

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Стоматология детская»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.76 «Стоматология детская»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

И.В. Орлова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

« 31 » 08

2021 г., протокол заседания №

1

стоматологии;

Заведующий кафедрой

стоматологии детского возраста и ортодонтии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

А.Г. Климов

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.76 «Стоматология детская»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Общие вопросы стоматологии детского возраста.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2 Детская терапевтическая стоматология.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Детская хирургическая стоматология и ЧЛХ.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Основы ортодонтии и детского протезирования.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-7 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Стоматология детская»

№	Индекс компетенции, содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
		Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию.	Излагать самостоятельно точку зрения, анализировать и логически мыслить, словесно оформлять публичное выступление, аргументировать, вести дискуссии.	Соотношение мнения, веры, понимания, интерпретации и знания. Рациональное и эмпирическое познание. Иррациональное познание: интуиция в медицине. Отражение мира в сознании как познание.
2.	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,	Основные закономерности развития и жизнедеятельности организма человека, гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования. Анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Пользоваться лабораторным оборудованием. Проводить статистическую обработку	Базовыми технологиями преобразования информации Методами изучения наследственности (цитологический, генеалогический, близнецовый). Основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по

	предупреждение возникновения и распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	особенности строения и развития организма человека, функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах.	экспериментальных данных. Обосновать необходимость клинико-иммунологического обследования больного.	оказанию врачебной помощи. Основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов.
3.	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологическими патологиями	Проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанные с профвредностями; осуществление специфической и неспециф. профилактики инфекционных заболеваний; принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения.	Уметь анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи состоянию здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи.	Оценками состояния стоматологического здоровья детей различных возрастно-половых групп. Алгоритмом постановки предварительного диагноза, при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование к врачам-специалистам.
4.	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с МКБ-10 и проблем, связанных со здоровьем	Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клинич. картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме; клинич. проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания мед. помощи при неотложных состояниях.	Интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; Сформулировать клинический диагноз, вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным.
5.	ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в детской стоматологической помощи	Методы диагностики, лечения и профилактики детских стомат. заболеваний у детей. Общую характеристику и особенности течения мультифакториальных болезней; принципы классификации патологии ребенка со стомат. точки зрения.	Установить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику; клинику наиболее распространенных мультифакториальных болезней;	Новейшими методами исследования, применяемыми в детской стоматологии. Знаниями о современных материалах, применяемых в детской стоматологии. Современными методами лечения, применяемыми в стоматологии.

6.	ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; характеристики воздействия физических факторов на организм; физические основы функционирования медицинской аппаратуры; правила использования ионизирующего облучения и риски, связанные с их воздействием на биологические ткани; методы защиты и снижения дозы воздействия; принципы, лежащие в основе стомат.радиографии.	Пользоваться физиотерапевтическим оборудованием; работать с увеличительной техникой при изучении физики, химии, биологии; работать с увеличительной техникой; проводить статистическую обработку экспериментальных данных; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для стоматологического лечения больных;	Медицинским и стоматологическим инструментарием; основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных стоматологических заболеваний и патологических процессов. Методами реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии.
----	--	---	---	---

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6	ПК-9	21-40	12-27		1-19

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			

1.	УК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
2.	ПК-1	1-120	1-120	1-25	1-19
3.	ПК-2	1-25	10-20		1-19
4.	ПК-5	1-20	10-20		1-19
5.	ПК-7	1-20	12-27	20-25	1-19
6.	ПК-9	21-40	12-27		1-19

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Стоматология детская»**

Вопросы для устного собеседования

Стоматология детская общие вопросы.

1. Классификации кариеса зубов у детей. Клиническое течение кариеса постоянных зубов в зависимости от степени активности кариозного процесса.
2. Очаговая деминерализация эмали. Распространенность, причины возникновения, патогенез, классификация, патологическая анатомия. Клиническое течение быстро- и медленно текущей формы очаговой деминерализации, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Кариес временных зубов. Распространенность и интенсивность поражения в различные возрастные периоды жизни ребенка. Влияние внешних и внутренних факторов, анатомо-физиологических особенностей зубов на возникновение и течение кариозного процесса.
4. Этиология, закономерности клинического течения, дифференциальная диагностика, особенности комплексного лечения кариеса у детей раннего возраста.
5. Поверхностный кариес временных и постоянных зубов у детей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.
6. Плоскостная и циркулярная формы кариеса временных зубов у детей. Причины возникновения, клиническое течение, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Средний кариес молочных и постоянных зубов у детей. Клиника в зависимости от активности течения кариозного процесса, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
8. Выбор пломбировочного материала в зависимости от возраста ребенка, анатомической принадлежности зуба, состояния корней зубов, локализации кариозной полости, степени активности кариеса. Технология применения различных пломбировочных материалов (стеклоиономерный цемент, амальгама и др.).
9. Атрауматичная восстановительная технология для лечения кариеса молочных зубов у детей. Показания к проведению, материалы, методика выполнения.
10. Отсроченный метод лечения кариеса молочных и постоянных зубов у детей. Показания к проведению, материалы. Особенности препарирования, медикаментозной обработки и пломбирования молочных и постоянных зубов с несформированными корнями у детей.
11. Профилактика ошибок и осложнений на различных этапах диагностики и лечения кариеса временных и постоянных зубов у детей.
12. Глубокий кариес постоянных зубов у детей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Особенности лечения в зубах с несформированными корнями. Профилактика осложнений.
13. Особенности течения и комплексного лечения кариеса зубов у детей с III степенью активности кариозного процесса.

Детская терапевтическая стоматология.

1. Развитие, формирование и рассасывание корней временных зубов, средневозрастные сроки. Влияние на эти процессы общего состояния организма ребенка и местных факторов. Типы резорбции корней временных зубов.
2. Сроки формирования и прорезывания постоянных зубов. Периоды формирования корней постоянных зубов, клинико-рентгенологическая картина. Влияние общих и местных факторов на эти процессы.
3. Анатомо-физиологические особенности пульпы временных и постоянных зубов в зависимости от состояния корней (формирующиеся, сформированные, рассасывающиеся). Значение для клиники.
4. Пульпиты временных зубов. Этиология, патогенез, классификация. Клиника пульпитов временных зубов в связи с анатомо-физиологическими особенностями твердых тканей зубов, пульпы, периодонта, костной ткани альвеолярных отростков, состояния нервной, иммунной и других систем организма ребенка.
5. Острый и обострившийся хронический пульпит молочных зубов. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
6. Хронический фиброзный пульпит временного зуба. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
7. Хронический гипертрофический пульпит временного зуба. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
8. Хронический гангренозный пульпит временного зуба. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
9. Пульпит постоянного зуба с несформированным корнем. Клиника, дифференциальная диагностика. Особенности лечения. Прогноз. Исходы. Профилактика осложнений. Диспансеризация.
10. Показания к биологическому методу лечения пульпита у детей. Противопоказания. Этапы проведения метода, возможности применения медикаментозной и физиотерапии. Профилактика осложнений. Диспансеризация. Контроль эффективности.
11. Показания и противопоказания к лечению у детей пульпита методом витальной ампутации. Этапы проведения. Профилактика ближайших и отдаленных осложнений. Диспансеризация.
12. Девитальный метод лечения пульпита у детей. Показания и противопоказания к ампутиационному и экстирпационному методу. Этапы проведения. Виды современных девитализирующих препаратов, сроки наложения. Положительные и отрицательные характеристики резорцин-формалинового метода лечения пульпита. Профилактика осложнений при проведении девитального метода лечения пульпита. Метод депонирования.
13. Анатомо-физиологические особенности периодонта временных и постоянных зубов у детей. Значение для клиники периодонтита. Классификация и рентгенологическая картина различных форм периодонтита молочных и постоянных зубов у детей.
14. Причины периодонтита временных зубов у детей. Клиническое течение острого и обострившегося хронического периодонтита временных зубов у детей. Дифференциальная диагностика, показания и этапы проведения консервативного метода лечения. Прогноз. Профилактика осложнений. Диспансеризация.
15. Хронические периодонтиты временных зубов у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Показания к выбору консервативного метода лечения. Прогноз. Профилактика осложнений. Диспансеризация.
16. Влияние периодонтита временного зуба на окружающие ткани и здоровье ребенка. Понятие об одонтогенно-обусловленных заболеваниях и патологических состояниях.
17. Периодонтит постоянного зуба с несформированным корнем. Причины, классификация, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика. Этапы и особенности консервативного лечения. Современные медикаментозные и

