в верхнем жевательном зубе справа, чаще возникающие во время приема пищи, которые после тщательного полоскания рта проходили.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,8. На мезиально-жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта в точке, зондирование резко болезненное, реакция на холод болезненная, длительная. ЭОД = 20мА.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие объективные данные подтверждают диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Обоснуйте Ваш выбор относительно метода лечения.
5. Назовите пломбировочные материалы, применяемые при данном методе лечения.

Задача 3. Ребенок 9 лет. Жалоб не предъявляет. Анамнез: в прошлом беспокоили ноющие боли в области 36 зуба, за медицинской помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=2,0. На жевательной поверхности 36 зуба обнаружена неглубокая кариозная полость, при зондировании отмечается сообщение с полостью зуба, зондирование болезненно в устьях корневых каналов. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная. Перкуссия безболезненная. ЭОД = 50 мА.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Развитие, каких осложнений возможно в данной ситуации.

Задача 4. Ребенку 12 лет. Жалобы: на незначительные боли в области 16 зуба во время приема пищи. Анамнез: 16 ранее не лечен, боли появились месяц назад.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,8. на жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью. Зондирование слабоболезненное, отмечается кровоточивость, реакция на температурный раздражитель отрицательная, перкуссия безболезненная, ЭОД = 95мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.
5. Развитие, каких осложнений возможно в данной ситуации.

Задача 5. Ребенку 11 лет. Жалобы: на наличие кариозной полости в 46 зубе. Анамнез: В 46 ранее наблюдались ноющие боли от различных раздражителей (в основном боли от горячего).

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, ГИ=1,9. При обследовании 46 обнаружена глубокая кариозная полость со вскрытой полостью зуба, пульпа грязно-серого цвета, зондирование болезненно в устьях каналов, определяется кровоточивость. Реакция на холод отрицательная, реакция на тепло положительная, длительная, перкуссия безболезненная. Цвет зуба изменен, ЭОД = 60 мА. Неприятный запах изо рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие объективные данные подтверждают диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте определение термину апексогенез.

**Занятие 5.**

Тема: Периодонтит. Анатомо-физиологические особенности строения зубов и челюстей у детей. Клиника, диагностика периодонтита временных зубов. Выбор метода лечения. Клиника, дифференциальная диагностика периодонтита постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями. Выбор метода лечения.

2. Вопросы для рассмотрения:

1. Анатомо-физиологические особенности строения зубов, челюстных костей в возрастном аспекте.
2. Строение периодонта у детей.
3. Классификация периодонтитов
* по этиологии;
* по локализации;
* по клиническому течению;
* по патоморфологическим изменениям (Виноградова Т.Ф).
1. Клиника, диагностика периодонтита временных зубов.
2. Рентгенологическая характеристика хронических воспалительных процессов в периодонте временных зубов (типы резорбции корней временных зубов по Виноградовой Т.Ф.,1967г.)
3. Лечение периодонтита временных зубов у детей.
4. Классификация периодонтитов
* по этиологии;
* по локализации;
* по клиническому течению;
* по патоморфологическим изменениям (Виноградова Т.Ф.)
1. Этиология и патогенез периодонтита постоянных зубов в детском возрасте, их особенности.
2. Клиника, диагностика хронических периодонтитов постоянных зубов у детей.
3. Рентгенодиагностика хронического периодонтита.
4. Клиника, диагностика острого и обострившегося хронического периодонтита постоянных зубов у детей.
5. Дифференциальная диагностика периодонтитов постоянных зубов.
6. Лечение хронического периодонтита постоянных зубов у детей. Выбор метода лечения периодонтита при несформированных корнях, прогноз.
7. Лечение острого и обострившегося хронического периодонтита у детей.

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

1) назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

2) удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии

3) удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба, медикаментозная обработка канала, зуб оставить открытым, назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

4) раскрыть полость зуба, назначить теплые ротовые ванночки

5) разрез по переходной складке

2. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:

1) 0,5-1% 2) 2,5-3% 3) 5-10% 4) 10-15% 5) 20%

3. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

1) боль при накусывании на зуб

2) отек мягких тканей лица

3) свищ на десне с гнойным отделяемым

4) клинических проявлений нет

5) приступообразные ночные боли

4.Рентгенологическая картина - расширение периодонтальной щели у верхушки корня, характерна для периодонтита:

1) острого; 2) хронического фиброзного; 3) хронического гранулирующего;

4) хронического гранулематозного; 5) для всех форм

5. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1) р-р Шиллера-Писарева; 2) хлоргексидин; 3) цианид; 4) лизетол;

5) физиологический раствор

6. Рентгенологическая картина острого периодонтита:

1) очаг разрежения костной ткани с четким контуром

2) не информативна и не имеет диагностического значения

3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

4) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

5) очаг разрежения костной ткани без четкого контура

7. Индикатором чистоты корневых каналов является:

1) мирамистин; 2) гипохлорит натрия; 3) фурацилин; 4) хлорофиллипт;

5) трипсин

8. При глубоком кариесе зондирование болезненно:

1) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

2) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

3) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

4) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

5) по эмалево-дентинному соединению

9. Метод "серебрения" применяют при лечении:

1) начальных форм кариеса молочных зубов

2) начальных форм кариеса постоянных зубов

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) хронического фиброзного пульпита

5) глубокого кариеса

10. Для пломбирования молочных зубов со средним кариесом не следует применять пломбировочные материалы:

1) фосфатные цементы; 2) амальгаму; 3) силидонт;

4) стеклоиономерные цементы; 5) композитные материалы

11. Основой лечебных прокладок "Дайкал", "Лайф", "Кальципульп" является:

1) антибиотик; 2) кортикостероид; 3) гидроокись кальция; 4) антисептик;

5) йодинол

12. Болезненное зондирование в глубине полости зуба характерно для пульпита:

1) острого очагового 4) хронического гипертрофического

2) хронического фиброзного 5) острого диффузного

3) хронического гангренозного

13. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

5) все формы пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

14. Показанием к лечению пульпита методом девитальной ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

4) все формы пульпита только во временных молярах независимо от стадии формирования корня

5) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах

15. Показанием к лечению пульпита методом высокой ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключающая фиксацию пломбы

4) хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

5) все формы пульпита в молочных молярах

16. На 21 зуб мышьяковистая паста накладывается на:

1) 3 часа; 2) 24 часа; 3) 36 часов; 4) 48 часов; 5) 72 часа

17. На 75 зуб мышьяковистая паста накладывается на:

1) 3 часа; 2) 24 часа; 3) 36 часов; 4) 48 часов; 5) 72 часа

18. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов:

1) дистиллированная вода; 2) физиологический раствор; 3) мирамистин;

4) эфир; 5) спирт

19. Для среднего кариеса характерно:

1) боль при зондировании в глубине полости зуба

2) зондирование безболезненно

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

5) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

20. Для глубокого кариеса характерно:

1) боль при зондировании в глубине полости зуба

2) зондирование безболезненно

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

5) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

Задача №1.

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 верхушки 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

Задача №2.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 3 лет после проведения профилактического осмотра в детском саду. Из анамнеза: ранее беспокоили ноющие боли в 75 зубе, за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области 75 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности 75 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

1. Выскажите предположения о диагнозе.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.

5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №3.

Ребенок 6,5 лет. На приеме у стоматолога с целью санации. В анамнезе мама отмечает появление около года назад незначительной, непродолжительной боли на нижней челюсти слева при приеме пищи, со временем исчезнувшей. К врачу-стоматологу за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая в области 74, 75 зубов гиперемирована, отечна. На жевательной поверхности 74, 75 зубов кариозные полости средних размеров с плотным пигментированным дентином на дне и стенках. Зондирование безболезненное, реакции на температурные раздражители нет. Перкуторно отмечается притупление звука в 74, 75 зубах, при сравнении с 84,85 интактными зубами. Подвижность 74, 75 зубов I степени.

1. Выскажите предположения о диагнозе.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.

5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №4.

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на косметический дефект левого верхнего центрального резца.

Анамнез: в возрасте 7 лет при катании на коньках упал и ударился о конек рядом ехавшего товарища. Вследствие травмы был незначительный отлом коронки зуба. Обратился к врачу на следующий день. Врач, подшлифовав поверхность зуба, посоветовал прийти для наблюдения. Повторно к врачу не явился. Через год зуб незначительно изменился в цвете, боли не беспокоили.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 21 зуба бледно-розового цвета. 21 зуб изменен в цвете. Коронка зуба по режущему краю на 0,5 мм короче, чем на 11 зубе. Реакция на температурные раздражители безболезненная, перкуссия болезненная.

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какой дополнительный метод подтвердит диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

4. Составьте план лечения.

5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала для постоянной обтурации корневого канала.

Задача №5.

Ребенку 4 года. Жалобы на периодические боли и появление свища в области нижнего правого жевательного зуба. Боли не сильные, сопровождающиеся незначительной отечностью десны, проходят самостоятельно через некоторое время. Анамнез: 85 зуб лечили по поводу кариеса в одно посещение 2 года назад. Больше к врачу не обращался.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации десны в области 85 зуба определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти. На жевательной поверхности 85 зуба металлическая пломба, I класс по Блэку. Нарушение краевого прилегания и усадки пломбы нет. Перкуссия болезненная. Зуб незначительно изменен в цвете. Подвижность 85 зуба I степени. Десна в области проекции корней зуба с синюшным оттенком, свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделяемым.

Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какой дополнительный метод подтвердит диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

4. Составьте план лечения.

5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала для постоянной обтурации корневого канала.

**Занятие 6.**

Тема: Ошибки и осложнения при лечении периодонтита временных и постоянных зубов. Апексогенез и апексофикация.

2. Вопросы для рассмотрения:

1. Апексогенез и апексофикация. Эндодонтия постоянных несформированных зубов.
2. Ошибки и связанные с ними осложнения, при лечении апикальных периодонтитов временных зубов. Лечение и возможности их предупреждения.
3. Ошибки и связанные с ними осложнения, при лечении апикальных периодонтитов постоянных зубов с несформированными корнями. Лечение и возможности их предупреждения.
4. Особенно тяжелые осложнения, возникающие при лечении апикальных периодонтитов. Оказание неотложной помощи при аспирации инородного тела, воздушной эмфиземе, абсцессе, флегмоне, остеомиелите и возможности их предупреждения.

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

1) назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

2) удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии

3) удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба, медикаментозная обработка канала, зуб оставить открытым, назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек

4) раскрыть полость зуба, назначить теплые ротовые ванночки

5) разрез по переходной складке

2. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:

1) 0,5-1% 2) 2,5-3% 3) 5-10% 4) 10-15% 5) 20%

3. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

1) боль при накусывании на зуб

2) отек мягких тканей лица

3) свищ на десне с гнойным отделяемым

4) клинических проявлений нет

5) приступообразные ночные боли

4.Рентгенологическая картина - расширение периодонтальной щели у верхушки корня, характерна для периодонтита:

1) острого; 2) хронического фиброзного; 3) хронического гранулирующего;

4) хронического гранулематозного; 5) для всех форм

5. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1) р-р Шиллера-Писарева; 2) хлоргексидин; 3) цианид; 4) лизетол;

5) физиологический раствор

6. Рентгенологическая картина острого периодонтита:

1) очаг разрежения костной ткани с четким контуром

2) не информативна и не имеет диагностического значения

3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

4) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

5) очаг разрежения костной ткани без четкого контура

7. Индикатором чистоты корневых каналов является:

1) мирамистин; 2) гипохлорит натрия; 3) фурацилин; 4) хлорофиллипт;

5) трипсин

8. При глубоком кариесе зондирование болезненно:

1) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

2) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

3) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро

4) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

5) по эмалево-дентинному соединению

9. Метод "серебрения" применяют при лечении:

1) начальных форм кариеса молочных зубов

2) начальных форм кариеса постоянных зубов

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) хронического фиброзного пульпита

5) глубокого кариеса

10. Для пломбирования молочных зубов со средним кариесом не следует применять пломбировочные материалы:

1) фосфатные цементы; 2) амальгаму; 3) силидонт;

4) стеклоиономерные цементы; 5) композитные материалы

11. Основой лечебных прокладок "Дайкал", "Лайф", "Кальципульп" является:

1) антибиотик; 2) кортикостероид; 3) гидроокись кальция; 4) антисептик;

5) йодинол

12. Болезненное зондирование в глубине полости зуба характерно для пульпита:

1) острого очагового 4) хронического гипертрофического

2) хронического фиброзного 5) острого диффузного

3) хронического гангренозного

13. Показанием к лечению пульпита методом витальной ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня

5) все формы пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

14. Показанием к лечению пульпита методом девитальной ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе

4) все формы пульпита только во временных молярах независимо от стадии формирования корня

5) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах

15. Показанием к лечению пульпита методом высокой ампутации является:

1) отлом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы

2) отлом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы

3) плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключающая фиксацию пломбы

4) хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

5) все формы пульпита в молочных молярах

16. На 21 зуб мышьяковистая паста накладывается на:

1) 3 часа; 2) 24 часа; 3) 36 часов; 4) 48 часов; 5) 72 часа

17. На 75 зуб мышьяковистая паста накладывается на:

1) 3 часа; 2) 24 часа; 3) 36 часов; 4) 48 часов; 5) 72 часа

18. Медикаментозные средства для антисептической обработки корневых каналов:

1) дистиллированная вода; 2) физиологический раствор; 3) мирамистин;

4) эфир; 5) спирт

19. Для среднего кариеса характерно:

1) боль при зондировании в глубине полости зуба

2) зондирование безболезненно

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

5) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

20. Для глубокого кариеса характерно:

1) боль при зондировании в глубине полости зуба

2) зондирование безболезненно

3) боль при препарировании стенок кариозной полости

4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости

5) зондирование болезненно в одной точке дна кариозной полости

Задача №1.

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 верхушки 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

Задача №2.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 3 лет после проведения профилактического осмотра в детском саду. Из анамнеза: ранее беспокоили ноющие боли в 75 зубе, за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка в области 75 бледно-розового цвета, без изменений. На жевательной поверхности 75 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование, реакция на температурные раздражители, перкуссия безболезненны.

1. Выскажите предположения о диагнозе.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.

5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №3.

Ребенок 6,5 лет. На приеме у стоматолога с целью санации. В анамнезе мама отмечает появление около года назад незначительной, непродолжительной боли на нижней челюсти слева при приеме пищи, со временем исчезнувшей. К врачу-стоматологу за помощью не обращались.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая в области 74, 75 зубов гиперемирована, отечна. На жевательной поверхности 74, 75 зубов кариозные полости средних размеров с плотным пигментированным дентином на дне и стенках. Зондирование безболезненное, реакции на температурные раздражители нет. Перкуторно отмечается притупление звука в 74, 75 зубах, при сравнении с 84,85 интактными зубами. Подвижность 74, 75 зубов I степени.

1. Выскажите предположения о диагнозе.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

4. Какой метод лечения показан при данном заболевании.

5. Дайте характеристику каждому этапу лечения.

Задача №4.

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на косметический дефект левого верхнего центрального резца.

Анамнез: в возрасте 7 лет при катании на коньках упал и ударился о конек рядом ехавшего товарища. Вследствие травмы был незначительный отлом коронки зуба. Обратился к врачу на следующий день. Врач, подшлифовав поверхность зуба, посоветовал прийти для наблюдения. Повторно к врачу не явился. Через год зуб незначительно изменился в цвете, боли не беспокоили.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, слизистая оболочка в области 21 зуба бледно-розового цвета. 21 зуб изменен в цвете. Коронка зуба по режущему краю на 0,5 мм короче, чем на 11 зубе. Реакция на температурные раздражители безболезненная, перкуссия болезненная.

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какой дополнительный метод подтвердит диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

4. Составьте план лечения.

5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала для постоянной обтурации корневого канала.

Задача №5.

Ребенку 4 года. Жалобы на периодические боли и появление свища в области нижнего правого жевательного зуба. Боли не сильные, сопровождающиеся незначительной отечностью десны, проходят самостоятельно через некоторое время. Анамнез: 85 зуб лечили по поводу кариеса в одно посещение 2 года назад. Больше к врачу не обращался.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации десны в области 85 зуба определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти. На жевательной поверхности 85 зуба металлическая пломба, I класс по Блэку. Нарушение краевого прилегания и усадки пломбы нет. Перкуссия болезненная. Зуб незначительно изменен в цвете. Подвижность 85 зуба I степени. Десна в области проекции корней зуба с синюшным оттенком, свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделяемым.

Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какой дополнительный метод подтвердит диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

4. Составьте план лечения.

5. Обоснуйте выбор пломбировочного материала для постоянной обтурации корневого канала.

**Занятие 7.** Тема: Приобретенные и наследственные пороки развития твердых тканей зубов. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.

2. Вопросы для рассмотрения:

1. Классификация некариозных поражений твердых тканей зуба.
2. Гипоплазия и гиперплазия эмали. Клиника, диагностика, лечение.
3. Эндемический флюороз зубов. Клиника, диагностика, лечение.
4. Аномалии развития, прорезывания зубов, изменение их цвета.
5. Наследственные нарушения развития твердых тканей зуба.
6. Патологическая стираемость зубов, некроз эмали, хроническая механическая травма зуба. Клиника, диагностика, лечение.
7. Клиновидный дефект, эрозия и гиперестезия зубов. Клиника, диагностика, лечение.
8. Дифференциальная диагностика различных по происхождению некариозных поражений зубов.

1. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается в следствие:

1) заболеваний матери во время беременности

2) травматических повреждений молочных зубов

3) нарушения оптимального состава микроэлементов в воде

4) болезней ребенка после рождения

5) множественного кариеса молочных зубов

2. Изменение окраски "тетрациклиновых" зубов возможно на поверхностях:

1) небной и язычной моляров 4) небной и язычной резцов и клыков

2) вестибулярной моляров 5) любой поверхности всех зубов

3) вестибулярной резцов

3. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

1) пигментированное пятно на эмали

2) облитерация полости зуба

3) "рифленые" зубы

4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов

5) "гипсовые" зубы

4. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

1) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации

2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов

3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета

4) наличие белых пятен и крапинок

5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

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

1) фронтальные; 2) премоляры; 3) первые моляры и фронтальные зубы;

4) все группы зубов; 5) резцы и вторые моляры

6. Клинические проявления флюороза:

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода

минерализации

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) борозды, параллельные режущему краю

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

1) болезни матери во II половине беременности

2) болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка

3) множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом

4) болезни матери в I половине беременности

5) травматическое повреждение молочных зубов

8. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

1) болезни матери в I половине беременности

2) болезни матери во II половине беременности

3) болезни ребенка в I половине первого года жизни

4) генетические факторы

5) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

9. Клинические формы флюороза:

1) чашеобразная; 2) меловидно-крапчатая; 3) бороздчатая;

4) "гипсовые" зубы; 5) "рифленые" зубы

10. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

1) боли при перкуссии 4) ночные боли

2) косметический недостаток 5) подвижность зубов

3) боли от горячего раздражителя

11. Причины местной гипоплазии эмали:

1) болезни матери во время беременности

2) болезни ребенка после рождения

3) травматическое повреждение зачатка зуба

4) пульпит молочного зуба

5) вредные привычки матери во время беременности

12. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:

1) расширение периодонтальной щели у верхушки корня

2) корни зубов нормальной длины

3) широкий просвет корневого канала

4) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба

5) расширение периодонтальной щели на всем протяжении

13. Заболевания, являющиеся наследственными:

1) флюороз 4) "тетрациклиновые" зубы

2) системная гипоплазия эмали 5) местная гипоплазия эмали

3) несовершенный амелогенез

14. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

1) сразу после их прорезывания; 2) 7-8 лет; 3) 8-9 лет; 4) 9-10 лет;

5) старше 12 лет

15. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относят:

1) пульпит; 2) периодонтит; 3) пародонтит;

4) несовершенное развитие дентина; 5) пародонтолиз

16. Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

1) наследственный фактор

2) заболевания матери в период беременности

3) травма плода

4) заболевания ребенка на первом году жизни

5) множественный кариес молочных зубов

17. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:

1) флюороз 4) синдром Стентона-Капдепона

2) системная гипоплазия 5) несовершенный амелогенез

3) местная гипоплазия

18. Факторы, воздействие которых изменяет окраску "тетрациклиновых" зубов:

1) соблюдение правил гигиены полости рта 4) люминесцентный свет

2) дневной свет 5) прием препаратов кальция

3) прием витаминов внутрь

19. Причина развития флюороза:

1) недостаточное содержание фтора в воде

2) передача патологии по наследству

3) избыточное содержание фтора в воде

4) отсутствие фтора в воде

5) фторидсодержащие зубные пасты

20. Заболевание, являющееся наследственным:

1) системная гипоплазия; 2) флюороз; 3) местная гипоплазия

4) несовершенный дентиногенез; 5) "тетрациклиновые" зубы

Задача №1.

При осмотре полости рта ребёнка 7 лет, врач-стоматолог выявил пятна на жевательных буграх 16, 26, 36, 46 зубов. Эмаль зубов в области пятен гладкая, блестящая, цвет молочно - белый. Ребёнок жалоб не предъявляет.

1. Поставьте диагноз. Какие данные анамнеза подтвердят диагноз?
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назовите период беременности, в котором были нарушены процессы минерализации зубов.
4. Проведите дифференциальную диагностику патологии
5. Назначьте необходимое лечение.

Задача №2.

В амбулаторной карте ребёнка 9 лет, врач-стоматолог отметил данные объективного осмотра: жевательные бугры 16, 15, 25, 26, 36, 46 зубов имеют шиповидную форму, травмируют слизистую оболочку языка и щёк. Эмаль на указанных зубах истончена, имеются сколы. По режущему краю всех зубов имеются борозды, идущие горизонтально, параллельно режущему краю. Дно и стенки борозд гладкие, плотные, на дне глубоких борозд виден мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком.
3. Скажите, будут ли изменения в периодонте поражённых зубов и почему?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Перечислит изменения, которые можно увидеть на рентгенограмме.

Задача №3.

Ребёнку 5-и лет врач-стоматолог поставил диагноз: Полная аплазия эмали. Из анамнеза: во время беременности мать неоднократно перенесла

вирусную инфекцию, болела длительно, тяжело. При осмотре полости рта - на всех зубах выявляется полное отсутствие эмали на коронке; в местах глубоких дефектов на молярах выявляются очаги кариозного поражения.

1. Укажите, что можно увидеть на рентгенограмме в местах отсутствия эмали.
2. Назовите группу риска, к которой относятся дети с данной патологией.
3. Назовите вид стоматологической помощи, показанной данному ребёнку.
4. Перечислите жалобы, предъявляемые ребёнком.
5. Укажите, следствием чего может быть полная аплазия эмали.

Задача №4.

Родители ребёнка 7 лет обратились к стоматологу с жалобами на необычную форму и величину прорезавшегося верхнего центрального зуба. Из анамнеза: ребёнок с 4-х лет занимается в секции хоккея. При осмотре полости рта: верхний правый центральный резец шилообразной формы, на коронке частично отсутствует эмаль, при зондировании в пришеечной области выявляется мягкий зубной налёт.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины данной патологии.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проведите лечение.

Задача №5.

На сайте стоматологической клиники был задан вопрос анонимным пациентом: «Уважаемый доктор! У моего восьмилетнего сына верхние центральные зубы имеют бочкообразную форму. По режущему краю имеется выемка полулунной формы. У десны зубы кажутся большими, чем у края. Почему у ребёнка такие зубы и что нам делать?»

1. Поставьте диагноз.
2. Уточните диагноз данными анамнеза.
3. Назовите дополнительные клинические признаки, характерные при данном основном заболевании?
4. Проведите стоматологическое лечение.
5. Укажите, в каких случаях показано ортопедическое лечение.

**Занятие 8.**

Классификация травматических повреждений зубов. Методы обследования. Ушиб. Вывих. Перелом коронки, корня зуба. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение, Прогноз.

**2**. Вопросы для рассмотрения:

1. Классификация травматических повреждений зубов (по ВОЗ, 1979г.; Чупрыниной, 1985г.).
2. Схема клинического обследования ребенка с травмой зуба.
3. Опрос (жалобы, анамнез жизни, анамнез травмы).
4. Внешний осмотр ребенка (ассиметрия лица, состояние кожных покровов).
5. Осмотр полости рта (состояние слизистой оболочки, прикуса, зубная формула, состояние травмированного зуба).
6. Дополнительные методы исследования:
	* рентгенодиагностика;
	* термодиагностика;
	* электродиагностика;
	* трансиллюминация с использованием волоконно-оптических световодов.
7. Клиника ушиба зуба, диагностика, лечение, прогноз.
8. Трещина зуба. Клиническая картина, лечение.
9. Клиническая картина и диагностика вывиха зуба (неполный, полный и вколоченный вывихи). Дифференциальная диагностика, лечение.
10. Клиника, диагностика, лечение перелома коронки зуба.
11. Клиника, диагностика, лечение перелома корня зуба.
12. Сочетанные (комбинированные) травмы зуба.
13. Травма зачатка постоянного зуба. Клиническая картина, лечение, прогноз.
14. Диспансеризация детей, перенесших острую травму зуба.

1. Жалобы при ушибе временных и постоянных зубов в первые 2-3 дня после травмы:

1) постоянные ноющие боли

2) жалоб нет

3) интенсивные приступообразные ночные боли

4) чувство "выросшего зуба", отказ от твердой пищи

5) боли от температурных раздражителей

2. Перелом в средней части корня зуба сопровождается:

1) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба

2) болью при накусывании, при перкуссии и подвижностью зуба

3) изменением цвета коронки зуба

4) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей

5) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

3.Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:

1) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет

2) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет

3) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба

4) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет

5) подвижность зуба I-II степени, изменений видимой части коронки нет

4. При лечении ушиба однокорневого постоянного зуба необходимо:

1) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели

2) удаление травмированного зуба

3) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета

4) эндодонтическое лечение

5) ограничение жевательной нагрузки

5.Отлом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы зуба сопровождается:

1) болью при накусывании на зуб

2) болью от температурных раздражителей и при зондировании линии отлома

3) жалобы отсутствуют

4) самопроизвольной болью

5) болью от химических раздражителей

6.Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

1) периодонтальная щель равномерно расширена

2) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба

3) на рентгенограмме изменений нет

4) периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба

5) периодонтальная щель отсутствует на всем протяжении

7. Отлом коронки с обнажением пульпы зуба сопровождается:

1) подвижностью зуба III степени

2) болью от всех раздражителей

3) отсутствием жалоб

4) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва

5) изменением цвета коронки зуба

8.Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба:

1) укорочение видимой части коронки

2) увеличение видимой части коронки

3) лунка зуба пустая

4) смещение коронки в сторону соседнего зуба

5) смещение коронки выше окклюзионной плоскости

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

1) сформированных однокорневых

2) несформированных однокорневых

3) сформированных многокорневых

4) несформированных многокорневых

5) несформированных однокорневых и многокорневых

10.При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо:

1) удаление зуба

2) репозиция и шинирование зуба, эндодонтическое лечение

3) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

4) только динамическое наблюдение

5) репозиция

11.При переломе коронки несформированного зуба с обнажением пульпы в первые 6 часов следует провести:

1) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

2) закрытие линии перелома фтор-цементом

3) витальную ампутацию

4) высокую ампутацию

5) девитальную экстирпацию

12.При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба показана:

1) высокая ампутация пульпы

2) экстирпация пульпы

3) удаление зуба

4) витальная ампутация

5) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

13. Клинические признаки при неполном вывихе временного и постоянного зуба в первые дни после травмы:

1) зуб погружен в лунку до десны, подвижность зуба Н-Ш степени

2) лунка зуба пустая

3) коронка смещена в различном направлении

4) видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность

5) укорочение видимой части коронки, подвижности нет

14.При лечении вколоченного вывиха временных несформированных резцов необходимо:

1) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

2) репозиция

3) удаление зуба

4) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления

5) шинирование зуба сроком на 3-4 недели

15.Отлом коронки в пределах эмали сопровождается:

1) жалобами на косметический дефект

2) болью при зондировании по линии перелома

3) подвижностью II-III степени

4) болями от раздражителей

5) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

16.Рентгенологические признаки вколоченного вывиха постоянного сформированного зуба:

1) на рентгенограмме изменений нет

2) периодонтальная щель "отсутствует" у верхушки корня

3) периодонтальная щель расширена у верхушки корня

4) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

5) зуб отсутствует в лунке

17. Клинические признаки при ушибе постоянного или временного зуба в первые 2-3 дня после травмы:

1) зуб короче симметричного, погружен в лунку

2) болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует

3) смещение коронки в различном направлении

4) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия

5) патологии не выявляется

18. При лечении полного вывиха временных зубов необходимо:

1) динамическое наблюдение без вмешательства

2) рациональное протезирование при отсутствии зуба

3) при сохранности зуба - пломбирование канала

4) шинирование реплантированного зуба на 3-4 недели

5) реплантация

19. При лечении вколоченного вывиха временных сформированных резцов необходимо:

1) удаление зуба

2) репозиция внедренного зуба

3) динамическое наблюдение

4) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

5) шинирование зуба

20. При лечении вколоченного вывиха постоянных несформированных резцов в первые 2 дня после травмы необходимо:

1) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

2) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение

3) удаление зуба

4) репозиция зуба и шинирование на 3-4 недели

5) эндодонтическое лечение

Задача 1. Родители привели ребенка 2 лет, который несколько часов назад получил. Травму зуба 6.1, упав с качелей. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней губы. На красной кайме верхней губы ссадина, На слизистой верхней губы геморрагии. Коронка зуба 6.1 отсутствует, в лунке кровяной сгусток.

Какие виды травмы возможны? Какие дополнительные методы исследования? Необходимы для постановки окончательного диагноза? Составьте план лечения.

Задача 2. Ребенку 1,2 месяца. Со слов мамы ребенок упал и ударился лицом 1 час назад, центральные зубы стали короче рядом стоящих зубов. Объективно: отек верхней губы, на коже подбородка ссадина. Коронки зубов 5.1, 6.1 Короче коронок зубов 5.2, 6.2. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 3. Ребенку 1год 8 месяцев, несколько часов назад упал со стула, сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Объективно: лицо симметричное. В полости рта: в зубах 71, 81 отсутствуют медиальные углы коронок, дефект коронок в пределах эмали. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 4. Отец привел мальчика 8 лет, который сломал зуб 1.1 в школе на уроке Физкультуры. Ребенок жалуется на боль при прикосновении к зубу. Объективно: коронка зуба 1.1 отломана на 1/2, линия перелома проходит горизонтально через полость зуба. Пульпа обнажена, красная, резко болезненная при зондировании. Перкуссия зуба болезненная.

Сформулируйте диагноз. Какие факторы будут влиять на выбор метода лечения зуба 1.1? Критерии эффективности проводимого лечения?

Задача 5. Ребенку 9 лет. Со слов мамы, 2 дня назад во время игры в футбол получил травму передних зубов. Жалобы на косметический дефект, кратковременную боль от температурных и механических раздражителей в зубе 1.1. Объективно: отек верхней губы, на коже верхней губы ссадина, покрытая геморрагической корочкой, на коже подбородка гематома. В полости рта: имеется скол эмали коронки зуба 2.1; отсутствует 1/4 коронки зуба 1.1. Перкуссия зубов 2.1 и 1.1 слабоболезненная. Отмечается болезненность при зондировании линии перелома в зубе 1.1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Тема 9.** Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях.