- пломбировочные материалы, применяемые при лечении периодонтита. Прогноз. Исходы. Диспансеризация. Профилактика осложнений.
18. Ошибки и осложнения при проведении эндодонтического лечения временных и постоянных зубов у детей. Пределы консервативного лечения осложнений кариеса в детском возрасте.
 19. Некариозные поражения твердых тканей зубов. Классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение наследственных пороков развития эмали.
 20. Синдром Стентона-Капдепона. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений, диспансеризация.
 21. Наследственные нарушения дентиногенеза и остеогенеза. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика осложнений.
 22. Флюороз. Классификации. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Общегосударственные и индивидуальные меры профилактики.
 23. Гипоплазия твердых тканей зубов. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение системной гипоплазии эмали временных и постоянных зубов у детей. Профилактика осложнений.
 24. Местная и очаговая гипоплазия эмали. Причины возникновения, клинические формы, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика местной гипоплазии постоянных зубов у детей.
 25. Анатомо-физиологические особенности тканей пародонта в различные периоды детского возраста. Классификация заболеваний пародонта. Распространенность заболеваний пародонта у детей различного возраста.
 26. Причины заболеваний пародонта в детском возрасте (эндогенные и экзогенные факторы), ведущие факторы в различные возрастные периоды. Методы исследования тканей пародонта.
 27. Алгоритм обследования ребенка с заболеванием пародонта. Регистрационные индексы состояния тканей пародонта и нужды в лечении при эпидемиологических исследованиях.
 28. Катаральный гингивит у детей. Причины, клинические формы, течение, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 29. Гипертрофический гингивит у детей. Причины, клинические формы, течение, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 30. Язвенный гингивит у детей. Причины и условия возникновения, клинические формы, дифференциальная диагностика, методы лечения.
 31. Пародонтит у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 32. Идиопатические заболевания пародонта в детском возрасте. Клиническое течение, диагностика, принципы лечения патологии пародонта при сахарном диабете у детей. Прогноз. Диспансеризация.
 33. Х-гистиоцитозы у детей. Клинические проявления в полости рта, диагностика, лечение патологии пародонта. Прогноз. Диспансеризация.
 34. Проявления нейтропении в полости рта. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Диспансеризация.
 35. Синдром Папийон-Лефевра. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Диспансеризация.
 36. Принципы лечения заболеваний пародонта в детском и юношеском возрасте в зависимости от причин и условий возникновения. Значение профессиональной гигиены, медикаментозной и физиотерапии.
 37. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта в различные периоды детского возраста, взаимосвязь с заболеваниями. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей. Распространенность различных заболеваний слизистой рта в возрастном аспекте.
 38. Травматический стоматит у детей. Классификация. Механическая травма слизистой рта. Причины, клиника, лечение, профилактика.

39. Химические и физические повреждения слизистой рта у детей. Причины, клиника, лечение, профилактика. Лучевые стоматиты.
40. Кандидозы в детском возрасте. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
41. Физическая травма слизистой рта у детей. Причины, клиника, лечение, профилактика. Лучевые стоматиты.
42. Ошибки и осложнения при лечении кариеса, пульпита и периодонтита у детей.
43. Современные пломбировочные материалы и герметики, используемые в стоматологии детского возраста.
44. Деонтология в клинике детской стоматологии. Особенности общения стоматолога с ребенком, родителями, персоналом поликлиники.
45. Значение рентгенологической диагностики в детской стоматологии. Виды рентгенографии. Методика чтения рентгенограмм. Определение возраста ребенка по данным ортопантомографии.
46. Острый герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
47. Рецидивирующий герпес. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Детская хирургическая стоматология и ЧЛХ.

1. Возрастные анатомо-физиологические особенности детского организма и их влияние на течение воспалительного процесса.
2. Анатомо-физиологические особенности детского организма, челюстно-лицевой области и их роль в клинических проявлениях гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез у детей.
3. Периодонтиты временных и постоянных зубов. Клинико-рентгенологическая диагностика. Тактика хирургического лечения в зависимости от возраста ребенка.
4. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники. Показания к седативной подготовке ребенка.
5. Обезболивание хирургических вмешательств в условиях поликлиники. Классификация методов обезболивания. Особенности техники выполнения местного обезболивания.
6. Операция удаления зубов. Показания к удалению молочных зубов. Особенности выполнения техники удаления молочного зуба. Осложнения во время и после операции. Предупреждение осложнений.
7. Операция удаления зубов. Показания к удалению постоянных зубов. Осложнения во время и после операции. Предупреждение осложнений. Показания и цели протезирования зубного ряда у детей различного возраста после удаления зуба.
8. Периостит челюстных костей. Этиология, классификация, клиника острого периостита, лечение, исход заболевания.
9. Периостит челюстных костей. Клиника хронического периостита. Диагностика. Дифференциальная диагностика от других заболеваний. Методика хирургического лечения. Прогнозирование течения и исхода заболевания. Показания к госпитализации ребенка.
10. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Особенности клинического течения. Лечение.
11. Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Причины развития, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Организация и выполнение неотложной хирургической помощи ребенку в условиях поликлиники. Прогнозирование течения и исхода заболевания.
12. Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Клиника. Лечение. Реабилитация детей, перенесших острый одонтогенный остеомиелит. Оформление документации и организация госпитализации ребенка. Профилактика заболевания.

13. Хронический остеомиелит костей лица. Причины развития. Клинико-рентгенологические формы заболевания и их диагностика. Показания к госпитализации. Профилактика хронического остеомиелита.
14. Хронический остеомиелит костей лица. Клинико-рентгенологические формы заболевания. Прогнозирование исхода заболевания. Реабилитация детей, перенесших хронический остеомиелит.
15. Гематогенный острый и хронический остеомиелит у новорожденных и детей раннего возраста. Особенности течения. Диагностика, клиника, лечение.
16. Лимфаденит у детей. Предпосылки к развитию лимфаденита у детей различных возрастных групп. Этиология. Патогенез.
17. Лимфаденит у детей. Классификация. Особенности клинического течения. Диагностика. Показания и организация госпитализации ребенка. Реабилитационные мероприятия. Профилактика.
18. Лимфадениты у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
19. Гнойные воспалительные процессы в мягких тканях челюстно-лицевой области у детей. Абсцессы и флегмоны. Этиология. Клиника. Лечение.
20. Гнойные воспалительные процессы в мягких тканях челюстно-лицевой области у детей. Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте.
21. Острая травма зубов у детей. Причины травмы, клиника, методы диагностики. Оказание помощи в условиях поликлиники. Показания к госпитализации ребенка.
22. Острая травма зубов у детей. Реабилитация ребенка после травмы. Прогноз исхода повреждений в зависимости от возраста ребенка и характера травмы.
23. Повреждения мягких тканей лица и шеи у детей. Причины травмы, клиника, методы диагностики. Оказание помощи в условиях поликлиники. Показания к госпитализации ребенка.
24. Повреждения мягких тканей лица и шеи у детей. Реабилитация ребенка после травмы. Прогноз исхода повреждений в зависимости от возраста ребенка и характера травмы.
25. Травма костей лица у детей. Причины травм. Особенности клиники травм челюстно-лицевой области.
26. Переломы верхней и нижней челюсти и других костей лицевого скелета. Реабилитация детей после травмы.
27. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Эпидемический паротит. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
28. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Клиника хронического паренхиматозного паротита. Диагностика и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Методы лечения.
29. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Этиология. Классификация. Клиника хронического паренхиматозного паротита. Прогнозирование течения болезни.
30. Кисты челюстей у детей. Классификация. Эпителиальные и неэпителиальные кисты челюстей. Клиника. Лечение.
31. Кисты челюстей у детей. Классификация. Одонтогенные воспалительные кисты от временных и постоянных зубов. Клинико-рентгенологическая картина, лечение, реабилитация.
32. Одонтогенные воспалительные кисты от молочных зубов. Клиника. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения.
33. Ретенция зубов у детей. Причины ретенции. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
34. Болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей. Этиология. Классификация.
35. Болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей. Классификация. Остеоартрит. Клиника. Лечение. Исходы.

36. Болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей. Классификация. Вторичный деформирующий остеоартроз. Клиника. Диф. диагностика. Лечение. Исходы.
37. Болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей. Классификация. Костный анкилоз.
38. Юношеские функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Функциональные суставно-мышечные заболевания. Клиника болевого синдрома, дисфункция сустава и мышц. Методы и принципы лечения. Исходы лечения.
40. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей рта и лица. Классификация. Клиника отдельных нозологических форм доброкачественных новообразований.
41. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей рта и лица. Особенности клинического течения и гистологического строения новообразований у детей.
42. Сосудистые новообразования. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика.
43. Сосудистые новообразования. Клиника. Выбор тактики лечения. Исходы лечения.
44. Фиброзная остеодисплазия лицевых костей у детей. Клинико-рентгенологические формы. Диагностика. Лечение.
45. Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. Клиника отдельных нозологических форм доброкачественных новообразований.
46. Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. Остеобластокластома.
47. Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. Амелобластома.
48. Злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. Остеогенная саркома. Клиника, особенности диагностики.
49. Злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. Саркома Юинга. Клиника, особенности диагностики.
50. Злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица.

Основы ортодонтии и детского протезирования.

1. Нормальное развитие зубочелюстной системы. Характеристика развития зубочелюстной системы после рождения ребенка.
2. Возрастные особенности развития зубочелюстной системы.
3. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация.
4. Классификации морфологические, функциональные, этиопатогенетические (Энгля, Симона, Катца, Калвеллиса, Бетельмана, Канторовича, Каламкарова, Курляндского, Ильиной-Маркосян, кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ).
5. Современная классификация аномалий окклюзии зубных рядов (Персин Л.С.). Терминология, применяемая в ортодонтии.
6. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания матери, приводящие к развитию зубочелюстных аномалий.
7. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в раннем детском возрасте. Мышечная дисфункция у ребенка. Нарушение миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевой области.
8. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: вредные привычки у детей.
9. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: заболевания в челюстно-лицевой области у ребенка (кариес временных зубов и его осложнения; травма и ее последствия; остеоартроз; остеомиелит).
10. Этиология зубочелюстных аномалий и их профилактика: нарушение функций дыхания, глотания, речи, жевания.
11. Диагностика в ортодонтии. Клиническое обследование. Опрос ребенка и его родителей. Осмотр рта.
12. Гармоничное развитие зубочелюстной системы.
13. Клинические методы обследования детей в ортодонтии. История болезни.

14. Методы обследования детей для оценки функционального состояния зубочелюстного аппарата.
15. Методы обследования детей для оценки морфологического состояния зубочелюстного аппарата.
16. Рентгенологические методы обследования детей с зубочелюстными деформациями. Методы диагностики зубочелюстных аномалий. Основные и дополнительные методы диагностики в ортодонтии. Принципы антропометрического исследования гипсовых моделей челюстей.
17. Антропометрические методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. Определение высоты и ширины лица, индекс Изара. Определение формы и типов лица и головы.
18. Ортопантомография челюстей. Рентгенологическая диагностика головы.
19. Методы расшифровки и анализа боковых ТРГ головы.
20. Оценка гармоничности развития зубочелюстной системы по Хазунду. Компьютерная диагностика.
21. Томография височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Расшифровка томограмм ВНЧС.
22. Функциональные методы исследования.
23. Оценка состояния опорных тканей пародонта.
24. Постановка диагноза и составление плана лечения.
25. Методы лечения зубочелюстных аномалий. Лечебная гимнастика, ортодонтический (аппаратурный), хирургический, ортопедический, сочетанные.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

Стоматология детская общие вопросы

001. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:
 - а) физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - б) возможность трудовой деятельности;
 - в) наличие или отсутствие болезней;
 - г) наличие благоустроенного жилища;
 - д) полноценное питание.
002. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:
 - а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;

- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

003. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы

- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;
- б) сертификат;
- в) лицензия;
- г) свидетельство об окончании курсов;
- д) запись в трудовой книжке.

004. Основную ответственность за клинический диагноз несет:

- а) зубной техник;
- б) помощник стоматолога (сестра);
- в) помощник стоматолога, получивший сертификат;
- г) врач-стоматолог;
- д) главный врач стоматологической поликлиники.

005. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:

- а) только тщательная запись выполненных манипуляций.
- б) запись предписаний;
- в) сниженный преискурент;
- г) запись обращений к специалистам.
- д) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.

006. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: 1) определения структуры стоматологической заболеваемости; 2) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; 3) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; 4) определения потребности в стоматологической помощи; 5) определения потребности в стоматологических кадрах.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

007. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:

- а) обязательная стерилизация;
- б) достаточно дезинфекции;
- в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
- г) обязательна дезинфекция и стерилизация;
- д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.

008. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

009. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

010. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) демографические показатели;
- д) физическое развитие населения.

011. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

012. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;
- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

013. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

014. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;
- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

015. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся: 1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН); 2) показатель систематичности наблюдения; 3) показатель частоты рецидивов; 4) полнота охвата ДН; 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

016. Регион с КПУ=3,0 у детей 12 лет, по данным ВОЗ, можно отнести к зоне интенсивности кариеса зубов:

- а) очень низкой;
- б) низкой;
- в) умеренной;
- г) высокой;
- д) очень высокой.

017. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:

- а) один раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) по показаниям, но не реже 2 раз в год;
- г) 3 раза в год;
- д) 4 раза в год.

018. Ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта, следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по показаниям, но не реже 1 раза;
- д) 4 раза.

019. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по индивидуальным показаниям;
- д) с учетом формы активности кариеса.

020. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нужды в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

021. Туберкулезную инфекцию можно получить:

- а) если пить молоко от инфицированных коров;
- б) контактировать с инфицированными людьми;
- в) вдыхать аэрозоль при кашле;
- г) контактировать с инфицированными инструментами;
- д) верно все перечисленное.

022. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин:

- а) микобактерии туберкулеза;
- б) протей;
- в) вирус гепатита;
- г) стафилококк;
- д) гонококк.

023. Минимальная площадь помещения для расположения стоматологического кресла:

- а) 10 кв.м.;
- б) 12 кв.м.;
- в) 14 кв.м.;
- г) 16 кв.м.;

д) 18 кв.м.

024. Стены кабинета для амбулаторного хирургического приема должны быть покрыты:

- а) побелкой;
- б) водно-дисперсионной краской;
- в) обоями;
- г) стеклообоями;
- д) керамической плиткой.

025. Пульпа формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

026. Дентин формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

027. Цемент корня зуба формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа
- г) из передней половины эпителиальной пластинки
- д) из эпителиального влагалища

028. Периодонт формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки

029. Эмаль зуба формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

030. Насмитова оболочка формируется

- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа

I!!

031. Минерализация I!! зубов начинается

- а) на 2-3 месяце утробной жизни
- б) на 4-5 месяце утробной жизни
- в) на 6-7 месяце утробной жизни
- г) на 7-8 месяце утробной жизни
- д) на 8-9 месяце утробной жизни

II!!!