Вопросы для рассмотрения:

1. Повреждения слизистой оболочки полости рта, возникающие вследствие механической травмы, химических ожогов. Клиника, диагностика, лечение.
2. Повреждения слизистой оболочки полости рта, возникающие вследствие термических и лучевых повреждений. Клиника, диагностика, лечение.
3. Поражения слизистой оболочки полости рта при кори и краснухе. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Поражения слизистой оболочки полости рта при ветряной оспе. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционном мононуклеозе (болезнь Филатова-Пфейффера). Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

1. Для лечения пиодермии применяются мази:

1) 2% неомициновая; 2) 0,25 % оксолиновая; 3) клотримазол (канестен)

4) бутадионовая; 5) гепариновая

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

1) ферменты; 2) антисептики; 3) антибиотики;

4) противовирусные препараты; 5) кератопластики

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

1) тетрациклин; 2) ацикловир; 3) сульфадиметоксин; 4) нистатин;

5) бисептол

4. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

1) противовирусные препараты 4) обезболивающие средства

2) антисептики 5) антибиотики

3) протеолитические ферменты

5. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1) 1-2 дня; 2) 3-4 дня; 3) 5-6 дней; 4) 7-9 дней; 5) 10-12 дней

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

1) кератопластические 4) антибиотики

2) антисептические 5) противогрибковые

3) противовирусные и обезболивающие

7. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета

на 1 кг массы тела:

1) 50 000 ЕД; 2) 100 000 ЕД; 3) 150 000 ЕД; 4) 200 000 ЕД; 5) 250000 ЕД

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

1) стабилизации состояния 4) не вызывает изменений

2) более быстрому выздоровлению 5) летальному исходу

3) развитию генерализованной формы

9. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

2) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

3) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

4) кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

5) кератопластики, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

10. Для лечения кандидоза используют мазь:

1) гепариновую; 2) канестен (клотримазол); 3) бонафтоновую; 4) зовиракс;

5) солкосерил

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

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии, покрытые фибринозным налетом

3) творожистый налет

4) прозрачные корочки, фиксированные в центре

5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

12. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

1) средства гигиены полости рта новорожденных

2) игрушки с острыми гранями

3) преждевременно прорезавшиеся зубы

4) соски, резиновые рожки на бутылочках

5) кольца для прорезывания зубов

13. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1) антибактериальную терапию 4) противовирусную терапию

2) десенсибилизирующую терапию 5) антисептическую обработку

3) антигрибковую терапию

14. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) налет на спинке языка

5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

15. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

1) антисептические полоскания рта в период между рецидивами

2) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

3) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

4) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

5) гидромассаж десен

16. Кератопластические средства:

1) неомициновая мазь; 2) теброфеновая мазь; 3) актовегин, солкосерил;

4) зовиракс; 5) оксикорт

17. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

1) каротолин; 2) лизоцим; 3) формалин; 4) винилин; 5) витаон

18. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

1) 1% раствор тримекаина 4) 10% взвесь анестезина в масле

2) 2% раствор новокаина 5) 1% взвесь анестезина в масле

3) 10% раствор лидокаина в спрее

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

1) 1-2% 2) 4-5% 3) 7-9% 4) 10-15% 5) 20-30%

20. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

1) курс антибиотиков широкого спектра действия

2) противовирусные препараты во внутрь и местно

3) внутривенное введение тиосульфата натрия

4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

5) курс кератопластической терапии

Задача №1.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,5С. Анамнез: 3 дня назад во время падения повредил нижним клыком слизистую оболочку нижней губы. Медицинская сестра детского сада трижды смазывала спиртовым раствором бриллиантовой зелени слизистую оболочку нижней губы. Температура тела и болезненность в поднижнечелюстной области появились на 3-й день заболевания.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7x1,0 мм., покрытая серым налетом. Слизистая оболочка в области эрозии набухшая, имеет белесоватую неровную поверхность в виде разлитого пятна, нечетко ограниченного. Межзубные сосочки отечны, гиперемированы, при пальпации болезненны, кровоточат. Температура тела 37,2 С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №2.

Ребенок 11 лет. Жалоб нет, обратился на профилактический осмотр. Анамнез: Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатальной травмы, лабильная психика. Страдает бруксизмом.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой щек, преимущественно по линии смыкания зубов, обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании «налет» частично снимается. Слизистая оболочка в остальных отделах полости рта без патологических изменений, при пальпации безболезненна.

КПУ+ кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №3.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные исследования.

Составьте план лечения заболевания СОПР.

Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.

Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

Задача №4.

В поликлинику на приём обратилась мама с ребёнком в возрасте 11 мес. Жалобы на отказ ребёнка от пищи, обильное слюнотечение, высыпания мелких пузырьков на нижней губе. Анамнез: сутки тому назад мама отметила плаксивость ребёнка, отказ от еды, высыпания пузырьков на нижней губе.

Объективно: на слизистой нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. Слизистая оболочка полости рта и преддверия без изменений, десны отёчны, гиперемированы. Между верхними резцами диастема, отмечается низкое прикрепление уздечки верхней губы. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции. Температура тела 37,3 С. кп = 0.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №5.

В поликлинику на прием к врачу обратилась мама с ребенком в
возрасте 3 лет с жалобами на плохой аппетит ребенка, его беспокойство,
боли в полости рта. Анамнез: сутки тому назад ухудшилось общее состояние
ребенка, появились симптомы ОРЗ, высыпания мелких пузырьков на красной
кайме губ.

Объективно: конфигурация лица нарушена - в профиль виден
уплощенный средний отдел лица, подбородок выступает вперед, нижние
передние зубы перекрывают центральные верхние зубы. Зубная формула соответствует возрасту. Коронка 6 разрушена полностью. На красной кайме губ имеются сруппированные пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, на слизистой языка слившиеся между собой эрозии, окруженные венчиком гиперемии, покрытые белым фибринозным налетом. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, при пальпации болезненна, кровоточат. Затылочные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции, болезненны при пальпации, температура тела 37,7 С. кп = 3.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Тема 10. Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях.

Вопросы для рассмотрения:

1. Поражения слизистой оболочки полости рта при дифтерии и скарлатине. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

2. Острый герпетический стоматит. Эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение (общее и местное).

3. Рецидивирующий герпетический стоматит. Клиника, диагностика, лечение.

4. Герпетическая ангина. Клиника, диагностика, лечение.

5. Проявление ВИЧ инфекции в полости рта.

1. Для лечения пиодермии применяются мази:

1) 2% неомициновая; 2) 0,25 % оксолиновая; 3) клотримазол (канестен)

4) бутадионовая; 5) гепариновая

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

1) ферменты; 2) антисептики; 3) антибиотики;

4) противовирусные препараты; 5) кератопластики

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

1) тетрациклин; 2) ацикловир; 3) сульфадиметоксин; 4) нистатин;

5) бисептол

4. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

1) противовирусные препараты 4) обезболивающие средства

2) антисептики 5) антибиотики

3) протеолитические ферменты

5. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1) 1-2 дня; 2) 3-4 дня; 3) 5-6 дней; 4) 7-9 дней; 5) 10-12 дней

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

1) кератопластические 4) антибиотики

2) антисептические 5) противогрибковые

3) противовирусные и обезболивающие

7. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета

на 1 кг массы тела:

1) 50 000 ЕД; 2) 100 000 ЕД; 3) 150 000 ЕД; 4) 200 000 ЕД; 5) 250000 ЕД

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

1) стабилизации состояния 4) не вызывает изменений

2) более быстрому выздоровлению 5) летальному исходу

3) развитию генерализованной формы

9. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

2) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

3) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

4) кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

5) кератопластики, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

10. Для лечения кандидоза используют мазь:

1) гепариновую; 2) канестен (клотримазол); 3) бонафтоновую; 4) зовиракс;

5) солкосерил

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

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии, покрытые фибринозным налетом

3) творожистый налет

4) прозрачные корочки, фиксированные в центре

5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

12. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

1) средства гигиены полости рта новорожденных

2) игрушки с острыми гранями

3) преждевременно прорезавшиеся зубы

4) соски, резиновые рожки на бутылочках

5) кольца для прорезывания зубов

13. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1) антибактериальную терапию 4) противовирусную терапию

2) десенсибилизирующую терапию 5) антисептическую обработку

3) антигрибковую терапию

14. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) налет на спинке языка

5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

15. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

1) антисептические полоскания рта в период между рецидивами

2) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

3) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

4) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

5) гидромассаж десен

16. Кератопластические средства:

1) неомициновая мазь; 2) теброфеновая мазь; 3) актовегин, солкосерил;

4) зовиракс; 5) оксикорт

17. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

1) каротолин; 2) лизоцим; 3) формалин; 4) винилин; 5) витаон

18. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

1) 1% раствор тримекаина 4) 10% взвесь анестезина в масле

2) 2% раствор новокаина 5) 1% взвесь анестезина в масле

3) 10% раствор лидокаина в спрее

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

1) 1-2% 2) 4-5% 3) 7-9% 4) 10-15% 5) 20-30%

20. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

1) курс антибиотиков широкого спектра действия

2) противовирусные препараты во внутрь и местно

3) внутривенное введение тиосульфата натрия

4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

5) курс кератопластической терапии

Задача №1.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,5С. Анамнез: 3 дня назад во время падения повредил нижним клыком слизистую оболочку нижней губы. Медицинская сестра детского сада трижды смазывала спиртовым раствором бриллиантовой зелени слизистую оболочку нижней губы. Температура тела и болезненность в поднижнечелюстной области появились на 3-й день заболевания.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7x1,0 мм., покрытая серым налетом. Слизистая оболочка в области эрозии набухшая, имеет белесоватую неровную поверхность в виде разлитого пятна, нечетко ограниченного. Межзубные сосочки отечны, гиперемированы, при пальпации болезненны, кровоточат. Температура тела 37,2 С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №2.

Ребенок 11 лет. Жалоб нет, обратился на профилактический осмотр. Анамнез: Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатальной травмы, лабильная психика. Страдает бруксизмом.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой щек, преимущественно по линии смыкания зубов, обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании «налет» частично снимается. Слизистая оболочка в остальных отделах полости рта без патологических изменений, при пальпации безболезненна.

КПУ+ кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №3.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные исследования.

Составьте план лечения заболевания СОПР.

Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.

Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

Задача №4.

В поликлинику на приём обратилась мама с ребёнком в возрасте 11 мес. Жалобы на отказ ребёнка от пищи, обильное слюнотечение, высыпания мелких пузырьков на нижней губе. Анамнез: сутки тому назад мама отметила плаксивость ребёнка, отказ от еды, высыпания пузырьков на нижней губе.

Объективно: на слизистой нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. Слизистая оболочка полости рта и преддверия без изменений, десны отёчны, гиперемированы. Между верхними резцами диастема, отмечается низкое прикрепление уздечки верхней губы. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции. Температура тела 37,3 С. кп = 0.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №5.

В поликлинику на прием к врачу обратилась мама с ребенком в
возрасте 3 лет с жалобами на плохой аппетит ребенка, его беспокойство,
боли в полости рта. Анамнез: сутки тому назад ухудшилось общее состояние
ребенка, появились симптомы ОРЗ, высыпания мелких пузырьков на красной
кайме губ.

Объективно: конфигурация лица нарушена - в профиль виден
уплощенный средний отдел лица, подбородок выступает вперед, нижние
передние зубы перекрывают центральные верхние зубы. Зубная формула соответствует возрасту. Коронка 6 разрушена полностью. На красной кайме губ имеются сруппированные пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, на слизистой языка слившиеся между собой эрозии, окруженные венчиком гиперемии, покрытые белым фибринозным налетом. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, при пальпации болезненна, кровоточат. Затылочные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции, болезненны при пальпации, температура тела 37,7 С. кп = 3.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Тема 11.** Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией, аллергией.

Вопросы для рассмотрения:

1. Изменения слизистой оболочки по­лости рта при гиповитаминозах.
2. Состояние слизистой оболочки полости рта при эндокринных заболеваниях.
3. Состояние слизистой оболочки по­лости рта при заболеваниях ЖКТ.
4. Состояние слизистой оболочки полости рта при сердечно - ­сосудистых заболеваниях.
5. Состояние слизистой оболочки полости рта при заболева­ниях крови.
6. Состояние слизистой оболочки полости рта при кожных заболеваниях (врожденный

 буллезный эпидермолиз, красный плоский лишай, системная красная волчанка).

1. Для лечения пиодермии применяются мази:

1) 2% неомициновая; 2) 0,25 % оксолиновая; 3) клотримазол (канестен)

4) бутадионовая; 5) гепариновая

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

1) ферменты; 2) антисептики; 3) антибиотики;

4) противовирусные препараты; 5) кератопластики

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

1) тетрациклин; 2) ацикловир; 3) сульфадиметоксин; 4) нистатин;

5) бисептол

4. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:

1) противовирусные препараты 4) обезболивающие средства

2) антисептики 5) антибиотики

3) протеолитические ферменты

5. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:

1) 1-2 дня; 2) 3-4 дня; 3) 5-6 дней; 4) 7-9 дней; 5) 10-12 дней

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

1) кератопластические 4) антибиотики

2) антисептические 5) противогрибковые

3) противовирусные и обезболивающие

7. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета

на 1 кг массы тела:

1) 50 000 ЕД; 2) 100 000 ЕД; 3) 150 000 ЕД; 4) 200 000 ЕД; 5) 250000 ЕД

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

1) стабилизации состояния 4) не вызывает изменений

2) более быстрому выздоровлению 5) летальному исходу

3) развитию генерализованной формы

9. При лечении пиодермии внутрь назначают:

1) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

2) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

3) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

4) кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

5) кератопластики, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

10. Для лечения кандидоза используют мазь:

1) гепариновую; 2) канестен (клотримазол); 3) бонафтоновую; 4) зовиракс;

5) солкосерил

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

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии, покрытые фибринозным налетом

3) творожистый налет

4) прозрачные корочки, фиксированные в центре

5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

12. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:

1) средства гигиены полости рта новорожденных

2) игрушки с острыми гранями

3) преждевременно прорезавшиеся зубы

4) соски, резиновые рожки на бутылочках

5) кольца для прорезывания зубов

13. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:

1) антибактериальную терапию 4) противовирусную терапию

2) десенсибилизирующую терапию 5) антисептическую обработку

3) антигрибковую терапию

14. Клинические проявления при черном волосатом языке:

1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) налет на спинке языка

5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

15. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) или значительно сократить частоту рецидивов и ослабить тяжесть их проявления помогают:

1) антисептические полоскания рта в период между рецидивами

2) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

3) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

4) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

5) гидромассаж десен

16. Кератопластические средства:

1) неомициновая мазь; 2) теброфеновая мазь; 3) актовегин, солкосерил;

4) зовиракс; 5) оксикорт

17. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:

1) каротолин; 2) лизоцим; 3) формалин; 4) винилин; 5) витаон

18. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта при ОГС используют:

1) 1% раствор тримекаина 4) 10% взвесь анестезина в масле

2) 2% раствор новокаина 5) 1% взвесь анестезина в масле

3) 10% раствор лидокаина в спрее

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

1) 1-2% 2) 4-5% 3) 7-9% 4) 10-15% 5) 20-30%

20. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного МЭЭ:

1) курс антибиотиков широкого спектра действия

2) противовирусные препараты во внутрь и местно

3) внутривенное введение тиосульфата натрия

4) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

5) курс кератопластической терапии

Задача №1.

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,5С. Анамнез: 3 дня назад во время падения повредил нижним клыком слизистую оболочку нижней губы. Медицинская сестра детского сада трижды смазывала спиртовым раствором бриллиантовой зелени слизистую оболочку нижней губы. Температура тела и болезненность в поднижнечелюстной области появились на 3-й день заболевания.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7x1,0 мм., покрытая серым налетом. Слизистая оболочка в области эрозии набухшая, имеет белесоватую неровную поверхность в виде разлитого пятна, нечетко ограниченного. Межзубные сосочки отечны, гиперемированы, при пальпации болезненны, кровоточат. Температура тела 37,2 С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №2.

Ребенок 11 лет. Жалоб нет, обратился на профилактический осмотр. Анамнез: Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатальной травмы, лабильная психика. Страдает бруксизмом.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой щек, преимущественно по линии смыкания зубов, обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании «налет» частично снимается. Слизистая оболочка в остальных отделах полости рта без патологических изменений, при пальпации безболезненна.

КПУ+ кп = 0

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №3.

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные исследования.

Составьте план лечения заболевания СОПР.

Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.

Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

Задача №4.

В поликлинику на приём обратилась мама с ребёнком в возрасте 11 мес. Жалобы на отказ ребёнка от пищи, обильное слюнотечение, высыпания мелких пузырьков на нижней губе. Анамнез: сутки тому назад мама отметила плаксивость ребёнка, отказ от еды, высыпания пузырьков на нижней губе.

Объективно: на слизистой нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. Слизистая оболочка полости рта и преддверия без изменений, десны отёчны, гиперемированы. Между верхними резцами диастема, отмечается низкое прикрепление уздечки верхней губы. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции. Температура тела 37,3 С. кп = 0.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дополнительные методы исследования.

Составьте план лечения.

Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

Задача №5.

В поликлинику на прием к врачу обратилась мама с ребенком в
возрасте 3 лет с жалобами на плохой аппетит ребенка, его беспокойство,
боли в полости рта. Анамнез: сутки тому назад ухудшилось общее состояние
ребенка, появились симптомы ОРЗ, высыпания мелких пузырьков на красной
кайме губ.

Объективно: конфигурация лица нарушена - в профиль виден
уплощенный средний отдел лица, подбородок выступает вперед, нижние
передние зубы перекрывают центральные верхние зубы. Зубная формула соответствует возрасту. Коронка 6 разрушена полностью. На красной кайме губ имеются сруппированные пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, на слизистой языка слившиеся между собой эрозии, окруженные венчиком гиперемии, покрытые белым фибринозным налетом. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, при пальпации болезненна, кровоточат. Затылочные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции, болезненны при пальпации, температура тела 37,7 С. кп = 3.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Тема 12.** Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях различных органов и систем. Заболевания губ и языка.

Вопросы для рассмотрения:

1. Десквамативный глоссит, ромбовид­ный глоссит, складчатый язык, «воло­сатый» язык. Клиника, диагностика, лечение заболеваний языка. Клиника. Лечение.
2. Заболевания губ. Метеорологический хейлит. Экзематозный хейлит. Гландулярный хейлит. Атопический хейлит. Клиника. Лечение.
3. Хронические трещины губ. Клиника. Лечение.