032. Минерализация II!!! зубов начинается

- а) на 3-4 месяце утробной жизни
- б) на 4-4.5 месяце утробной жизни

- в) на 5-6 месяце утробной жизни
 г) на 6-7 месяце утробной жизни
 д) на 8-9 месяце утробной жизни
033. Минерализация $\frac{III!III}{III!III}, \frac{V!V}{V!V}$ зубов начинается
 а) на 3-м месяце утробной жизни
 б) на 5-м месяце утробной жизни
 в) на 6-м месяце утробной жизни
 г) на 7-м месяце утробной жизни
 д) на 8-м месяце утробной жизни
034. Минерализация $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов начинается
 а) на 3-м месяце утробной жизни
 б) на 5-м месяце утробной жизни
 в) на 6-м месяце утробной жизни
 г) на 7-м месяце утробной жизни
 д) на 8-м месяце утробной жизни
035. Зубы $\frac{I!!}{I!!}$ прорезываются
 а) на 4-5 месяце жизни ребенка
 б) на 5-6 месяце жизни ребенка
 в) на 6-8 месяце жизни ребенка
 г) на 9-10 месяце жизни ребенка
 д) на 11-12 месяце жизни ребенка
036. Зубы $\frac{II!II}{II!II}$ прорезываются
 а) на 2-5 месяце жизни ребенка
 б) на 6-12 месяце жизни ребенка
 в) на 7-8 месяце жизни ребенка
 г) на 12-17 месяце жизни ребенка
 д) на 17-20 месяце жизни ребенка
037. Зубы $\frac{III!III}{III!III}$ прорезываются
 а) на 8-10 месяце жизни ребенка
 б) на 10-12 месяце жизни ребенка
 в) на 12-15 месяце жизни ребенка
 г) на 16-20 месяце жизни ребенка
 д) на 17-19 месяце жизни ребенка
038. Зубы $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ прорезываются
 а) на 9-12 месяце жизни ребенка
 б) на 12-16 месяце жизни ребенка
 в) на 17-20 месяце жизни ребенка
 г) на 10-15 месяце жизни ребенка
 д) на 11-13 месяце жизни ребенка
039. Зубы $\frac{V!V}{V!V}$ прорезываются
 а) на 9-10 месяце жизни ребенка
 б) на 10-12 месяце жизни ребенка
 в) на 12-18 месяце жизни ребенка
 г) на 18-20 месяце жизни ребенка
 д) на 20-30 месяце жизни ребенка

041. Формирование корней $\frac{I!I}{I!I}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 1.5 года
 - б) в возрасте ребенка 2-2.5 года
 - в) в возрасте ребенка 3 года
 - г) в возрасте ребенка 4 года
 - д) в возрасте ребенка 5 лет
042. Формирование корней $\frac{II!II}{II!II}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2 года
 - б) в возрасте ребенка 3 года
 - в) в возрасте ребенка 4 года
 - г) в возрасте ребенка 5 лет
 - д) в возрасте ребенка 6 лет
043. Формирование корней $\frac{III!III}{III!III}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2-3 года
 - б) в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - в) в возрасте ребенка 3-4 лет
 - г) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - д) в возрасте ребенка 5-5.5 лет
044. Формирование корней $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 2-3 года
 - б) в возрасте ребенка 3-4 года
 - в) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - г) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - д) в возрасте ребенка 6-7 лет
045. Формирование корней $\frac{V!V}{V!V}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 3 года
 - б) в возрасте ребенка 4 года
 - в) в возрасте ребенка 5 лет
 - г) в возрасте ребенка 6 лет
 - д) в возрасте ребенка 7 лет
046. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{I!I}{I!I}$ зубов
- а) в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - б) в возрасте ребенка 4-4.5 года
 - в) в возрасте ребенка 5-5.5 лет
 - г) в возрасте ребенка 5.5-6.5 лет
 - д) в возрасте ребенка 6.5-7 лет
047. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{II!II}{II!II}$ зубов
- а) в возрасте ребенка 3-4 лет
 - б) в возрасте ребенка 4-5 лет
 - в) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - г) в возрасте ребенка 5.5-7 лет
 - д) в возрасте ребенка 8 лет
048. Сроки минимального рассасывания корней $\frac{III!III}{III!III}$ зубов
- а) в возрасте ребенка 5-6 лет
 - б) в возрасте ребенка 6-7 лет

- в) в возрасте ребенка 8.5-9 лет
 г) в возрасте ребенка 10-11 лет
 д) в возрасте ребенка 11-12 лет
049. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов
 а) в возрасте ребенка 7 лет
 б) в возрасте ребенка 8 лет
 в) в возрасте ребенка 9 лет
 г) в возрасте ребенка 10 лет
 д) в возрасте ребенка 11 лет
050. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 а) в возрасте ребенка 6-7 лет
 б) в возрасте ребенка 8-8.5 лет
 в) в возрасте ребенка 9-9.5 лет
 г) в возрасте ребенка 9-10 лет
 д) в возрасте ребенка 10-11 лет
051. Какой тип резорбции корней молочных зубов является физиологическим?
 а) I - равномерная резорбция всех корней
 б) II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня
 в) III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
 г) резорбция корней в результате хронического воспаления тканей периодонта
 д) I, II, III типы резорбции корней
052. Какой вид резорбции корней молочных зубов при хроническом воспалении периодонтита?
 а) равномерная резорбция всех корней
 б) резорбция с преобладанием в области одного корня
 в) резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации
 г) патологический вид резорбции
 д) физиологический вид резорбции
052. Укажите сроки закладки зачатков постоянных зубов
 а) на 1-м месяце утробной жизни
 б) на 5-6 месяце утробной жизни
 в) на 5-6 месяце жизни ребенка
 г) на 2-м году жизни ребенка д) на 4-5 году жизни ребенка
053. Для определения методов эффективной индивидуальной профилактики кариеса зубов в комплексное обследование ребенка целесообразно включить
 а) физическое состояние (уровень соматического здоровья)
 б) исследование зубного налета
 в) исследование твердых тканей зубов
 г) исследование слюны
 д) все вышеперечисленное
054. О необходимости упорядочить прием сладкого свидетельствуют
 а) повышенная скорость отложения зубного налета
 б) повышенный уровень сахара в слюне после нагрузки удерживается долго
 в) pH слюны отклонена в кислую сторону
 г) проницаемость эмали высокая
 д) все перечисленные показатели
055. Фтор обладает следующими функциями
 а) снижает кислотообразующие свойства бактерий
 б) увеличивает рем-реактивность слюны

- в) активно включается в структуру гидрооксиапатита эмали
 - г) является катализатором обменных процессов "эмаль-слюна"
 - д) всеми перечисленными
056. Образованию кислоты в полости рта способствуют
- а) пищевые остатки
 - б) микроорганизмы полости рта
 - в) зубной налет
 - г) чрезмерное употребление углеводов
 - д) все перечисленное
057. Какие из перечисленных показателей можно считать главным в оценке эффективности вторичной профилактики кариеса временных зубов в ДДУ?
- а) стабилизация интенсивности кариеса
 - б) уменьшение числа осложнений кариеса
 - в) снижение числа вторичного кариеса
 - г) все перечисленные медицинские аспекты
 - д) уменьшение затрат времени врача на санацию полости рта детей
058. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?
- а) низкой
 - б) средней
 - в) определить нельзя
 - г) очень высокой
 - д) высокой
059. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести детей 12 лет с КПУ = 6.5?
- а) очень высокой
 - б) средней
 - в) высокой
 - г) низкой
 - д) определить нельзя
060. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 7 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?
- а) I степень активности
 - б) II степень активности
 - в) III степень активности
 - г) дети, имеющие КПУ = 0
 - д) здоровые дети
061. Для объективной оценки эффективности гигиены полости рта наиболее подходит
- а) индекс окрашивания по Федорову-Володкиной
 - б) подбирается индивидуально
 - в) упрощенный индекс ВОЗ
 - г) полный индекс ВОЗ
 - д) периодический индекс ВОЗ
062. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?
- а) степень активности кариеса
 - б) II степень активности кариеса
 - в) III степень активности кариеса
 - г) дети, имеющие КПУ=0
 - д) здоровые дети
063. Показателем, характеризующим эффективность плановой санации, является

- а) увеличение % ранее санированных
 - б) уменьшение % нуждающихся в санации
 - в) уменьшение количества осложненного кариеса на 1000 осмотренных
 - г) уменьшение количества удаленных постоянных зубов на 1000 осмотренных
 - д) все
064. Из анамнеза ребенка с гипоплазией постоянных зубов необходимо обратить внимание
- а) на состояние здоровья матери в период беременности
 - б) на здоровье ребенка на первом году жизни
 - в) на наличие у матери проф. вредностей
 - г) на характер течения родов
 - д) на все перечисленные выше моменты
065. Тестами, которые целесообразно включить в комплексное обследование ребенка для определения индивидуальной программы профилактики кариеса, являются
- а) тест кислотной резистентности эмали
 - б) гигиенический индекс
 - в) РН-налета
 - г) определение тягучести и вязкости слюны
 - д) все перечисленные выше
066. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет, имеющему пятна и множественные дефекты твердых тканей на фронтальных зубах
- а) обычная гигиена полости рта
 - б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором
 - в) рациональное употребление углеводов
 - г) прием фторсодержащих таблеток
 - д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой
067. В каких случаях при наличии на эмали зубов показана ремтерапия?
- а) флюороз
 - б) мраморная эмаль
 - в) гипоплазия системная
 - г) очаговая деминерализация
 - д) гипоплазия местная (очаговая)
068. Наиболее прочно герметизирует фиссуры
- а) амальгама
 - б) стеклоиономерный цемент
 - в) композиционный материал
 - г) фтористый фосфат-цемент
 - д) твердеющий лак
069. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии
- а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
 - б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
 - в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты
 - г) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами
 - д) все перечисленные выше
070. Назовите наиболее целесообразный период для первичной эндогенной профилактики кариеса молочных резцов
- а) антенатальный период
 - б) первое полугодие жизни

- в) второе полугодие 1-го года жизни
 - г) второй год жизни
 - д) не имеет значения
071. Реагенты для определения гигиенического индекса
- а) метиленовый синий
 - б) иодсодержащий раствор
 - в) таблетки с красителем
 - г) фуксин
 - д) любой из перечисленных
072. Срок службы зубной щетки
- а) 2 месяца
 - б) 4 месяца
 - в) 6 месяцев
 - г) 1 год
 - д) определяется индивидуально
073. При очаговой деминерализации наиболее показано
- а) препаровка деминерализованной эмали и пломбирование
 - б) сошлифовка деминерализованной эмали
 - в) сошлифовка деминерализованной эмали и покрытие этого участка ремпрепаратом
 - г) реминерализирующая терапия
 - д) чистка зубов лечебно-профилактическими зубными пастами
074. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками в лечебных целях является
- а) флюороз
 - б) очаговая деминерализация
 - в) очаговая гипоплазия
 - г) поверхностный кариес
 - д) несовершенный эмелогенез
075. Покрыть зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно
- а) ежедневно в течение 12-15 дней
 - б) один раз в месяц
 - в) один раз в год
 - г) определяется индивидуально
 - д) три-четыре сеанса с недельным интервалом .
076. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?
- а) не предавать этому значения
 - б) задавать наводящие вопросы
 - в) вызвать на беседу родственников
 - г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
 - д) верно б) и в)
077. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,
- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
 - б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
 - в) история болезни заполняется после нормализации состояния
078. Местные анестетики относятся
- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
 - б) к антагонистам ацетилхолина
 - в) к антиаритмическим препаратам
 - г) к аналептикам
 - д) к нейроплегикам
079. Лидокаин относится

- а) к амину
 - б) к эфиру
 - в) к амиду
 - г) к производному изохинолина
 - д) к адамантильному радикалу
080. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- а) азакаин
 - б) совкаин
 - в) новокаиनाмид
 - г) новокаин
 - д) мезокаин
081. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
 - б) от концентрации препарата
 - в) от разрушения тканевыми ферментами
082. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
 - б) соединения с гликулироновой кислотой печени
 - в) окисления
 - г) выделения почками
083. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие
- а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
 - б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
 - в) вследствие снижения возбудимости миокарда
 - г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
 - д) у ослабленных пациентов
084. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают
- а) дикаин, лидокаин
 - б) совкаин
 - в) моррин
 - г) новокаин
085. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- а) от сочетанного применения местных анестетиков
 - б) от концентрации
 - в) от дозы
 - г) от скорости введения
 - д) от способа введения
 - е) верно б), в), г), д),
086. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
 - б) местным препаратом анальгезирующего действия
 - в) противозудным препаратом
 - г) ингибитором моноаминоксидаз
 - д) противошоковым препаратом
087. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - б) судороги, гипертензия, тахикардия
 - в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
088. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации

- б) судорогами
 - в) тошнотой и рвотой
089. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
 - б) новокаин
 - в) Лидокаин
 - г) маркаин, анакаин
090. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
- а) адреналин 0.2 мг
 - б) адреналин 0.02 мг
 - в) норадреналин 0.4 мг
 - г) норадреналин 0.2 мг
 - д) вазопрессин 0.4 мг
 - е) все вышеперечисленные
091. Для новокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтрационная анестезия
 - б) проводниковая анестезия
 - в) внутривисцеральная инъекция
 - г) спонгиозная инъекция
 - д) внутрипериодонтальная инъекция
092. Для тримекаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция
 - б) проводниковая инъекция
 - в) поднадкостничная инъекция
 - г) внутривисцеральная инъекция
 - д) спонгиозная инъекция
093. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
 - б) для нижнего первого моляра
 - в) для центральных нижних резцов
094. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
- а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
 - б) норадреналин вызывает брадикардию
 - в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
 - г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
095. Применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты
- а) Положительное инотропное действие на сердце
 - б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме
 - в) увеличение коронарного кровотока
 - г) вазоконстрикция сосудов почек
 - д) повышение работы миокарда
096. Норадреналин вызывает
- а) спазм артерий и расширение вен
 - б) расширение артерий и спазм вен
 - в) расширение артерий и вен
 - г) спазм артерий и вен
 - д) причина поражения почек неясна
097. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период
- а) от 9 до 9.5 лет
 - б) от 9.5 до 10 лет
 - в) от 10 до 10.5 лет

- г) от 10.5 до 13 лет
 - д) все перечисленные периоды
098. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период
- а) от 13 до 14 лет
 - б) от 14 до 15 лет
 - в) от 15 до 18 лет
 - г) от 18 до 30 лет
 - д) все перечисленные периоды
099. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется
- а) от 6 до 9 лет
 - б) от 9 до 13 лет
 - в) от 13 до 15 лет
 - г) от 15 до 30 лет
 - д) во все возрастные периоды
100. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется
- а) от 6 до 9 лет
 - б) от 9 до 13 лет
 - в) от 6 до 15 лет
 - г) не изменяется от 6 до 15 лет
101. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются
- а) в дистальном направлении
 - б) в мезиальном направлении
 - в) в вертикальном направлении
 - г) в оральном направлении
 - д) во всех перечисленных направлениях
102. При пародонтите нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна
- а) в дистальном направлении
 - б) в мезиальном направлении
 - в) в вертикальном направлении
 - г) в вестибулярном направлении
 - д) во всех перечисленных направлениях
103. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства
- а) редонт
 - б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
 - в) базисную пластмассу без красителя
 - г) самотвердеющую пластмассу
 - д) любую из перечисленных
104. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти
- а) позади последних моляров - ровная линия границы
 - б) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой кпереди
 - в) укороченный базис протеза
 - г) граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
 - д) то же с небольшой выемкой
 - е) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок
105. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является
- а) нормализация жевания
 - б) нормализация глотания

- в) нормализация речи
 - г) нормализация положения нижней челюсти
 - д) профилактика
106. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является
- а) нормализация резцового перекрытия
 - б) нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов
 - в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов, противостоящих дефекту зубного ряда
 - г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона
 - д) все перечисленное
107. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа
- а) срединного небного шва
 - б) носовых костей
 - в) скуловых костей
 - г) сошника
 - д) во всех перечисленных
108. Объем полости рта возможно увеличить
- а) выдвиганием нижней челюсти
 - б) расширением зубных рядов
 - в) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
 - г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов
 - д) всеми перечисленными мероприятиями
109. Изготовление вкладок с парапальпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти
- а) при отломе угла у области нижней трети коронки
 - б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
 - в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
 - г) при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки
 - д) при всех перечисленных видах отломов
110. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм
 - г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 до 34 мм
111. Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен
- а) от 90 до 96
 - б) от 96 до 104
 - в) от 104 до 108
 - г) от 108 до 110
 - д) от 110 до 112
112. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм

- г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 мм и более
113. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет
- а) от 29 до 30 мм
 - б) от 30 до 31 мм
 - в) от 31 до 32 мм
 - г) от 32 до 33 мм
 - д) от 33 до 34 мм
114. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет
- а) от 32 до 33 мм
 - б) от 33 до 34 мм
 - в) от 34 до 35 мм
 - г) от 35 до 36 мм
 - д) от 36 до 37 мм
115. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано
- а) расширение зубных рядов
 - б) удлинение зубных рядов
 - в) мезиальное перемещение боковых зубов
 - г) дистальное перемещение боковых зубов
 - д) удаление отдельных зубов
116. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является
- а) реакция пульпы зуба на термические раздражители
 - б) реакция пульпы зуба на химические раздражители
 - в) травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
 - г) профилактика пульпита
 - д) и создание условий для образования заместительного дентина
117. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является
- а) зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
 - б) восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
 - в) открытый прикус
 - г) умеренная глубина резцового перекрытия
 - д) все перечисленное
118. Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является
- а) позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
 - б) ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
 - в) привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
 - г) резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
 - д) все перечисленное
119. Основной причиной наличия промежутка между зубами является
- а) ранняя потеря отдельных зубов
 - б) ретенция зубов
 - в) частичная адентия
 - г) чрезмерная протрузия передних зубов
 - д) все перечисленное

120. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является
- а) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
 - б) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
 - в) снижение высоты прикуса и нижней части лица
 - г) нарушение формы лица
 - д) все перечисленное

Стоматология детская общие вопросы							
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	31	б	61	б	91	а
2	а	32	в	62	г	92	б
3	б	33	в	63	д	93	а
4	г	34	б	64	б	94	а
5	д	35	в	65	д	95	а
6	д	36	в	66	б	96	г
7	д	37	г	67	г	97	а
8	д	38	б	68	в	98	г
9	д	39	д	69	в	99	а
10	а	40	а	70	а	100	а
11	в	41	а	71	д	101	д
12	б	42	в	72	д	102	б
13	в	43	в	73	г	103	д
14	а	44	б	74	б	104	в
15	в	45	г	75	г	105	д
16	в	46	г	76	д	106	д
17	в	47	г	77	б	107	д
18	а	48	в	78	в	108	а
19	в	49	д	79	в	109	д
20	д	50	д	80	г	110	в
21	д	51	г	81	а	111	г
22	в	52	б	82	а	112	в
23	в	53	д	83	а	113	в
24	д	54	б	84	а	114	б
25	б	55	д	85	е	115	д
26	б	56	д	86	а	116	д
27	а	57	а	87	а	117	г
28	а	58	г	88	а	118	д
29	в	59	в	89	г	119	д
30	г	60	г	90	е	120	д

Детская терапевтическая стоматология

001. Уровень резистентности организма к кариозному процессу снижают:

- а) зубные отложения;
- б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме;
- в) углеводы пищи;
- г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде;
- д) все вышеперечисленное.

002. При начальном кариесе в эмали происходит:

- а) нарушение белковой матрицы эмали;
- б) дисминерализация и реминерализация;
- в) деминерализация эмали;
- г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;

- д) резорбция эмали.
003. Кутикула представляет собой:
- а) производное гликопротеинов слюны;
 - б) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа;
 - в) скопление микроорганизмов и углеводов;
 - г) совокупность микроорганизмов, содержащих хлорофилл;
 - д) скопление микроорганизмов с органическими компонентами.
004. К минерализованным отложениям относятся:
- а) наддесневой и поддесневой зубной камень;
 - б) пищевые остатки;
 - в) мягкий зубной налет;
 - г) налет курильщика;
 - д) налет разного происхождения.
005. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:
- а) связующими;
 - б) абразивными;
 - в) пенообразующими;
 - г) ароматизирующими;
 - д) лечебными.
006. Противокариозным действием обусловлено наличие в зуб-ных пастах:
- а) фторид натрия;
 - б) триклозан;
 - в) бикарбонат натрия;
 - г) ксилитол;
 - д) альгинат натрия.
007. В качестве абразивных компонентов в состав зубных паст используют:
- а) монофторфосфат натрия;
 - б) хлоргексидин;
 - в) пирофосфаты;
 - г) формальдегид;
 - д) карбонат кальция.
008. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:
- а) абразивные компоненты;
 - б) солевые добавки;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) фториды;
 - д) подсластители.
009. Для начала образования кислоты бактериальной биопленкой употребления сладкой пищи необходимо:
- а) несколько секунд;
 - б) 10 минут;
 - в) 15 минут;
 - г) 20 минут;
 - д) 1 час.
010. Основным фактором риска возникновения кариеса является:
- а) высокое содержание фторида в питьевой воде;
 - б) неудовлетворительная гигиена полости рта;
 - в) сопутствующие заболевания;
 - г) социальный фактор;
 - д) нерациональное питание.
011. Чаще подвергаются деминерализации участки зубов в области:
- а) шейки;

- б) фиссур;
 - в) бугров;
 - г) контактных поверхностей;
 - д) режущего края.
012. Метод тоннельного препарирования применяется для лечения кариозных полостей:
- а) 1 класс по Блеку;
 - б) 2 класс по Блеку;
 - в) 3 класс по Блеку;
 - г) 4 класс по Блеку;
 - д) 5 класс по Блеку.
013. Флоссы рекомендуется применять для удаления зубного налета с поверхностей зубов:
- а) вестибулярных;
 - б) окклюзионных;
 - в) апроксимальных;
 - г) оральных;
 - д) всей поверхности зуба.
014. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:
- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов;
 - б) зубного налета с контактных поверхностей зубов;
 - в) остатков пищи из межзубных промежутков;
 - г) наддесневого зубного камня;
 - д) поддесневого зубного камня.
015. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:
- а) шейки;
 - б) контактных поверхностей;
 - в) бугров, режущего края;
 - г) вестибулярных поверхностей;
 - д) фиссур
016. Для повышения процессов реминерализации эмали показаны:
- а) витамины;
 - б) фтор;
 - в) препараты содержащие декстраназу
 - г) гормоны;
 - д) микроэлементы.
017. Пелликула зуба образована:
- а) коллагеном;
 - б) кератином;
 - в) гликопротеидами слюны;
 - г) редуцированными клетками эпителия эмалевого органа;
 - д) скоплением микроорганизмов.
018. При высокоуглеводной диете наблюдается:
- а) гипосаливация;
 - б) гиперсаливация;
 - в) повышение резистентности эмали к действию кислот;
 - г) увеличение Са/Р соотношения;
 - д) самоочищение зубов.
019. В местности с умеренным климатом, где содержание фторида в питьевой воде составляет 0,8 мг/л, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:
- а) применение таблеток;
 - б) применение фторированного молока;
 - в) чистка зубов фторсодержащими зубными пастами;
 - г) фторирование питьевой воды в школах;

- д) полоскания полости рта фторсодержащими эликсирами.
020. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:
- а) фторид натрия;
 - б) карбонат кальция;
 - в) экстракты лекарственных растений;
 - г) карбамид;
 - д) формальдегид.
021. Пенообразующим компонентом в составе зубной пасте является:
- а) дикальцийфосфат;
 - б) лаурилсульфат натрия;
 - в) полиэтиленгликоль;
 - г) гидроколлоиды;
 - д) карбамид.
022. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умеренным климатом составляет мг/л:
- а) 0,5;
 - б) 0,8;
 - в) 1,0;
 - г) 1,2;
 - д) 1,5.
023. Форма кариозного поражения относится к 1 классу по классификации Г. Блэка:
- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную передних зубов;
 - б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
 - в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
 - г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
 - д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности зубов.
024. Форма кариозного поражения относится к 2 классу по классификации Г. Блэка:
- а) все полости, охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
 - б) все полости на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
 - в) все полости на проксимальных поверхностях передних зубов;
 - г) все полости на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
 - д) все полости в пришеечной зоне вестибулярной поверхности
025. Форма кариозного поражения относится к 3 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:
- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
 - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
 - в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
 - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
 - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.
026. Форма кариозного поражения относится к 4 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:
- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
 - б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
 - в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
 - г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
 - д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов.