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

1) 1% 2) 3% 3) 5% 4) 10% 5) 30%

2. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:

1) выбор обезболивающих средств

2) устранение травмирующего слизистую оболочку фактора

3) применение дезинфицирующих средств

4) применение кератопластических средств

5) применение антибактеральных препаратов

3. Общее состояние и самочувствие больного МЭЭ:

1) температура тела нормальная, прием пищи безболезненный

2) температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах

3) прием пищи безболезненный

4) головная боль, температура тела субфебрильная

5) температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах

4. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:

1) белый творожистый налет; 2) фибринозный налет; 3) папулы

4) "пятна" Филатова-Коплика; 5) афты

5. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:

1) папулы округлой или овальной формы 4) энантемы

2) гнойные корки на губах 5) разлитая эритема

3) афты, сливающиеся эрозии

6. Мазь, применяемая для лечения пиодермии:

1) 0,25% оксолиновая; 2) 2% теброфеновая; 3) 2% неомициновая;

4) клотримазол; 5) бутадионовая

7.Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната:

1) 0,5% 2) 1-2% 3) 5-10% 4) 10-20% 5) 20-30%

8. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны:

1) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ

2) острый катаральный гингивит

3) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом

4) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта

5) разлитая эритема, уртикарная сыпь

9. Симптом Никольского положителен при:

1) пузырчатке; 2) сифилисе; 3) многоформной эритеме;

4) пиодермии; 5) герпетическом стоматите

10. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:

1) застойная гиперемия на красной кайме

2) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям

3) эрозии

4) массивные гнойные корки

5) трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

11. Географический язык характеризуется клиническими признаками:

1) нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере

2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка

3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

4) обильный белый налет на спинке языка

5) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

12. Клинический анализ крови следует провести при:

1) кандидозе

2) ХРАС

3) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии

4) ОГС

5) атопическом хейлите

13. Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:

1) 0,1% раствор новокаина 4) 10% взвесь анестезина в масле

2) 0,5% взвесь анестезина в глицерине 5) 10% спрей лидокаина

3) 2% р-р новокаина

14. Этиология острого герпетического стоматита:

1) грибковая 2) инфекционная 3) вирусная 4) инфекционно-аллергическая

5) аллергическая

15. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:

1) травматических эрозиях; 2) ХРАС; 3) складчатом языке; 4) пиодермии;

5) афте Беднара

16. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:

1)обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

2)удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом

3)обезболить, провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями

4)обезболить, смазать мазью ацикловир

5)обезболить, обработать 1-2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами

17. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:

1) винилин; 2) резорцин-формалиновая смесь; 3) метиленовый синий;

4) йодинол; 5) витаон

18. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:

1) эрозии с гнойным отделяемым 4) лихенизация, трещины, мокнутие

2) "медовые" корки 5) пузырьки

3) эрозии с влажным белым налетом

19. Афты Бернара встречаются у детей:

1) первых месяцев жизни 4) школьного возраста

2) ясельного возраста 5) подросткового возраста

3) дошкольного возраста

20. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки

2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом

3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

4) эрозии неправильных очертаний

5) разлитая эритема

**Тема 13.** Возрастные особенности строения пародонта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания пародонта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта. Особенности лечения заболеваний пародонта у детей. Профилактика и диспансеризация у детей с заболеваниями пародонта.

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

1) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, хорошо васкуляризировано

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

3) компактный слой преобладает над губчатым, слабо минерализован и васкуляризирован

4) компактное и губчатое вещество представлены поровну

5) губчатое вещество преобладает над компактным, хорошо минерализовано, слабо васкуляризировано

2.При легкой степени пародонтита на рентгенограмме выявляются изменения:

1) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня

2) резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок

3) сохранность кортикальной пластинки лунок зубов

4) нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка

5) уплотнение компактных пластинок и вершин перегородок

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

1) генерализованном гингивите

2) локальном пародонтите

3) локальном и генерализованном гингивите

4) атрофическом гингивите

5) гипертрофическом гингивите

4. Пародонтолиз наблюдается при:

1) синдроме Папийона-Лефевра

2) функциональной перегрузке зубов

3) эндемическом зобе

4) заболеваниях желудочно-кишечного тракта

5) заболеваниях сердечно-сосудистой системы

5. Формалиновая проба положительна при:

1) катаральном гингивите; 2) гипертрофическом гингивите;

3) атрофическом гингивите; 4) пародонтите; 5) папиллите

6. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:

1) переходу в следующую фазу заболевания

2) стабилизации процесса

3) выздоровлению

4) не влияет на течение заболевания

5) обострению процесса

7. При подсчете индекса РМА десну окрашивают:

1) метиленовым синим; 2) раствором Шиллера-Писарева; 3) йодинолом;

4) бриллиантовым зеленым; 5) эритрозином

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

1) болезни Иценко-Кушинга 4) циклической нейтропении

2) гипофизарном нанизме 5) врожденном сифилисе

3) синдроме Папийона-Лефевра

9. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:

1) заболевания желудочно-кишечного тракта 4) экссудативный диатез

2) скученность зубов 5) болезни почек

3) заболевания крови

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

1) 3% Н2О2; 2) 30% AgNO3; 3) 30% трихлоруксусной кислоты;

4) 40% формалина; 5) йодинол

11. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

1) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

2) десна увеличена в размере, деформирована

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мл

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

5) десна бледная, обнажение шеек зубов

12. Лечение хронического катарального гингивита:

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

2)гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

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

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

5)обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

13. Для проведения формалиновой пробы применяют раствор:

1) 0,5% 2) 3% 3) 10% 4) 20% 5) 40%

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

1) 2,5% р-р йода; 2) 0,06% хлоргексидина; 3) 20% AgNO3;

4) 40% формалина; 5) р-р бриллиантовой зелени

15. При легкой степени пародонтита карманы:

1) глубиной до 6 мм; 2) глубиной до 3 мм; 3) ложные десневые;

4) костные; 5) глубиной до 1 см

 16. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

1) пародонтозом 4) хроническим катаральным гингивитом

2) фиброматозом десен 5) атрофическим гингивитом

3) пародонтитом

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

1) 0,25% оксолиновую; 2) 2% неомициновую; 3) 2% бонафтоновую;

4) 5% бутадиеновую; 5) 5% синтомициновую

18. Клинические признаки атрофического гингивита:

1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

2) десна увеличена в размере, деформирована

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мл

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

5) десна гиперемирована

19. Клинические признаки гипертрофического гингивита:

1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

2) десна увеличена в размере, деформирована

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мл

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

5) десна гиперемирована, отечна

20. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:

1) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков

2) десна увеличена в размере, деформирована

3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мл

4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах

5) десна гиперемирована, отечн

**Тема 14.** Премедикация и обезболивание у детей. Неотложная стоматологическая помощь детям разного возраста.

Вопросы для рассмотрения:

1. Принципы анестезиологии в детской стоматологии.
2. Основные задачи обезболивания в детской стоматологической поли­клинике.
3. Премедикация (цель, задачи). Лекарственные средства для проведения премедикации.
4. Местное обезболивание. Местные анестетики, дозировка лекарственных веществ у детей (по возрасту, индивидуальный расчет на массу тела).
5. Методы местного обезболивания. Особенности проведения местной анестезии у детей.
6. Общее обезболивание, задачи. Общая анестезия в поликлинике. Виды наркоза.
7. Осложнения, возникающие при проведении обезболивания в стоматологической практике.Реанимация в поликлинике.
8. Неотложная стоматологическая помощь детям разного возраста.

1. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная; 2) мандибулярная; 3) туберальная;

4) у ментального отверстия; 5) верно 1) и 4)

2. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:

1) у ментального отверстия 4) туберальная

2) мандибулярная 5) у резцового отверстия

3) у большого небного отверстия

3. Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

1) у большого небного отверстия; 2) мандибулярная; 3) туберальная

4) торусальная; 5) у резцового отверстия

4. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

1) инфраорбитальная; 2) торусальная; 3) туберальная;

4) у резцового отверстия; 5) у большого небного отверстия

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

1) щечный

2) щечный и нижний луночковый

3) нижний луночковый и язычный

4) язычный и щечный

5) щечный, язычный и нижний луночковый

6. При торусальной анестезии выключаются нервы:

1) язычный

2) язычный и щечный

3) щечный и нижний луночковый

4) нижний луночковый и язычный

5) язычный, нижний луночковый и щечный

7. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная; 2) мандибулярная; 3) у большого небного отверстия;

4) у ментального отверстия; 5) верно 1) и 4)

8. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) мандибулярная; 2) туберальная; 3) ментальная; 4) торусальная;

5) верно 2) и 4)

9. Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

1) туберальная; 2) инфраорбитальная; 3) инфильтрационная;

4) внутрикостная; 5) верно 1) и 3)

10. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

1) трех лет; 2) пяти лет; 3) семи лет; 4) восьми лет; 5) десяти лет

11. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

1) мандибулярной; 2) торусальной; 3) инфильтрационной; 4) верно 1) и 3);

5) верно 2) и 3)

12. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

1) быстрее и сильнее; 2) сильнее и медленнее; 3) медленнее и слабее;

4) слабее и быстрее; 5) быстрее

13. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

1) спазмофилия; 2) декомпенсированный порок сердца; 3) ОРВИ;

4) верно 1) и 2); 5) верно 1) и 3)

14.Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

1) заболевание ЦНС; 2) острая респираторно-вирусная инфекция;

3) болезнь Дауна; 4) спазмофилия; 5) верно 3) и 4)

15.Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

1) обморока 4) аллергической реакции

2) анафилактического шока 5) верно 1) и 3)

3) сердечно-сосудистого коллапса

16.Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса; 2) обморока; 3) аллергической реакции;

4) верно 1) и 2); 5) верно 2) и 3)

17. Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса; 2) обморока; 3) аллергической реакции;

4) верно 1) и 2); 5) верно 1) и З)

18. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

1) апноэ; 2) брадипноэ; 3) гиперпноэ; 4) тахипноэ; 5) диспноэ

19. Подъязычный нерв иннервирует:

1) все поверхности языка; 2) боковые поверхности языка;

3) переднюю 1/3 языка; 4) среднюю 1/3 языка; 5) заднюю 1/3 языка

20.Мимическая мускулатура иннервируется:

1) тройничным и лицевым нервами4 2) ушно-височным нервом;

3) тройничным нервом; 4) лицевым нервом; 5) верно 1) и 2)

**Модуль №3** Детская хирургическая стоматология.

**Тема 1.** Показания и противопоказания к выбору методов общего и местного обезболивания в условиях поликлиники. Значение премедикации. Виды местного обезболивания, особенности его проведения у детей. Неотложные состояния в условиях стоматологической поликлиники.

Вопросы для рассмотрения:

1. Виды наркоза, применяемые в детской стоматологической практике. Объем обследования ребенка при подготовке к наркозу.
2. Показания к общему обезболиванию у детей в плановом и экстренном порядке. Противопоказания к общему обезболиванию у детей в плановом порядке.
3. Ингаляционные виды наркоза. Показания. Принципы проведения. Препараты. Достоинства и недостатки.
4. Неингаляционные виды наркоза. Показания. Препараты. Принципы проведения. Достоинства и недостатки.
5. Премедикация, седативная подготовка ребенка. Схема проведения. Показания.
6. Виды местной анестезии в детской стоматологии.
7. Показания к аппликационной анестезии. Техника проведения, анестетики.
8. Показания к инфильтрационной анестезии в челюстно-лицевой области. Техника проведения, анестетики.
9. Проводниковая анестезия: мандибулярная, небная, резцовая. Техника проведения. Показания к применению. Анестетики.
10. Общие осложнения инъекционной анестезии (обморок, коллапс, анафилактический шок).
11. Местные осложнения инъекционной анестезии (гематома, воспалительная контрактура нижней челюсти, инфицирование, перелом иглы, некроз мягких тканей, травматический неврит и др.).

1. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная; 2) мандибулярная; 3) туберальная;

4) у ментального отверстия; 5) верно 1) и 4)

2. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:

1) у ментального отверстия 4) туберальная

2) мандибулярная 5) у резцового отверстия

3) у большого небного отверстия

3. Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

1) у большого небного отверстия; 2) мандибулярная; 3) туберальная

4) торусальная; 5) у резцового отверстия

4. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

1) инфраорбитальная; 2) торусальная; 3) туберальная;

4) у резцового отверстия; 5) у большого небного отверстия

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

1) щечный

2) щечный и нижний луночковый

3) нижний луночковый и язычный

4) язычный и щечный

5) щечный, язычный и нижний луночковый

6. При торусальной анестезии выключаются нервы:

1) язычный

2) язычный и щечный

3) щечный и нижний луночковый

4) нижний луночковый и язычный

5) язычный, нижний луночковый и щечный

7. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная; 2) мандибулярная; 3) у большого небного отверстия;

4) у ментального отверстия; 5) верно 1) и 4)

8. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) мандибулярная; 2) туберальная; 3) ментальная; 4) торусальная;

5) верно 2) и 4)

9. Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

1) туберальная; 2) инфраорбитальная; 3) инфильтрационная;

4) внутрикостная; 5) верно 1) и 3)

10. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

1) трех лет; 2) пяти лет; 3) семи лет; 4) восьми лет; 5) десяти лет

11. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

1) мандибулярной; 2) торусальной; 3) инфильтрационной; 4) верно 1) и 3);

5) верно 2) и 3)

12. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

1) быстрее и сильнее; 2) сильнее и медленнее; 3) медленнее и слабее;

4) слабее и быстрее; 5) быстрее

13. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

1) спазмофилия; 2) декомпенсированный порок сердца; 3) ОРВИ;

4) верно 1) и 2); 5) верно 1) и 3)

14.Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

1) заболевание ЦНС; 2) острая респираторно-вирусная инфекция;

3) болезнь Дауна; 4) спазмофилия; 5) верно 3) и 4)

15.Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

1) обморока 4) аллергической реакции

2) анафилактического шока 5) верно 1) и 3)

3) сердечно-сосудистого коллапса

16.Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса; 2) обморока; 3) аллергической реакции;

4) верно 1) и 2); 5) верно 2) и 3)

17. Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

1) сердечно-сосудистого коллапса; 2) обморока; 3) аллергической реакции;

4) верно 1) и 2); 5) верно 1) и З)

18. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

1) апноэ; 2) брадипноэ; 3) гиперпноэ; 4) тахипноэ; 5) диспноэ

19. Подъязычный нерв иннервирует:

1) все поверхности языка; 2) боковые поверхности языка;

3) переднюю 1/3 языка; 4) среднюю 1/3 языка; 5) заднюю 1/3 языка

20.Мимическая мускулатура иннервируется:

1) тройничным и лицевым нервами4 2) ушно-височным нервом;

3) тройничным нервом; 4) лицевым нервом; 5) верно 1) и 2)

**Тема 2.** Операция удаления зуба. Показания в детском возрасте к удалению временных и постоянных зубов. Особенности проведения операции удаления временного зуба. Осложнения во время и после операции, их предупреждение и лечение. Сверхкомплектные и ретенированные зубы. Затруднённое прорезывание зубов 18, 28, 38,48.

Вопросы для рассмотрения:

1. Показания к удалению временных и постоянных зубов у детей.
2. Противопоказания к удалению временных и постоянных зубов у детей, какими они являются.
3. Этапы операции при удалении молочных зубов, особенности техники удаления.
4. Удаление молочных, постоянных зубов и их корней на верхней и нижней челюсти, инструментарий, положение врача при удалении.
5. Осложнения, возникающие у детей во время и после операции удаления зуба. Предупреждение осложнений. Оказание помощи, тактика ведения таких больных.
6. Коллапс, обморок, шок - оказание неотложной помощи (меди­каменты, методы их введения, дозировка).
7. Классификация болезней прорезывания зубов.
8. Определение понятий «дистопия», «ретенция», «полуретенция зубов».
9. Причины ретенции зубов.
10. Клиническая картина, диагностика и лечение болезней прорезывания зубов.
11. Показания к удалению зуба при болезнях прорезывания зубов.

1. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные сходящиеся; 2) байонетные; 3) клювовидные несходящиеся

4) клювовидные, изогнутые по плоскости; 5) верно 1) и 3)

2. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные; 2) байонетные; 3) S-образно изогнутые; 4) прямые;

5) верно 2) и 4)

3. Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:

1) резцов; 2) клыков; 3) малых коренных зубов

4) больших коренных зубов; 5) верно 1) и 2)

4. S-образно изогнутые щипцы, щечка которых заканчивается шипиком, предназначены для удаления:

1) резцов 2) клыков 3) малых коренных зубов 4) больших коренных зубов

5) верно 1) и 2)

5. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные, изогнутые по плоскости

2) байонетные

3) клювовидные, изогнутые по ребру

4) S-образно изогнутые со сходящимися щечками

5) верно 1)и 3)

6. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы:

1) клювовидные сходящиеся; 2) клювовидные несходящиеся; 3) байонетные

4) прямые; 5) штыковидные

7. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:

1) не проводится

2) проводится всегда

3) проводится по просьбе родителей

4) проводится по настоянию родителей

5) проводится при эффективном обезболивании

8. Элеватор Леклюза предназначен для удаления:

1) корней зубов верхней челюсти

2) третьего большого коренного зуба нижней челюсти

3) корней премоляров верхней челюсти

4) корней временных зубов

5) верно 1) и 4)

9. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные; 2) байонетные; 3) прямые; 4) S-образно изогнутые;

5) штыковидные

10. При удалении по ортодонтическим показаниям зубов 14 и 24 со сформированными корнями кюретаж лунки:

1) не проводится; 2) проводится; 3) проводится по просьбе родителей;

4) проводится по настоянию родителей; 5) верно 2), 3) и 4)

11. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

1) центральных резцов нижней челюсти

2) третьих больших коренных зубов нижней челюсти

3) премоляров верхней челюсти

4) временных моляров нижней челюсти

5) временных моляров верхней челюсти

12. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные, изогнутые по ребру

2) байонетные

3) клювовидные, изогнутые по плоскости

4) прямые сходящиеся

5) верно 1) и 3)

13. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

1) центральных резцов верхней челюсти

2) центральных резцов нижней челюсти

3) третьих больших коренных зубов нижней челюсти

4) третьих больших коренных зубов верхней челюсти

5) временных клыков нижней челюсти

14. Перелом нижней челюсти при удалении зубов наиболее часто наблюдается в области:

1) резцов; 2) клыков; 3) премоляров; 4) третьих моляров;

5) мыщелковых отростков

15. К возможному осложнению операции удаления только временного зуба (и отличие от постоянного) относится:

1) вывих соседнего зуба

2) травма зачатка зуба

3) перелом челюсти

4) вывих височно-нижнечелюстного сустава

5) кровотечение

16. Травма зачатка зуба наиболее вероятна при удалении зубов:

1) 12, 22; 2) 14, 24; 3) 74, 84; 4) 35, 45; 5) 36, 46

17.Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является:

1) сформированный корень; 2) несформированный корень;

3) начавшаяся резорбция корня; 4) свищ на десне; 5) болезнь Дауна

18. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

1) аллергия к местному анестетику

2) хронический пиелонефрит

3) ОРВИ

4) болезнь Дауна

5) врожденный порок сердца в стадии декомпенсации

19. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

1) центральных резцов нижней челюсти

2) третьих больших коренных зубов нижней челюсти

3) премоляров верхней челюсти

4) временных моляров нижней челюсти

5) временных моляров верхней челюсти

20. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные, изогнутые по ребру

2) байонетные

3) клювовидные, изогнутые по плоскости

4) прямые сходящиеся

5) верно 1) и 3)

Задача №1.

Родители ребенка 7 лет обратились с жалобами на постоянные ноющие боли в зубах нижней челюсти справа.

Анамнез: 84 зуб ранее лечен по неосложненному кариесу, пломба выпала около года назад, последующего лечения не проводилось. Зуб неоднократно болел, за помощью не обращались, применяя полоскания содой и ромашкой. Неделю назад ребенок простудился, 84 зуб начал беспокоить на следующий день. Боли изначально были умеренной интенсивности, постепенно усиливались, зубная формула соответствует возрасту. Полоскание облегчения не приносило. Вчера появился отек мягких тканей правой щечной области, и поднялась температура тела, обратились в поликлинику по месту жительства, откуда и были направлены в хирургический стационар.

Объективно: Температура тела 37,5°С. Конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной области справа. Пальпируются несколько гладких безболезненных поднижнечелюстных узлов справа не спаянных с тканями, размерами 0,4-0,6 см. В полости рта: слизистая оболочка в области

84 зуба гиперемирована, имеется отек слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, болезненный при пальпации. 84 зуб имеет глубокую кариозную полость, полость зуба вскрыта. Перкуссия зуба резко болезненна, зондирование в устье корневых каналов безболезненно.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.

5. Напишите зубную формулу данного пациента по ВОЗ.

Задача №2.

Ребенок 10 лет. Обратились с жалобами постоянные боли в зубах верхней челюсти слева. Анамнез: 65 зуб ранее лечен по осложненному кариесу, разрушался постепенно. Зуб ранее не беспокоил, 4 дня назад, после посещения бассейна, появилась боль в 65 зубе. Боли изначально были умеренной интенсивности, постепенно усиливались. Отек появился два дня назад, постепенно увеличивался в размерах, вчера поднялась температура тела, обратились в поликлинику по месту жительства, откуда и были направлены в хирургический стационар. В анамнезе у ребенка заболевание сердца - аритмия. Объективно: температура тела 38,0оС. Конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной области слева, пальпируются несколько гладких безболезненных поднижнечелюстных узлов слева не спаянных с тканями, размерами 0,5-0,7 см. В полости рта: коронка 65 зуба разрушена ниже зубо-альвеолярного соединения. Перкуссия зуба резко болезненна, зондирование в устье корневых каналов безболезненно. Слизистая оболочка в области 65 гиперемирована, имеется отек слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, болезненный при пальпации, зубная формула соответствует возрасту.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.

5. Напишите зубную формулу данного пациента по ВОЗ.

Задача №3.

В стационар обратились родители ребенка 10 лет с жалобами на припухлость и резкую болезненность в области боковой поверхности нижней челюсти справа, температуру тела 38,0оС, общую слабость и недомогание.

Из анамнеза: болен в течение одного года, на фоне ОРВИ появилась боль в области боковой поверхности шеи справа и уплотнение в виде подвижного «шарика», который увеличивался в размерах. Лечились самостоятельно: сухое тепло на область поражения. Лечение сняло болевые ощущения, уплотнение уменьшилось в размерах, но совсем не прошло. В последующем, при простудных заболеваниях уплотнение увеличивалось в размерах. Неделю назад ребенок заболел, температура тела поднялась до 38,3оС, обратились в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРВИ, проводилось лечение, температура тела нормализовалась. Через день, температура тела снова поднялась, уплотнение на боковой поверхности шеи стало болезненно и резко увеличилось в размерах.

Объективно: пальпация уплотнения резко болезненна, ткани в складку не собираются, плотные, флюктуации не определяется. Ребенок апатичен, лабилен.

1. Поставьте диагноз.

2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами исследования.

3. Назначьте лечение.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в процессе лечения.

5. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

**Задача №4.**

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет с жалобами на припухлость, пульсирующую боль и покраснение верхней губы слева, головную боль, повышение температуры тела до 37,2°С.

Из анамнеза: три дня назад в данном участке, появился гнойник, который самостоятельно выдавили. На следующий деть появился отек мягких тканей верхней губы слева, который постепенно увеличивался. В последующем появилась болезненность и поднялась температура, утром в центре очага появилось плотное белое образование. Обратились в поликлинику по месту жительства, откуда были направлены в хирургический стационар.

Объективно: местно наблюдается ограниченный болезненный плотный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована с цианотичным оттенком, в складку не собирается, в центре инфильтрата наблюдается гнойно¬некротический стержень.

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Назовите возможные осложнения данного заболевания и возникшие в

процессе лечения.

4. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.

5. Лечение первой стадии данного заболевания.

Задача №5.

В хирургический стационар каретой скорой помощи доставлен ребенок 12 лет. Состояние средней степени тяжести. Ребенок лабилен, апатичен, слабый. Температура тела 38,1оС. На вопросы отвечает не охотно. Ребенок жалуется на интенсивные боли в поднижнечелюстной области. Открывание рта свободно - в полном объеме, безболезненно.

Из анамнеза: две недели назад жаловался на боли в зубе нижней челюсти слева, усиливающиеся во время приема пищи. В дальнейшем боли стихли, появился незначительный болезненный отек мягких тканей в области тела нижней челюсти слева. За помощью не обращались, лечились самостоятельно, используя сухое тепло на область поражения. Отек увеличивался в размерах, интенсивность болей возросла. Ночью ребенок не мог уснуть, жаловался на сильные боли. Родители вызвали скорую помощь.

Объективно: отмечается асимметрия лица, за счет значительного инфильтративного отека мягких тканей поднижнечелюстной области слева. Кожа над инфильтратом гиперемирована, лоснится. В складку не собирается. Пальпаторно определяется плотный резко болезненный инфильтрат. В полости рта: слизистая оболочка в области причинного зуба без видимых патологических изменений, 46 зуб имеет глубокую кариозную полость, зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите дополнительные методы обследования.

**Тема 3.** Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Воспалительные процессы мягких тканей лица у детей. Лимфаденит. Абсцесс, флегмона.

Вопросы для рассмотрения:

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка, влияющие на клиническое течение воспалительных заболеваний ЧЛО.
2. Особенности строения и функции лимфатического аппарата ребенка.
3. Классификация воспалительных процессов тканей и органов полости рта и челюстно-лицевой области у детей.
4. Острый лимфаденит. Клиника, диагностика.
5. Хронический лимфаденит. Клиника, диагностика.
6. Дифференциальная диагностика, лечение острых и хронических лимфаденитов.
7. Абсцесс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Флегмона. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

1. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

2.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

4. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

5. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

6. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

7.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

9. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

10. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

11. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

12.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

14. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

15. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

16. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

17.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

19. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

20. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

Задача № 1

Ребенок, 5 лет, жалуется на боли в области нижней челюсти слева,припухлость мягких тканей. Болен около 3 дней, в очередной раз заболел 75 зуб. Лечились самостоятельно, боль усилилась, появился отек. Объективно: температура тела — 37,4 ºС. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева и подчелюстной области. Кожа в цвете не изменена. Пальпируются увеличенные, болезненные, не спаянные с окружающими тканями подчелюстные лимфоузлы. В полости рта в 75 зубе имеется глубокая кариозная полость. Зуб подвижен и болезнен при перкуссии. На десне имеются свищи с гнойным отделяемым. Соседние зубы безболезненны при перкуссии. Отек, гиперемия и инфильтрация слизистой — по переходной складке, однако без признаков флюктуации. Боль при пальпации.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

Задача № 2

Ребенок, 8 лет, жалуется на наличие в подчелюстной области справа «опухоли», безболезненной при пальпации. Заметили более 2 мес. тому назад, когда беспокоили зубы на нижней челюсти. Врач зубы раскрыл, боль постепенно прошла, но «опухоль» в подчелюстной области сохранилась. Объективно: в подчелюстной области справа пальпируется образование 1,5 × 1,5 см в диаметре, плотное, слабо болезненное при пальпации, не спаянное с окружающими тканями и кожей. Кожа над ним в цвете не изменена. В полости рта 55 и 54 зубы — с глубокими кариозными полостями, безболезненны при перкуссии. На десне имеются свищи со скудным гнойным отделяемым. Остальные зубы интактные. ЛОР-органы без патологии. На рентгенограмме — очаг деструкции костной ткани в области корней 55, 54 зубов с нечеткими границами до 5 мм в диаметре.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

Задача № 3

Ребенок, 4 года, жалуется на сильные боли в области нижней челюсти справа, повышенную температуру тела. В анамнезе: после ОРВИ 2 нед. тому назад в подчелюстной области справа появился «шарик», который лечили компрессами. После переохлаждения 2 дня тому назад повысилась температура тела, появились насморк, кашель и отек мягких тканей в подчелюстной области. Педиатр рекомендовал УВЧ-терапию, после чего состояние ребенка резко ухудшилось. Объективно: температура тела — 38,3 ºС. Асимметрия лица за счет наличия в правой подчелюстной области плотного и болезненного инфильтрата. Кожа над ним гиперемирована, лоснится, в складку не собирается. В полости рта зубы интактные, безболезненные при перкуссии. Слизистая альвеолярного отростка бледно-розовая. Имеется гиперемия зева.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

Задача № 5

Ребенок, 7 лет, жалуется на сильные боли в области нижней челюсти справа. В анамнезе: болен в течение 3 сут, заболел 75 зуб. Зуб в поликлинике раскрыли, назначили полоскания и УВЧ-терапию. Состояние ребенка резко ухудшилось: повысилась температура тела до 38 ºС, нарушились сон, аппетит, появились отек и гиперемия мягких тканей.Объективно: выраженная асимметрия лица за счет наличия резкоболезненного инфильтрата в правой подчелюстной области. Кожа над ним гиперемирована, отечна, в складку не собирается. Рот открывается несколько ограниченно. В полости рта в 75 зубе имеется кариозная полость, зуб подвижен и резко болезненный при перкуссии. Подвижны и рядом стоящие зубы. Гиперемия и отек слизистой — по переходной складке как с язычной, так и с вестибулярной стороны в области нижней челюсти справа.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения ребенка.

**Тема 4.** Периостит челюстных костей. Этиология, патогенез. Клиника острого и хронического периостита челюстных костей у детей различного возраста. Лечение, показания к госпитализации.

Вопросы для рассмотрения:

1. Периостит челюстных костей - этиология, патогенез. Особенности возникновения периоститов у детей. Классификация.
2. Острый серозный периостит - причины возникновения, клини­ка, дифференциальная диагностика, лечение. Прогнозирование течения и исхода заболевания.
3. Острый гнойный периостит - причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Прогнозирование течения и исхода заболевания. Показание к госпитализации ребенка с острым гнойным периоститом.
4. Хронический периостит - классификация, причины возникнове­ния, клиника, лечение.

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:

1) 12, 11, 21, 22 4) 46, 85, 84, 74, 75, 36

2) 42, 41, 31, 32 5) 13, 23, 43, 53

3) 16, 55, 54, 64, 65, 26

2. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1) срочной госпитализации 4) противовоспалительной терапии

2) иммунотерапии 5) верно 2) и 4)

3) хирургической помощи

3.Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

1) за 2-3 дня до операции

2) одновременно с основной операцией

3) через 2-3 дня после операции

4) через 2 недели после операции

5) через 4 недели после операции

4.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

5. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) детские инфекционные заболевания

3) ОРВИ

6. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

7. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16,55,54,64,65,26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) верно 3) и 4)

3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

**Занятие 5.** Тема: Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста. Хронический остеомиелит челюстных костей у детей. Клинико-рентгенологические формы заболевания. Реабилитация детей, перенесших хронический остеомиелит челюстных и лицевых костей.

2. Вопросы для рассмотрения:

1. Этиология, патогенез и классификация одонтогенного остеомиелита челюстных костей.
2. Клиническая картина, диагностика дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита челюстных костей.
3. Клиническая картина, диагностика дифференциальная диагностика гематогенного остеомиелита новорожденных и детей раннего возраста.
4. Клиническая картина деструктивной формы хронического остеомиелита.
5. Клиническая картина деструктивно-продуктивной формы хронического остеомиелита.
6. Клиническая картина продуктивной формы хронического остеомиелита.
7. Клинико-рентгенологические формы хронического остеомиелита костей лица.
8. Основные принципы лечения хронического остеомиелита.
9. Реабилитация детей с хроническим остеомиелитом.

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:

1) 12, 11, 21, 22 4) 46, 85, 84, 74, 75, 36

2) 42, 41, 31, 32 5) 13, 23, 43, 53

3) 16, 55, 54, 64, 65, 26

2. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1) срочной госпитализации 4) противовоспалительной терапии

2) иммунотерапии 5) верно 2) и 4)

3) хирургической помощи

4.Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

1) за 2-3 дня до операции

2) одновременно с основной операцией

3) через 2-3 дня после операции

4) через 2 недели после операции

5) через 4 недели после операции

5. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1) временных резцов

2) временных клыков

3) временных моляров нижней челюсти

4) временных моляров верхней челюсти

5) верно 1) и 2)

6.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

7. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) антибактериальной терапии

2) хирургической помощи в полном объеме

3) десенсибилизирующей терапии

4) противовоспалительной терапии

5) верно 1)и 4)

8. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1) временных резцов; 2) временных клыков; 3) временных моляров;

4) премоляров; 5) постоянных моляров

9. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1) цистэктомия

2) цистотомия

3) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба

4) периостотомия

5) верно 1) и 4)

10. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от постоянных резцов у детей является:

1) цистотомия

2) цистэктомия с радикальной гайморотомией

3) цистэктомия с резекцией верхушки корня

4) периостотомия

5) верно 1) и 4)

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

12. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четкими границами

2) затемнения с четкими границами

3) просветления с нечеткими границами

4) затемнения с нечеткими границами

5) деструкции кости с нечеткими границами

13. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1) цистэктомия

2) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба

3) цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба

4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба

5) периостотомия

14. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) детские инфекционные заболевания

3) ОРВИ

15. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:

1) по показаниям; 2) всегда; 3) никогда; 4) по настоянию родителей;

5) верно 1) и 4)

16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от:

1) временных резцов с несформированным корнем

2) временных резцов со сформированным корнем

3) временных моляров

4) постоянных резцов

5) временных клыков

17. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

18. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

19. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16,55,54,64,65,26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) верно 3) и 4)

3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

20. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четким контуром 4) затемнения с нечетким контуром

2) затемнения с четким контуром 5) диффузной резорбции кости

**Занятие 6.**

Тема: Одонтогенные воспалительные кисты у детей. Возможные осложнения.

Вопросы для рассмотрения:

1. Классификация одонтогенных кист у детей.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика радикулярной кисты.
3. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика зубосодержащей кисты у детей.
4. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика парадентальной кисты.
5. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика фолликулярной кисты.
6. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика первичной кисты и кисты прорезывания.
7. Показания к операции цистотомии и цистэктомии.
8. Этапы и техника проведения операции цистотомии.
9. Этапы и техника проведения операции цистэктомии
10. Реабилитация детей с одонтогенными кистами челюстей.

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:

1) 12, 11, 21, 22 4) 46, 85, 84, 74, 75, 36

2) 42, 41, 31, 32 5) 13, 23, 43, 53

3) 16, 55, 54, 64, 65, 26

2. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стрептококком в сочетании со стафилококком

2) палочкой Коха

3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

4) стрептококком

5) верно 3) и 4)

3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1) срочной госпитализации 4) противовоспалительной терапии

2) иммунотерапии 5) верно 2) и 4)

3) хирургической помощи

4.Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу ненагноившейся кисты проводится:

1) за 2-3 дня до операции

2) одновременно с основной операцией

3) через 2-3 дня после операции

4) через 2 недели после операции

5) через 4 недели после операции

5. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1) временных резцов

2) временных клыков

3) временных моляров нижней челюсти

4) временных моляров верхней челюсти

5) верно 1) и 2)

6.Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 42, 41, 31, 32 4) 85, 84, 74, 75

2) 12, 11, 21, 22 5) 16, 26, 36, 46

3) 55, 54, 64, 65

7. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) антибактериальной терапии

2) хирургической помощи в полном объеме

3) десенсибилизирующей терапии

4) противовоспалительной терапии

5) верно 1)и 4)

8. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

1) временных резцов; 2) временных клыков; 3) временных моляров;

4) премоляров; 5) постоянных моляров

9. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1) цистэктомия

2) цистотомия

3) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба

4) периостотомия

5) верно 1) и 4)

10. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от постоянных резцов у детей является:

1) цистотомия

2) цистэктомия с радикальной гайморотомией

3) цистэктомия с резекцией верхушки корня

4) периостотомия

5) верно 1) и 4)

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

1) 15, 14,24,25 4) 46, 36

2) 45, 44, 34, 35 5) 13, 23, 33, 43

3) 16, 26

12. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четкими границами

2) затемнения с четкими границами

3) просветления с нечеткими границами

4) затемнения с нечеткими границами

5) деструкции кости с нечеткими границами

13. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

1) цистэктомия

2) цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба

3) цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба

4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба

5) периостотомия

14. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16, 55, 54, 64, 65, 26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) детские инфекционные заболевания

3) ОРВИ

15. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:

1) по показаниям; 2) всегда; 3) никогда; 4) по настоянию родителей;

5) верно 1) и 4)

16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от:

1) временных резцов с несформированным корнем

2) временных резцов со сформированным корнем

3) временных моляров

4) постоянных резцов

5) временных клыков

17. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

1) 1-2 года; 2) 2-3 года; 3) 3-4 года; 4) 6-8 лет; 5) верно 2) и 3)

18. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

1) хирургической помощи 4) дезинтоксикационной терапии

2) антибактериальной терапии 5) гипосенсибилизирующей терапии

3) противовоспалительной терапии

19. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16,55,54,64,65,26 4) ЛОР-органы

2) зубы 46, 85, 84, 74, 75, 36 5) верно 3) и 4)

3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

20. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четким контуром 4) затемнения с нечетким контуром

2) затемнения с четким контуром 5) диффузной резорбции кости

**Занятие 7.**

Тема: Заболевания слюнных желез у детей. Ретенционные кисты малых слюнных желез слизистой оболочки рта, поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез. Хронический паренхиматозный паротит. Слюннокаменная болезнь у детей.

Вопросы для рассмотрения:

1. Классификация заболеваний слюнных желез у детей.
2. Ретенционные кисты малых слюнных желез. Клиника. Лечение.
3. Кисты подъязычной и поднижнечелюстной слюнных желез. Клиника. Лечение.
4. Клиническая картина эндемического паротита. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Вирусный силаденит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Острый бактериальный сиалоаденит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Хронический паренхиматозный сиалоаденит. Клиника. Лечение.
8. Клиническая картина слюнно-каменной болезни в детском возрасте. Диагностика. Лечение.

1. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

1) околоушных слюнных желез 4) малых слюнных желез

2) подъязычных слюнных желез 5) верно 1) и 2)

3) поднижнечелюстных слюнных желез

2. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

1) щек; 2) верхней губы; 3) нижней губы; 4) кончика языка;

5) нижней поверхности языка

3. Ретенционные кисты Бландин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

1) щек; 2) верхней губы; 3) нижней губы; 4) мягкого неба;

5) нижней поверхности языка

4. Термином "ранула" обозначались ретенционные кисты в области:

1) дна рта; 2) щек; 3) верхней губы; 4) нижней губы; 5) кончика языка

5. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

1) физиотерапевтический; 2) склерозирующая терапия; 3) криотерапия;

4) хирургический; 5) верно 1) и 2)

6. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1) цистотомия; 2) цистэктомия; 3) цистаденэктомия; 4) криотерапия;

5) склерозирование

7. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

1) слизистой оболочки верхней губы

2) слизистой оболочки нижней губы

3) железы Бландин-Нунна

4) слизистой оболочки щек

5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

8. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

1) клинический; 2) контрастная рентгенография; 3) эхография;

4) пункция; 5) томография

9. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

1) подъязычных; 2) поднижнечелюстных; 3) околоушных;

4) малых слизистой оболочки полости рта; 5) верно 1) и 2)

10. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

1) аденолимфоме

2) полиморфной аденоме

3) мукоэпидермоидной опухоли

4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

5) верно 1) и 2)

11. Комбинированный метод лечения новообразований:

1) хирургический + физиотерапевтический

2) криотерапия + хирургический

3) склерозирующая терапия + хирургический

4) лучевая терапия + хирургический

5) хирургический + лекарственная терапия

12. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1) поднижнечелюстной; 2) околоушной; 3) подъязычной;

4) малой слизистой оболочки щеки; 5) верно 1) и 3)

13.Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1) томографии

2) контрастной рентгенографии

3) открытой хирургической биопсии

4) пункционной биопсии

5) морфологического исследования послеоперационного материала

14.Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

1) удовлетворительное общее состояние ребенка

2) характерная консистенция железы

3) выделение гноя из устья выводного протока

4) поражение одной железы

5) поражение обеих желез

15. Слюнокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

1) малые; 2) околоушные; 3) подъязычные; 4) поднижнечелюстные;

5) верно 2) и 4)

16. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

1) хроническом рецидивирующем паротите

2) остром эпидемическом паротите

3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез

4) паротите новорожденных

5) верно 1) и 3)

17. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

1) острого эпидемического

2) хронического рецидивирующего вне обострения

3) хронического рецидивирующего в стадии обострения

4) новорожденных

5) верно 1), 2) и 3)

18. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1) поднижнечелюстной; 2) околоушной; 3) подъязычной;

4) малой слизистой оболочки щеки; 5) верно 1) и 3)

19.Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1) томографии

2) контрастной рентгенографии

3) открытой хирургической биопсии

4) пункционной биопсии

5) морфологического исследования послеоперационного материала

20.Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

1) удовлетворительное общее состояние ребенка

2) характерная консистенция железы

3) выделение гноя из устья выводного протока

4) поражение одной железы

5) поражение обеих желез

Задача №1.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению врача-терапевта. Жалобы: на наличие отека и болезненности тканей околоушной области справа, болезненность при открывании рта, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную температуру тела. Объективно: асимметрия лица за счет припухлости тканей правой околоушно-жевательной области. Цвет кожи над этой областью не изменен, при пальпации определяется отек тканей, в центре которого участки плотного болезненного инфильтрата. Слюна из околоушного протока отделяется в нормальном объеме, прозрачная, без примесей. Температура тела 37,60С.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Перечислите возможные осложнения.

5. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача №2.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 10 лет, по направлению из поликлиники. Жалобы: на повышение температуры тела до 38,20С, ухудшение самочувствия, вялость, головную боль, нарушение аппе¬тита, сна, рвота, болезненное увеличение околоушных слюнных желез, сухость слизистой оболочки полости рта, боль в слюнных железах при глотании и жевании. Анамнез: заболел три дня назад, когда, после дня неудовлетворительного самочувствия, поднялась температура, появилась рвота, отек околоушных слюнных желез, болезненность при их пальпации. С момента заболевания стул отсутствовал. Жалуется на запор.

Объективно: болезненные отеки правой и левой околоушно¬

жевательной областей. Кожа в области отека блестящая, бледная по срав¬нению с окружающей кожей. По периферии отек менее плотный, чем в центре, ткани тестообразной консистенции. При надавливании на нее ямки не остается. Впереди козелка уха при пальпации возникает болезненность. Симптом Хетчока положительный.

1. Проставьте диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №3.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 12 лет. Жалобы: на повышение температуры тела до 38,40С, головную боль, слабость, боль в области околоушной слюнной железы слева, привкус гноя во рту, отек тканей левой щечной области. Считает себя больным в течение двух дней.

1. Объективно: Отек мягких тканей левой щечной области, кожа гиперемирована, лоснится. Устье протока левой околоушной слюнной железы также гиперемировано, возвышается над окружающей слизистой оболочкой. Из протока выделяется мутная вязкая слюна. Пальпация железы болезненна. Слева пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы, округлые, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Проведите лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

Задача №5.

В хирургический стационар обратились родители ребенка 14 лет, по направлению от педиатра. Жалобы: на болезненное увеличение

поднижнечелюстной слюнной железы справа во время приема пищи (особенно, если пища кислая или соленая), а после — медленное уменьшение ее размеров. Считает себя больным в течение полугода.

Объективно: открывание рта свободное. Слизистая оболочка вокруг устья протока гиперемирована, устье расширенно. Слюна прозрачная. Проток имеет вид тяжа, ткани вокруг него инфильтрированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этиологию и патогенез заболевания.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат аттестации** | **Критерии оценивания** |
| Зачтено | С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.  |
| С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.  |
| С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.  |
| Не зачтено | Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.  |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1.** **Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.**

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом семинаре по дисциплине (Тк);

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк).

По каждому семинару предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, доклад /с презентацией; выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии. Входной/выходной контроль, выполнение практических заданий – являются обязательными контрольными точками, если это предусмотрено структурой семинара. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

При пропуске семинарского занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического обучающегося.**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество баллов устанавливается по факту набранных бонусных баллов студентами данного учебного года по данному направлению специальности и не имеет конкретного максимального значения).

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| 1 | Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | **1** |
| 2 | Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | **1** |
| 3 | Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | **1** |
| 4 | Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ | **1** |
| 5 | Составление тестовых заданий | Оценка пакета тестов | **1** |
| 6 | Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | **1** |
| 7 | Создание презентаций | Оценка презентации | **1** |
| 8 | Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | **1** |
| 9 | Участие в конференциях разного уровня | Ксерокопия сертификата участника | **2** |
| 10 | Выполнение полного объема практических навыков по изучаемой дисциплине согласно тематике практических занятий | Контроль выполнения практических навыков | **2** |
| 11 | Посещение лекций по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **1** |
| 12 | Посещение практических занятий по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **2** |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Современная структура и задачи детской стоматологической службы в России.
2. Развитие и возрастные особенности челюстно-лицевой области ребенка. Строение временных и постоянных зубов, челюстных костей в возрастном аспекте.
3. Анатомические особенности временных зубов. Сроки прорезывания, формирование и резорбция корней.
4. Сроки формирования, прорезывания коронок и корней постоянных зубов.
5. Особенности методов обследования стоматологом детей разного возраста.
6. Группы детей для диспансерного наблюдения. Контингенты детей, входящие в первую, вторую, третью и четвертую диспансерную группу.
7. Кариес молочных зубов. Этиология и патогенез кариеса временных зубов.
8. Классификация кариеса по течению;по глубине поражения;по локализации;по степени активности (Виноградова Т.Ф.), по патоморфологическим изменениям.
9. Факторы, влияющие на уровень заболеваемости кариесом. Понятие о восприимчивости и резистентности зубов к кариесу и способы их определения.
10. Особенности течения кариеса временных зубов (острота течения кариеса, множественность поражения зубов, быстрота распространения, циркулярный кариес, кариес по плоскости, бутылочный кариес).
11. Начальный кариес. Патоморфологические изменения в тканях зуба. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
12. Поверхностный кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
13. Средний кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
14. Глубокий кариес. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
15. Дифференциальная диагностика кариеса зубов у детей.
16. Методы лечения начального кариеса разной локализации молочных зубов.
17. Профилактика кариеса. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей разного возраста.
18. Этапы комплексного лечения множественного быстротекущего кариеса у детей до 3-х лет.
19. Характеристика пломбировочных материалов. Выбор пломбировочного материала в детской практике.
20. Строение пульпы зубов (гисто-функциональные особенности пульпы временных зубов). Возрастные особенности строения пульпы.
21. Классификация пульпитов. Этиология и патогенез.
22. Острые формы пульпита у детей разного возраста. Клиника. Дифференциальная диагностика.
23. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронических пульпитов молочных зубов.
24. Лечение пульпита временных зубов у детей.
25. Метод витальной ампутации при лечении пульпитов. Показания к проведению витальной ампутации.
26. Клиника, диагностика острых пульпитов постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями у детей.
27. Клиника, диагностика хронических пульпитов постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями у детей.
28. Методы лечения пульпита постоянных зубов у детей, показание к методам лечения пульпита.
29. Особенности лечения пульпита постоянных зубов с несформированными корнями, понятие апексофикации и апексогенеза. Прогноз лечения. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпитов.
30. Лечение пульпита сформированных зубов методом витальной и девитальной экстирпации.
31. Лечение пульпитов постоянных зубов со сформированным корнем.
32. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпита. Лечение осложнений.
33. Строение периодонта у детей. Классификация периодонтитов по этиологии; по локализации;по клиническому течению; по патоморфологическим изменениям (Виноградова Т.Ф).
34. Клиника, диагностика периодонтита временных зубов.
35. Лечение периодонтита временных зубов у детей.
36. Этиология и патогенез периодонтита постоянных зубов в детском возрасте, их особенности.
37. Клиника, диагностика хронических периодонтитов постоянных зубов у детей.
38. Клиника, диагностика острого и обострившегося хронического периодонтита постоянных зубов у детей.
39. Лечение хронического периодонтита постоянных зубов у детей. Выбор метода лечения периодонтита при несформированных корнях, прогноз.
40. Апексогенез и апексофикация. Эндодонтия постоянных несформированных зубов.
41. Ошибки и связанные с ними осложнения, при лечении апикальных периодонтитов временных зубов. Лечение и возможности их предупреждения.
42. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении верхушечных периодонтитов. Профилактика осложнений.
43. Некариозные поражения твердых тканей зуба. Классификация.
44. Дифференциальная диагностика различных по происхождению некариозных поражений зубов. Профилактика некариозных поражений.
45. Эндемический флюороз зубов. Клиника, диагностика, лечение.
46. Классификация острой травмы зубов у детей.
47. Ушиб зуба, вывих зуба, перелом зуба у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Клиника, диагностика, лечение перелома коронки зуба.
49. Клиника, диагностика, лечение перелома корня зуба.
50. Обследование ребенка с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
51. Повреждения слизистой оболочки полости рта, возникающие вследствие механической травмы. Клиника, диагностика, лечение.
52. Острый герпетический стоматит. Эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение (общее и местное).
53. Острый герпетический стоматит. Симптоматика. Клиническая картина при легкой, среднетяжелой, тяжелой формах заболеваниях.
54. Поражения слизистой оболочки при инфекционных заболеваниях (дифтерия, ветряная оспа, скарлатина, грипп, корь). Диагностические симптомы. Лечение.
55. Поражения слизистой оболочки полости рта при дифтерии и скарлатине. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
56. Рецидивирующий герпетический стоматит. Клиника, диагностика, лечение.
57. Герпетическая ангина. Клиника, диагностика, лечение.
58. Клиника и диагностика кандидоза слизистой оболочки полости рта. Дифференциальная диагностика, лечение кандидоза.
59. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Клиника, лечение.
60. Клиническая картина хронического рецидивирующего афтозного стоматита, дифференциальная диагностика, лечение. Афты Сеттона.
61. Клиническая картина многоформной экссудативной эритемы. Синдром Стивенса-Джонсона. Лечение.
62. Заболевания губ. Метеорологический хейлит. Экзематозный хейлит. Гландулярный хейлит. Атопический хейлит. Клиника. Лечение. Хронические трещины губ. Клиника. Лечение.
63. Возрастные особенности строения пародонта в детском возрасте. Этиология, патогенез заболевания пародонта у детей. Классификация заболеваний пародонта.
64. Дифференциальная диагностика различных форм и стадий заболеваний пародонта у детей. Профилактика заболеваний пародонта.
65. Организация работы детского хирургического кабинета. Оборудование, инструментарий, правила стерилизации инструментов. Принципы анестезиологии в детской стоматологии.
66. Обезболивание при хирургическом вмешательстве у детей в условиях поликлиники.
67. Общее обезболивание, задачи. Общая анестезия в поликлинике. Виды наркоза.
68. Премедикация, седативная подготовка ребенка. Лекарственные препараты, возрастная дозировка. Схема проведения. Показания.
69. Особенности выполнения техники местного обезболивания у детей различного возраста на верхней челюсти.
70. Особенности выполнения техники местного обезболивания у детей различного возраста на нижней челюсти.
71. Показания к инфильтрационной анестезии в челюстно-лицевой области. Техника проведения, анестетики.
72. Местные осложнения инъекционной анестезии (гематома, воспалительная контрактура нижней челюсти, инфицирование, перелом иглы, некроз мягких тканей, травматический неврит и др.).
73. Оказание неотложной помощи детям при коллапсе, обмороке, анафилактическом шоке, токсическом шоке у детей (медикаменты, методы их введения, дозировка).
74. Показания в детском возрасте к удалению временных и постоянных зубов.
75. Противопоказания к удалению временных и постоянных зубов у детей, какими они являются.
76. Этапы операции при удалении молочных зубов, особенности техники удаления.
77. Удаление молочных, постоянных зубов и их корней на верхней и нижней челюсти, инструментарий, положение врача при удалении.
78. Осложнения, возникающие у детей во время и после операции удаления зуба. Предупреждение осложнений. Оказание помощи, тактика ведения таких больных.
79. Местные осложнения, возникающие во время удаления постоянных и молочных зубов. Оказание помощи. Тактика ведения.
80. Классификация болезней прорезывания зубов. Определение понятий «дистопия», «ретенция», «полуретенция зубов».
81. Причины ретенции зубов. Клиническая картина, диагностика и лечение болезней прорезывания зубов. Показания к удалению зуба при болезнях прорезывания зубов.
82. Анатомо-физиологические особенности ребенка, влияющие на клиническое течение воспалительных заболеваний ЧЛО.
83. Особенности строения и функции лимфатического аппарата ребенка. Острый лимфаденит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к госпитализации.
84. Хронический лимфаденит. Клиника, диагностика.
85. Дифференциальная диагностика, лечение острых и хронических лимфаденитов.
86. Острый периостит челюстных костей - этиология, патогенез. Особенности возникновения периоститов у детей. Классификация.
87. Острый серозный периостит - причины возникновения, клини­ка, дифференциальная диагностика, лечение. Прогнозирование течения и исхода заболевания.
88. Острый гнойный периостит - причины возникновения, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Прогнозирование течения и исхода заболевания. Показание к госпитализации ребенка с острым гнойным периоститом.
89. Хронический периостит - классификация, причины возникнове­ния, клиника, лечение
90. Особенности течения абсцессов и флегмон у детей различного возраста.
91. Оказание неотложной помощи детям с воспалительными заболеваниями мягких тканей в условиях стоматологической поликлиники. Показания к организации госпитализации ребенка.
92. Роль санитарного просвещения населения в профилактике гнойно-воспалительных заболеваний и зубочелюстных аномалий у детей.
93. Этиология, патогенез и классификация одонтогенного остеомиелита челюстных костей.
94. Клиническая картина, диагностика дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита челюстных костей.
95. Особенности хирургического лечения острого одонтогенного остеомиелита у детей. Профилактика остеомиелита.
96. Клиническая картина, диагностика дифференциальная диагностика гематогенного остеомиелита новорожденных и детей раннего возраста.
97. Клиническая картина хронических форм остеомиелита.
98. Основные принципы лечения хронического остеомиелита. Реабилитационные мероприятия у детей, перенесших хронический остеомиелит в условиях поликлиники.
99. Классификация заболеваний слюнных желез у детей. Ретенционные кисты малых слюнных желез. Клиника. Лечение.
100. Клиническая картина эндемического паротита. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
101. Вирусный силаденит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
102. Острый бактериальный сиалоаденит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
103. Хронический паренхиматозный сиалоаденит. Клиника. Лечение.
104. Клиническая картина слюнно-каменной болезни в детском возрасте. Диагностика. Лечение.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача №1** Ребенку 1 год 6 месяцев; со слов матери он болен 4-й день. Заболевание началось остро, с подъёма температуры до 38°С, появления высыпаний в полости рта, отказа от пищи, повышенной саливации, головной боли. У ребёнка плохой сон. При осмотре установлено увеличение подчелюстных лимфатических узлов и болезненность их при пальпации. На коже верхней губы два пузырька с прозрачным серозным содержимым. В полости рта: слизистая гиперемирована, отёчна, при дотрагивании кровоточит. На слизистой языка, губ, щёк имеются поражения в виде мелких афт в количестве 10-12. Язык обложен белым налётом.