027. Форма кариозного поражения относится к 5 классу по классификации Г. Блэка если имеет полости:

- а) охватывающие оральную, жевательную и 2/3 вестибулярных поверхностей моляров и премоляров, а также оральную сторону передних зубов;
- б) на проксимальных поверхностях моляров и премоляров;
- в) на проксимальных поверхностях передних зубов;
- г) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов;
- д) в пришеечной зоне вестибулярной поверхности всех зубов;

028. Укажите патологию твердых тканей зуба, возникающую период их развития: 1) эрозия зубов; 2) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз; 3) кислотный некроз; 4) клиновидный дефект; 5) наследственные нарушения развития зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 5;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

029. После прорезывания зубов возникают?

- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект;
- б) флюороз зубов;
- в) гипоплазия эмали;
- г) гиперплазия эмали;
- д) наследственные нарушения развития зубов.

030. Назовите формы клинического проявления гипоплазии эмали.

- а) пятнистая;
- б) штриховая, чашеобразная;
- в) эрозивная;
- г) бороздчатая;
- д) все выше перечисленное.

031. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса стадии пятна и флюороза является:

- а) локализация процесса;
- б) симметричность поражения;
- в) консистенция поверхности пятна;
- г) прогрессирование процесса;
- д) системность поражения.

032. Пятнистую форму системной гипоплазии следует дифференцировать:

- а) с пятнистой формой флюороза и местной гипоплазии, кариесом в стадии пятна;
- б) поверхностным кариесом;
- в) штриховой формой гипоплазии;
- г) штриховой формой флюороза;
- д) меловидно-крапчатой формой флюороза.

033. Эрозивную форму гипоплазии следует дифференцировать: 1) с меловидно-крапчатой и эрозивной формой флюороза; 2) поверхностным и средним кариесом; 3) клиновидным дефектом; 4) глубоким кариесом; 5) патологической стираемостью зубов. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 2;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

034. Для клиновидного дефекта характерно:

- а) появление после прорезывания зубов;

- б) локализация в пришеечной области;
- в) характерная форма клина;
- г) редкое развитие гиперестезии;
- д) все выше перечисленное.

035. Для лечения гиперестезии твердых тканей зубов применяют: 1) 3% раствор дикаина, жидкость Платонова; 2) глубокое фторирование; 3) препараты серебра; 4) десенситайзеры (Seal and Protect, Gluma Desensitizer); 5) фторлак. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

036. Наиболее эффективной у детей при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью его активности является:

- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом;
- б) применение лечебной прокладки из фосфат-цемента, содержащего серебро;
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении цинкоксида-эвгеноловой пасты сроком на 6-8 недель;
- д) не названа.

037. Форма кариеса наиболее часто встречается во временных зубах:

- а) глубокий кариес;
- б) кариес в стадии пятна;
- в) средний кариес;
- г) поверхностный кариес;
- д) все формы встречаются одинаково часто.

038. Для лечения среднего кариеса временных зубов используется:

- а) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из фосфат-цемента;
- б) препарирование кариозной полости, восстановление анатомической формы зуба пломбой из стеклоиономерного цемента;
- в) щадящее препарирование кариозной полости, отсроченное пломбирование цинкоксида-эвгеноловой пастой на срок 6-8 недель;
- г) препарирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка, восстановление анатомической формы зуба;
- д) серебрение дна и стенок полости без последующего пломбирования.

039. Укажите клинические признаки, не характерные для быстротекущего кариеса временных зубов:

- а) распространение процесса деминерализации быстрее по поверхности зуба, чем в глубину;
- б) дентин светлый, влажный, легко удаляется экскаватором;
- в) эмаль в центре поражения разрушена, по краям дефекта хрупкая, подрытая;
- г) отлом коронки фронтальных зубов, вследствие циркулярного распространения кариозного процесса;
- д) кариозный дентин коричневого цвета, сухой, с трудом удаляется экскаватором.

040. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах:

- а) следует, т.к. остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита;
- б) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы;

в) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок;

г) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений;

д) не следует. Достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы.

041. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор:

а) фиссурный;

б) пламевидные;

в) обратноконусный;

г) шаровидный;

д) ВАТТ-бор.

042. Укажите рациональный способ лечения глубоких кариозных полостей временных моляров у детей младшего возраста:

а) тщательная механическая обработка с обязательным вскрытием полости зуба и наложением девитализирующих средств;

б) щадящее препарирование, проведение отсроченного пломбирования;

в) щадящее препарирование, пломбирование СИЦ;

г) ручное или машинное препарирование полости, наложение кальцийсодержащей прокладки, пломбирование СИЦ;

д) механическая обработка полости, наложение лечебной про-кладки, пломбирование силико-фосфатными цементами.

043. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 7-10 лет, при первой степени активности кариеса:

а) КПУ+кп до 4;

б) КПУ+кп до 5; .

в) КПУ+кп до 6;

г) КПУ+кп 6-8;

д) КПУ+кп 7-9.

044. Исход лечения начального кариеса считается успешным:

а) пигментация пятна;

б) уменьшение размеров пятна;

в) ослабление прокрашиваемости пятна;

г) исчезновение пятна;

д) любой из указанных.

045. Чаще всего кариесом поражаются у детей в возрасте до двух с половиной лет:

а) гладкие поверхности резцов верхней и нижней челюсти;

б) жевательные поверхности моляров;

в) вестибулярные поверхности клыков;

г) контактные поверхности временных моляров

д) любой участок эмали.

046. Тактика при лечении кариеса временного моляра, имеющего глубокую кариозную полость, чувствительную, после проведения щадящей некротомии, при зондировании в области дна, реагирующей на температурные раздражители, у ребенка 4 лет, с индексом кп=8:

а) препарирование полости и ^пломбирование цементом в одно посещение;

б) проведение отсроченного пломбирования цинкоксидэвгеноловой пастой, после уплотнения дна - постоянное пломбирование СИЦ;

в) вскрытие полости зуба и наложение девитализирующего сред-ства;

г) лечение методом витальной ампутации;

д) наложение диагностической повязки с гидроокисью кальция под временную пломбу; при отсутствии болезненных симптомов -постоянное пломбирование.

047. Степень активности кариозного процесса у детей определяется на основании:

- а) количества кариозных полостей;
- б) количества кариозных зубов;
- в) прироста кариозных полостей;
- г) прироста кариозных зубов через год;
- д) на основании совокупности всего перечисленного.

048. Тактика при случайной перфорации дна кариозной полости временного моляра у ребенка 5 лет имеющего низкий уровень интенсивности кариеса:

- а) лечение биологическим методом - наложение кальцийсодержащей прокладки и пломбирование;
- б) лечение методом витальной ампутации;
- в) лечение методом девитальной ампутации;
- г) удаление зуба;
- д) отсроченное пломбирование.

049. В начале механической обработки глубокой кариозной полости постоянного сформированного зуба, чтобы не допустить осложнения - перфорации дна необходимо предпринять:

- а) выбрать большие шаровидные боры для некротомии в области дна;
- б) установить небольшую скорость вращения бора (3000 об/мин);
- в) к обработке дна приступать только после удаления нависающих краев и расширения входного отверстия полости;
- г) не оказывать во время препарирования большого давления на бор;
- д) проводить индикацию размягченного дентина в области дна.