Вопросы:

1.Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

2.Перечислите, с какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику в данном случае.

3. Назначьте лечение.

**Задача №2** Ребенок 5 лет с родителями обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на затрудненное дыхание, неправильное произношение звуков «Р» и «Л».

Объективно: губы сухие, рот полуоткрыт, дыхание через рот. Верхний зубной ряд сужен, высокое небо, на жевательной поверхности 75 и 74 зубов глубокие кариозные полости, заполненные размягченным дентином, зондирование в глубине кариозной полости безболезненно, на вестибулярной поверхности десны в области 75 и 74 имеются свищи с гнойным отделяемым, подвижность зубов (1 степени), перкуссия зубов безболезненна; 84 и 85 запломбированы. ГИ Федорова-Володкиной =3, РМА=0, кп зуб=4(к=2, п =2), кп пов=8. На рентгенограмме 75 и 74 определяется разряжение костной ткани в области бифуркации корней и в области верхушек корней с нечеткими границами, кортикальная пластинка вокруг зачатков 34 и 35 нарушена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №3** Ребенку 2 года 8 месяцев. На протяжении 3-х суток у него высокая температура - до 39,8°С, головная боль, кровотечение из носа, рвота, обильная саливация. Ребенок отказывается от пищи, плохо спит, вял, пассивен.

Объективно: на коже лица ребёнка в приротовой области, на веках, мочке правого уха мелкие пузырьки с серозным содержимым; губы красные, запекшиеся в углах рта заеды, лимфаденит подчелюстных и шейных лимфоузлов, болезненность при их пальпации. При осмотре полости рта - слизистая гиперемирована, отёчна, резко выраженный гингивит; кровоточивость десен при дотрагивании. На слизистой языка, губ, щек, мягкого и твердого неба, миндалин, небных дужек множественные слившиеся очага поражения в виде поверхностного некроза эпителия, покрытые желтоватым налетом. Слюна вязкая, неприятный запах изо рта.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?

2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика в данном случае?

**Задача №4** Больная в возрасте 10 лет обратилась к стоматологу с жалобами на появившуюся "шишку" во рту и припухлость языка справа.

 Объективно: при осмотре полости рта на гребне подъязычного валика обнаруживается новообразование округлой формы 1,5 см в диаметре голубоватого цвета на фоне окружающей бледно-розовой слизистой оболочки, напоминающее гортанный пузырь лягушки. При пальпации оно безболезненное, гладкое. При пункции иглой большого диаметра получена бесцветная, вязкая, тянущаяся нитью жидкость, похожая на белок куриного яйца. Химическое исследование жидкости показало, что она содержит до 95 % воды, остальное приходится на белковое вещество (муцин).

При осмотре в 36 зубе на апроксимально-жевательной поверхности обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, при зондировании обнаружено сообщение с полостью зуба. Зондирование в точке сообщения безболезненно, реакция на горячую воду положительная. Перкуссия зуба безболезненна, слизистая в области 36 не изменена. На R-грамме - остеопороз в области бифуркации 36. КПУ+кп зубов=7(К=1 П=2 У=0 к=2 п=2) ИГР-У=0,8; КПИ=6,6.

**Задача №5** В поликлинику обратилась девочка 12 лет с жалобами на периодические высыпания элементов поражения (2 раза в год) на слизистой оболочке полости рта, а также на появление мелких сгруппированных пузырьков на коже приротовой области. Страдает в течение 4 лет. В анамнезе хронический тонзиллит. При осмотре слизистой оболочки полости рта и губ отмечаются эритематозные пятна, афты в заключительной стадии эпителизации в области переходных складок верхней и нижней челюстей. Общее состояние удовлетворительное, температура - 37,2°С.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**Задача №6** У девочки 3-х лет при осмотре выявлены глубокие кариозные полости на апроксимальных поверхностях 51 и 61. Зондированием обнаружено сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование в точке сообщения безболезненно, пульпа некротизирована, коронки 51 и 61 в цвете не изменены, подвижности 51 и 61 не выявлено, слизистая оболочка в области 51 и 61 не изменена. Перкуссию зубов и реакцию на температурные раздражители провести не удалось. При осмотре: имеются пломбы в 54 и 74 зубах, кп(зуб)=4 (к=2,п=2), ГИ Федорова-Володкиной=2,5. Из анамнеза: девочка с 3-х месяцев была на искусственном вскармливании, родилась весом 2,5 кг.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №7** Ребенку 11 месяцев. Мать отмечает, что на 3 день после высокой температуры (38°С), появились пузырьки на коже подбородка, губах, во рту появились какие-то «язвочки», покрытые белым налетом. Ребенок стал беспокойным, отказывается от пищи.

При осмотре полости рта обнаружены явления катарального гингивита, единичные элементы поражения в виде эрозий поверхностных слоев эпителия на гиперемированной слизистой оболочке губ, щёк, языка; лимфаденит подчелюстных лимфоузлов. Диагноз: острый герпетический стоматит, среднетяжелая форма, поставлен на основании клинических данных (явления катарального гингивита, наличие пузырьковых высыпаний на коже лица, лимфаденит подчелюстных лимфоузлов, единичные элементы поражения на слизистой оболочке полости рта в виде поверхностных эрозий, анамнестических данных(повышение температуры до 38°С, отказ от пищи, беспокойное поведение ребенка). Источником заболевания послужила мать, которая перенесла герпетическую инфекцию.

Вопросы:

1.Какие основные условия определяют тактику врача при назначении курса лечения?

2.Принципы общей терапии среднетяжелой формы ОГС?

3.Принципы местной терапии.

**Задача №8** Ребенок 1 год 8 месяцев. Находится на лечении у стоматолога 5-й день по поводу ОГС среднетяжелой формы, без динамики улучшения течения заболевания. Со слов матери, накануне повысилась температура тела до 39°С и появились новые высыпания на коже подбородка и в углу рта слева в виде пузырьков. Дома и в поликлинике проводится антисептическая обработка полости рта. Ребёнок апатичен, тихо плачет осипшим голосом, рот полуоткрыт. В полости рта язык обложен белым обильным налётом, который легко снимается шпателем, имеется гингивит, кровоточивость десен, наблюдаются слившиеся эрозии на слизистой щёк, губ, мягкого и твёрдого нёба.

Вопросы:

1. Какие основные принципы терапии ОГС в ранней стадии его развития были нарушены и какие осложнения заболевания возникли?

2. Какая тактика врача в курации больного с затяжным и осложненным течением ОГС?

**Задача №9** Мама привела ребенка 5 лет к стоматологу для осмотра. Ребенок у стоматолога первый раз. Жалобы на боли в зубах при приеме пищи. У ребенка 2-ая группа здоровья.

При внешнем осмотре: функции дыхания, глотания, речи, жевания не нарушены; регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, глубина преддверия полости рта 5 мм, уздечки губ имеют среднее прикрепление, прикус без патологии, соответствует возрасту. При осмотре зубов: кпзуб=2, кппов=4, Выявлены глубокие кариозные полости в 74, 75 зубах, заполненные размягченным пигментированным дентином; зондирование чувствительно по дну кариозной полости. Из-за беспокойного поведения ребенка проверить реакцию на температурные раздражители и перкуссию не удалось. Сделан рентгеновский снимок 74 и 75. На снимке видны глубокие полости, отделенные от полости зуба очень тонким слоем дентина; корни 74 и 75 не начали рассасываться, изменений в тканях, окружающих зуб не выявлено. ГИ Федорова-Володкиной=2,2

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №1 0**Пациент 10 лет обратился в детскую стоматологическую поликлинику, к врачу-стоматологу, с жалобами на появление болезненного образования в подчелюстной области слева, пальпаторно определяется плотной консистенции болезненное образование округлой формы размером в диаметре около трёх сантиметров, подвижное. Кожа над ним не изменена, в складку собирается свободно. Температура тела 37,3. КПУ+кпзуб=6 (К=0 П=4 У=0; к=2 п=0); ИГР-У=1,6 (ЗН=1,3; ЗК=0.3).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №11** Больной 11 лет, состоящий на диспансерном учёте у гематолога по поводу гемофилии, осмотрен врачом-стоматологом детской стоматологической поликлиники и направлен на удаление зуба 46. КПУзуб=3 (К=0,П=2,У=0); ИГР-У=0,6(ЗН=0,6 ЗК=0); РМА=О.

Вопросы:

1. Предложите план хирургического вмешательства.

**Задача №12** Ребёнок в трёхнедельном возрасте госпитализирован в отделение новорожденных с диагнозом: Пупочный сепсис. Через несколько дней у него появился отёк мягких тканей в области корня и спинки носа, подглазничной и щёчной областей слева, верхнего и нижнего века левого глаза, больше у медиального угла его, развился хемоз. Кожа указанных областей гиперемирована. Верхняя переходная складка слева сглажена, слизистая оболочка гиперемирована, пальпаторно определяется плотный инфильтрат, есть симптом флюктуации.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача №13** Больная 13 лет обратилась в хирургический кабинет ДСП с жалобами на появление болезненной припухлости мягких тканей лица и подчелюстной области слева, онемение тканей подбородка. Температура тела 39,0 С. При осмотре обнаружено: коронка 36 зуба разрушена, он и рядом стоящие зубы подвижны, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, с оральной и вестибулярной сторон определяется симптом флюктуации. КПУз=3 (К=1 П=2 У=0) ИГР-У=1,2 (ЗН=1,0 ЗК=0,2)

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №14** Больной 11 лет находился на лечении в детском стоматологическом отделении с диагнозом: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа. После проведённого комплексного лечения острый остеомиелит перешёл в хронический. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. На рентгенограммах определяется выраженный деструктивный процесс костной ткани, имеется секвестр размерами 2,0 х 1,5 см с нечёткими границами. В области верхней переходной складки есть свищ, из которого выделяется гной в небольшом количестве КПУзуб=5 (К=0 П=4 У=1) ИГР-У=0,7.

Вопросы:

1. Какая форма хронического остеомиелита у больного?

2. Составьте план его лечения.

**Задача №15** У девочки 3-х лет при осмотре выявлены глубокие кариозные полости на апроксимальных поверхностях 51 и 61. Зондированием обнаружено сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование в точке сообщения безболезненно, пульпа некротизирована, коронки 51 и 61 в цвете не изменены, подвижности 51 и 61 не выявлено, слизистая оболочка в области 51 и 61 не изменена. Перкуссию зубов и реакцию на температурные раздражители провести не удалось. При осмотре: имеются пломбы в 54 и 74 зубах, кпзуб=4 (к=2,п=2), ГИ Федорова-Володкиной=2,5. Из анамнеза: девочка с 3-х месяцев была на искусственном вскармливании, родилась весом 2,5 кг.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №16** Ребенок 4-х лет находится на диспансерном наблюдении у стоматолога. Из анамнеза: у ребенка на первом году жизни был экссудативный диатез, ОГС; искусственное вскармливание с 1 месяца. При осмотре: ГИ Федорова-Володкиной=1,8. кпзуб=5 кппов=8 (к=1, п=4). В 55 на апроксимально-жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным, пигментированным дентином; при зондировании дна кариозной полости вскрыт рог пульпы, пульпа резко болезненна, сильно кровоточит, перкуссия зуба безболезненна, реакцию на температурные раздражители выяснить не удалось, зуб неподвижен, коронка зуба в цвете не изменена, слизистая оболочка в области 55 не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №17** На прием к стоматологу привели ребенка 2-х лет. Из анамнеза: вскармливание грудное, на 2-ом году жизни болел один раз ОРВИ. При осмотре: кпзуб=2 (к=2 п=0) ГИ Федорова-Володкиной=1,5. На апроксимальных поверхностях 64 и 74 выявлены кариозные полости средней глубины, заполненные размягченным и пигментированным дентином, зондирование дна кариозной полости безболезненно, сообщение с полостью зуба отсутствует, слизистая оболочка в области 64 и 74 не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №18** У девочки 12 лет на верхней губе появился красный болезненный бугорок, который она травмировала ногтем, после чего он стал резко увеличиваться в размерах, усилилась боль. В экстренном порядке больная госпитализирована в детское челюстно-лицевое отделение. Температура тела у больной повысилась до 38° С.

Объективно: верхняя губа отёчна, кожа гиперемирована, имеется возвышающееся образование округлой формы, его диаметр 2,0 см., пальпаторно у основания его - плотный инфильтрат, в центре - очаг размягчения, есть флюктуация, посреди него белесоватого цвета точка - вершина стержня. При осмотре полости рта: сужение верхнего зубного ряда, скученность передних зубов. КПУзуб=1(К=0 П=1 У=0) ИГР-У=1,7 (ЗН=1,2 ЗК=0,5); РМА=6%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №19** Девочка 8 лет госпитализирована в экстренном порядке в детское стоматологическое отделение. После перенесенного ОРВИ в подчелюстной области справа появилась болезненная припухлость, которая быстро увеличивалась, кожа приобрела багрово-красный цвет, боль стала пульсирующей. Температура тела повысилась до 38,7°С.

Объективно: имеется выраженная асимметрия лица из-за припухлости тканей подчелюстной области справа, кожа в складку не собирается, имеет блеск, багрово-синеватого цвета. Пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат размером до 7см., в центре его есть очаг размягчения и флюктуации. При осмотре зубов: коронка 85 разрушена, слизистая оболочка вокруг отёчна, гиперемирована. В 46 на жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование чувствительно по эмалево-дентинной границе и дну кариозной полости, кариозная полость не сообщается с полостью зуба, реакция на температурные раздражители отсутствует, перкуссия зуба безболезненна. КПУ+кпзуб =6 (К=1 П=1 У=0; к=3 п=1)

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача №20** Мальчик 12 лет во время приёма пищи травмировал зубами левую боковую поверхность языка. Через день появилась припухлость левой половины языка, боли при приёме пищи, указанные симптомы постепенно нарастали. На третий день после травмы больной в экстренном порядке госпитализирован в детское стоматологическое отделение с диагнозом: Абсцесс языка. При осмотре полости рта: системная гипоплазия, поражение твердых тканей зуба в пределах дентина на 16,12,11,22,26,36,32,31,41,42,46. КПУз=0 ИГР-У=0,5 РМА=О

Вопросы:

1. Предложите план лечения у хирурга, терапевта.

2. Каковы дальнейшие рекомендации?

**Задача №21** Ребенок 5 лет, жалуется на боль во рту. Мать отмечает вялость ребенка, сонливость, повышение температуры тела до 39-40°С, отказ от еды.

Из анамнеза: 1,5 недели назад перенес ОРВИ, получал в течение 7 дней олеандомицин, глюконат кальция, витамин С. Мальчик почти выздоровел, но через день снова повысилась температура до 39°С и появились язвы во рту, на губах. Рос и развивался соответственно возрасту, болел ОРВИ и крапивницей.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, вял, апатичен, температура - 39°С. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корками. Множество обширных эрозий на слизистой оболочке щёк, языка, на вестибулярной поверхности губ, покрытых белесоватым налётом. Эрозии резко болезненные при прикосновении. Отмечаются кровянистые корочки в носовых ходах, на веках, кровоизлияния в склеру левого глаза. ГИ Федорова - Володкиной = 2,5. кп =2 (к=0, п=2).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова должна быть тактика врача в отношении места лечения ребенка?

**Задача №22** Ребенок 6 лет заболел примерно 2 дня назад, когда мама заметила его беспокойство, отказ от еды. Больной находился на лечении у педиатра по поводу пневмонии.

Объективно: слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована, отёчна, сосочки языка сглажены, на языке - творожисто-плёнчатый налет белесоватого цвета. На слизистой оболочке щек, губ, твердого и мягкого неба налет снимается в некоторых участках легко, в других - с трудом. На месте удаленного творожисто-пленчатого налета местами отмечаются эрозивные поверхности. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 3-4 мм, не спаяны с подлежащими тканями. Температура тела в пределах нормы. На коже изменений нет. ИГР-У =1,0. КПУ+кпзуб=3.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

2. Какая ошибка была допущена педиатром?

3. Назначьте общее и местное лечение.

4. Какие меры профилактики показаны при данном заболевании?

**Задача №23** При санации школьников у мальчика 9 лет было обнаружено изменение красной каймы нижней губы. У ребенка открытая вертикальная резцовая (нижняя) дизокклюзия, не полное смыкание губ.

Объективно: в зоне Клейна видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяется секрет в виде «капелек росы». КПУ+кпзуб=3 (К=0, П=1, У=0,к-2,п-0); ИГРУ=1,0.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №24** Ребенок 13 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на неэстетический вид нижней губы. Беспокоит чувство жжения, сухости.

Ребенок эмоционально лабилен. В течение последних 2 лет наблюдается у эндокринолога по поводу дисфункции щитовидной железы. При объективном обследовании в центральной части красной каймы верхней и нижней губы, ближе к линии Клейна, видны крупные чешуйки серого цвета. РМА=0 КПУзуб=3 (К=1, П=2, У=0); ИГР-У=0,3

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Предложите план лечения.

**Задача №25** Врач-педиатр был вызван к 10-летнему школьнику, предъявляющему жалобы на высокую температуру, рвоту, затруднённый прием пищи, болезненность слизистой оболочки полости рта, высыпания на коже.

Объективно: слизистые оболочки полости рта, губ, языка отечны. Имеются вялые пузыри, пузырьки, эрозии, язвы, губы покрыты пузырями и корочками. Слизистые оболочки гениталий резко отечны. На коже пятна и бляшки насыщенно-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №26** Ребенок 6 месяцев находится на естественном вскармливании. Мама заметила, что девочка в последнее время беспокойна, отказывается от груди.

Объективно: на фоне гиперемированной слизистой оболочки губ, языка имеется белесоватый творожистый налёт, легко снимающийся при соскабливании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №27** Ребенок 4 месяцев направлен на консультацию к врачу-стоматологу. Мальчик родился недоношенным, находится на искусственном вскармливании, ослаблен.

Объективно: слева на границе твердого и мягкого неба имеется эрозия, вытянутая спереди назад. Эрозивная поверхность покрыта серовато-желтым налетом, окружена ободком гиперемии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Задача №28** Больной 12 лет через 3 часа после получения спортивной травмы доставлен в детское челюстно-лицевое отделение. При осмотре: обнаружена на подбородке рана с неровными краями, ткани расположенные по её краям размозжены. При осмотре полости рта: слизистая оболочка без изменений, прикус - мезиоокклюзия, при осмотре зубов - КПУзубов=1(К=0 П=1 У-0) ИГР-У=0,8 (ЗН=0,8 ЗК=0). В 31-отлом коронки со вскрытием рога пульпы, подвижность 1-2 степени.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача №29** В результате бытовой травмы у мальчика 8 лет на верхней губе образовалась рана с ровными краями, расположенные по краям её ткани жизнеспособные. От удара произошел отлом коронки 11 зуба, видна только 1/3 его коронки. Ребёнок доставлен в стоматологическое отделение через 25 часов после травмы. При осмотре полости рта выявлено: нарушение смыкания зубных рядов (II класс, 2 подкласс по Энглю), в 11 зубе рог пульпы вскрыт, зуб подвижен 1 степени КПУ+кпзубов=3 (К=0 П=1 У=0 к=0 п=2 ИГР-У= 1,5(ЗН= 1,5 ЗК=0) РМА=0%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача №30** Мама привела ребенка 5 лет к стоматологу для осмотра. Ребенок у стоматолога первый раз. Жалобы на боли в зубах при приеме пищи. У ребенка 2-ая группа здоровья.

При внешнем осмотре: функции дыхания, глотания, речи, жевания не нарушены; регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, глубина преддверия полости рта 5 мм, уздечки губ имеют среднее прикрепление, прикус без патологии, соответствует возрасту. При осмотре зубов: кпзуб=2, кппов=4, Выявлены глубокие кариозные полости в 74, 75 зубах, заполненные размягченным пигментированным дентином; зондирование чувствительно по дну кариозной полости. Из-за беспокойного поведения ребенка проверить реакцию на температурные раздражители и перкуссию не удалось. Сделан рентгеновский снимок 74 и 75. На снимке видны глубокие полости, отделенные от полости зуба очень тонким слоем дентина; корни 74 и 75 не начали рассасываться, изменений в тканях, окружающих зуб не выявлено. ГИ Федорова-Володкиной=2,2

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите план лечения.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

направление подготовки (специальность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дисциплина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. ……………………………………………………………..………………………

2. …………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………..……………………………

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

*Таблица 1*

**Система оценивания на экзамене (зачете)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этап** | **Баллы** | **Примечание** |
| I Практическая часть(задача) | 0 – 5  | 0-отказ от ответа1-2 баллов – неудовлетворительно3 балла –удовлетворительно4 балла – хорошо5 баллов – отлично |
| II Теоретические вопросы | 1 вопрос | 0 – 5 | 0-отказ от ответа1-2 баллов – неудовлетворительно3 балла –удовлетворительно4 балла – хорошо5 баллов – отлично |
| 2 вопрос | 0 – 5  |
| **Итоговая оценка:** |
| 0 – 7 баллов | неудовлетворительно (0-14 баллов БРС) |
| 8 – 10 баллов | удовлетворительно (15-20 баллов БРС) |
| 11 – 13 баллов | хорошо (21-26 баллов БРС) |
| 14 – 15 баллов | отлично (27-30 баллов БРС) |

*Таблица 2*

**Система перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине**

**в пятибалльную систему**

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг** **по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| **экзамен, дифференцированный зачет** | **зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 – 69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

*Таблица 3*

**Соответствие результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Проверяемая компетенция | Индикаторы достижениякомпетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| ОПК-1Способен реализовывать моральные иправовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.2. Выполняетэтические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать основы медицинской этики идеонтологии; основы законодательства в сфере здравоохранения; правовые аспекты врачебной деятельности | вопросы №1-104 |
| Уметь применять этические нормы ипринципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей; знание современного законодательства в сфере здравоохранения при решении задач профессиональной деятельности | практические задания №1-30. |
| Владеть решением стандартных задачпрофессиональной деятельности на основе этических норм идеонтологических принципов привзаимодействии с коллегами и пациентами | практические задания №1-30. |
| ОПК-5Способен проводить обследованиепациента с целью установления д и а г н о з а п р и р е ш е н и и профессиональных задач | Инд.ОПК5.1.Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний. | Знать методику сбора анамнеза жизнии заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, | вопросы №1-104 |
| Уметь осуществлять сбор жалоб,анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), | практические задания №1-30. |
| Владеть сбором жалоб, анамнеза жизнии заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; | практические задания №1-30. |
| Инд.ОПК5.3. Применяетдополнительные методы обследования пациентов, консультации специалистов для установления окончательного диагноза на основе порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи. | Знать методы лабораторных иинструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; | вопросы №1-104 |
| Уметь составлять план проведениялабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; | практические задания №1-30. |
| В л а д е т ь п р о в е д е н и е м инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные,дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов | практические задания №1-30. |
|  |  |  |
| Инд.ОПК5.2. Применяетметоды осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретирует их результаты для предварительной диагностики наиболее распространенных стоматологических и общесоматических заболеваний. | Знать методику осмотра иФизикального обследования; клиническую картину, методы д и а г н о с т и к и н а и б о л е е распространенных заболеваний; м е т о д ы л а б о р а т о р н ы х и инструментальных | вопросы №1-104 |
| Уметь проводить осмотр ифизикальное обследование детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; | практические задания №1-30. |
| Владеть осмотром и физикальнымобследованием детей и взрослых; д и а г н о с т и к и н а и б о л е е распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний | практические задания №1-30. |
| ПК-1Способен провести и интерпретироватьрезультаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно- лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний. | Инд.ПК1.3.Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. | Знать клиническую картину, методыдиагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых | вопросы №1-104 |
| Уметь оценивать клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых | практические задания №1-30. |
| Владеть оценкой клинической картины, методам диагностики, классификации заболеваний зубов, | практические задания №1-30. |
|  |  |  | пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых |  |
| Инд.ПК1.2. Применяетметоды осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. | Знать методику осмотра ифизикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями | вопросы №1-104 |
| Уметь проводить осмотр ифизикальное обследование, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями | практические задания №1-30. |
| Владеть проводить осмотр ифизикальное обследование, особенности проведения клинического стоматологического обследования у д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями | практические задания №1-30. |
| Инд.ПК1.1. Проводит сборжалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявляет факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний. | Знать методику сбора анамнеза жизнии заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями | вопросы №1-104 |
| Владеть методикой сбора анамнезажизни и заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями | практические задания №1-30. |
| Владеть методикой сбора анамнезажизни и заболеваний, жалоб у детей и в з р о с л ы х ( и х з а к о н н ы х п р е д с т а в и т е л е й ) с о стоматологическими заболеваниями | практические задания №1-30. |
| ПК-5Способен к назначению и проведениюлечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых. | Инд.ПК5.4. Подбирает иназначает лекарственные | Знать методы медикаментозного инемедикаментозного лечения,  | вопросы №1-104 |
| препараты, медицинскиеизделия (в том числе стоматологические материалы) для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | медицинские показания к применениюмедицинских изделий при стоматологических заболеваниях | практические задания №1-30. |
| Уметь применять методы м е д и к а м е н т о з н о г о и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях | практические задания №1-30. |
| Владеть методикой медикаментозногои немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях | вопросы №1-104 |
| Инд.ПК5.5. Назначает попоказаниям физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, диетическое питание, лечебно- оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | Знать показания к назначению диетическое питание, лечебно- оздоровительный режим для лечения д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями | практические задания №1-30. |
| Уметь назначать диетическое питание,лечебно-оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями | практические задания №1-30. |
| Владеть методикой назначения диетического питания, лечебно- оздоровительного режима для лечения д е т е й и в з р о с л ы х с о стоматологическими заболеваниями в | практические задания №1-30. |
|  |  | соответствии с порядкамиоказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. | стоматологическими заболеваниями вамбулаторных условиях |  |
| Владеть выполнением медицинскихвмешательств, в том числе терапевтических, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях |  |
| ПК-6Способен к диагностике угрожающегожизни состояния и оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме. | Инд.ПК6.2. Оказываетмедицинскую помощь в экстренной и неотложной формах пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов в связи с острыми нарушениями кровообращения и (или) дыхания. | Знать принципы и методы оказаниямедицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской п о м о щ и , к л и н и ч е с к и м и рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | вопросы №1-104 |
| Уметь оказывать медицинскую помощьпациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | практические задания №1-30. |
| Владеть принципами и методамиоказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | практические задания №1-30. |
| Инд.ПК6.1. Распознаетсостояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти | Знать методику сбора жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) | вопросы №1-104 |
|  | (остановка жизненноважных функций организма человека - кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. |
| Уметь выполнять сбор жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) | практические задания №1-30. |
| Владеть методикой сбора жалоб ианамнеза у пациентов (их законных представителей), методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) | практические задания №1-30. |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1.** **Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.**

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом семинаре по дисциплине (Тк);

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк).

По каждому семинару предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, доклад /с презентацией; выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии. Входной/выходной контроль, выполнение практических заданий – являются обязательными контрольными точками, если это предусмотрено структурой семинара. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

При пропуске семинарского занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического обучающегося.**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество баллов устанавливается по факту набранных бонусных баллов студентами данного учебного года по данному направлению специальности и не имеет конкретного максимального значения).

*Таблица 4*

 **Виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| 1 | Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | **1** |
| 2 | Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | **1** |
| 3 | Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | **1** |
| 4 | Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ | **1** |
| 5 | Составление тестовых заданий | Оценка пакета тестов | **1** |
| 6 | Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | **1** |
| 7 | Создание презентаций | Оценка презентации | **1** |
| 8 | Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | **1** |
| 9 | Участие в конференциях разного уровня | Ксерокопия сертификата участника | **2** |
| 10 | Выполнение полного объема практических навыков по изучаемой дисциплине согласно тематике практических занятий | Контроль выполнения практических навыков | **2** |
| 11 | Посещение лекций по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **1** |
| 12 | Посещение практических занятий по дисциплине без пропусков | Контроль посещаемости | **2** |