050. Для устранения симптомов травматического верхушечного периодонтита, возникшего как осложнение в результате лечения среднего кариеса постоянного сформированного моляра у ребенка 12 лет достаточно провести:

- а) выполнить эндодонтическое лечение;
- б) заменить пломбу;
- в) устранить избыток пломбы, препятствующий окклюзии;
- г) удалить зуб;
- д) полностью вывести зуб из прикуса.

051. Профилактику кариеса зубов необходимо осуществлять:

- а) в детском возрасте;
- б) у подростков;
- в) у беременных;
- г) у взрослых;
- д) на протяжении всей жизни человека.

052. Наиболее эффективной при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью его активности является методика:

- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом;
- б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро;
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение – кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1,5 мес.;
- д) не названа.

053. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:

- а) антисептики;
- б) фтористое и азотнокислое серебро;
- в) гемостатики;
- г) биологически активные вещества;

д) антибиотики.

054. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как первая степень его активности:

- а) КПУ+кп до 4;
- б) КПУ+кп до 5;
- в) КПУ+кп до 6;
- г) КПУ+кп 6-8;
- д) КПУ+кп 7-9.

055. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как вторая степень его активности?

- а) А)КПУ+кп до 4;
- б) Б) КПУ+кп до 5;
- в) В)КПУ+кп до 6;
- г) Г) КПУ+кп 6-8;
- д) Д) КПУ+кп 7-9;

056. Показатели интенсивности кариеса у детей в возрасте 15-18 лет трактуемые как третья степень его активности?

- а) КПУ+кп более 9;
- б) КПУ+кп до 5;
- в) КПУ+кп до 6;
- г) КПУ+кп 6-8;
- д) Д КПУ+кп 7-9;

057. Какие меры необходимо предпринимать для профилактики повреждения пульпы во время лечения кариеса?

- а) избегать излишнего удаления твердых тканей зуба;
- б) препарировать кариозную полость с применением воздушного или водяного охлаждения;
- в) не проводить чрезмерно интенсивную полировку пломбы;
- г) избегать продолжительного контакта вращающегося бора с зубной тканью;
- д) сочетание всего перечисленного с применением нетоксичных и не раздражающих медикаментов и пломбировочных материалов.

058. После лечения кариеса зубов могут возникать: 1осложнения воспаление и некроз пульпы;2вторичный кариес;3папиллит;4травматический верхушечный периодонтит;5нарушение окклюзии. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

059. Причиной некроза пульпы, возникшего вследствие лечения кариеса, являются:1. травматичная обработка дна глубокой кариозной полости;2. перегрев дентина при работе бором без охлаждения;3. обработка дна кариозной полости токсичными или раздража-ющими пульпу препаратами;4. недостаточная изоляция дна кариозной полости от воздействия токсичных пломбировочных материалов;5. отказ от использование прокладок при композитных пломбах .Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

060. Защитные свойства пульпы обеспечивают

- а) коллагеновые волокна

- б) нервные элементы
- в) одонтобласты
- г) кровеносные сосуды
- д) эластические волокна

061. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется

- а) несовершенством методов диагностики пульпитов
- б) поздним обращением больных
- в) закрытой полостью зуба
- г) гиперэргическим характером воспалений
- д) не назван

062. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита, связаны

- а) с ошибками диагноза
- б) с неправильным выбором лекарственного препарата
- в) с плохой фиксацией пломбы
- г) с нарушением правил антисептики
- д) со всем перечисленным

063. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах

- с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса
- а) биологический метод
- б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод девитальной ампутации
- д) не назван

064. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет

- а) биологический метод
- б) метод девитализации с последующей мумификацией
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
- д) не назван

065. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей?

а) ввести тонкий ручной дрель до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"

б) ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"

в) продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора, провести последовательную коагуляцию пульпы на протяжении всего корневого канала

г) удалить пульпу из корневого канала, а затем активным электродом провести диатермокоагуляцию

д) ни одна из перечисленных методик

066. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы?

- а) биологический метод
- б) метод прижизненной ампутации
- в) метод девитальной ампутации

- г) комбинированные методы
 - д) не назван
067. Какой из методов приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации является наиболее простым и эффективным?
- а) приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
 - б) приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной
 - в) приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
 - г) материалы приготовить заранее в стеклянных баночках
 - д) не назван
068. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является
- а) хорошее качество обезболивания
 - б) качественное проведение этапа ампутации пульпы
 - в) готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
 - г) хорошее знание этапов проведения методов
 - д) все вышеперечисленное
069. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации наиболее важный для достижения цели этого метода?
- а) формирование кариозной полости
 - б) ампутация пульпы
 - в) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
 - г) снятие крышки полости зуба
 - д) все вышеперечисленное
070. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является
- а) отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага
 - б) недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость, а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы
 - в) отсутствие надежных пломбировочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования
 - г) все вышеперечисленные причины
 - д) не названа
071. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является
- а) боль от температурных раздражителей
 - б) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
 - в) наличие вскрытой полости зуба
 - г) наличие закрытой полости зуба
 - д) не названы
072. Наиболее эффективным методом при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня является
- а) метод диатермокоагуляции
 - б) метод прижизненной ампутации коронковой пульпы
 - в) метод глубокой ампутации
 - г) метод девитальной ампутации

д) метод прижизненной экстирпации

Ситуационная задача (014-016)

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ΓIV с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9). Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с ΓIV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно. Перкуссия резко болезненная. Десна в области ΓIV слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

073. Предполагаемый диагноз

- а) острый периодонтит
- б) острый тотальный пульпит
- в) обострение хронического периодонтита
- г) острый частичный серозный пульпит
- д) ни один из перечисленных выше

074. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) реакция на температурные раздражители
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) анализ крови
- д) ни один из перечисленных

075. В первую очередь следует предпринять

- а) вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы
- б) вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы
- в) вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств (антибиотики, кортикостероиды и т.д.)
- г) вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)
- д) удаление зуба

Ситуационная задача (017-019)

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные боли в $6\bar{1}$. Боли чаще возникали после приема пищи, но после тщательного полоскания рта проходили. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса. В $6\bar{1}$ аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке. На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет. Степень формирования корней соответствует возрасту.

076. Предполагаемый диагноз

- а) острый общий серозный пульпит
- б) хронический пролиферативный пульпит
- в) хронический гангренозный пульпит
- г) хронический простой пульпит
- д) обострение хронического пульпита

077. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) ЭОД
- б) рентгенологическое исследование

- в) анализ крови
 - г) кратковременная боль на температурные раздражители
 - д) ни один из вышеперечисленных
078. В первую очередь необходимо назначить
- а) девитализацию пульпы
 - б) биологический метод
 - в) метод прижизненной ампутации
 - г) метод прижизненной экстирпации
 - д) метод девитальной ампутации
079. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения?
- а) завершение формирования корня зуба
 - б) формирование корня зуба за счет одного цемента
 - в) гиперцементноз верхушки корня зуба
 - г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
 - д) стабилизация первоначальной ситуации
080. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет
- а) грубой механической травмы пульпы при лечении
 - б) раздражения пульпы медикаментами
 - в) некроза пульпы
 - г) хронического воспаления корневой пульпы
 - д) распада корневой пульпы
081. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет является
- а) биологический метод
 - б) витальная ампутация коронковой пульпы
 - в) высокая ампутация
 - г) девитальная ампутация
 - д) девитальная экстирпация
082. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в Γ IV является
- а) биологический метод
 - б) витальная ампутация
 - в) девитальная ампутация
 - г) девитальная экстирпация
 - д) удаление зуба
083. Что важнее положить в основу классификации заболеваний пародонта для составления диагноза заболевания?
- а) этиологические факторы
 - б) локализация патологического процесса
 - в) характер патологических изменений
 - г) локализация патологического процесса с одновременным отражением его характера, причин и клинические течения
 - д) не знаю
084. В возникновении пародонтита первичны
- а) воспаление
 - б) деструкция
 - в) пролиферация
 - г) ни один из перечисленных
 - д) любой из перечисленных

085. Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются заболеваниями краевого пародонта?
- а) открытый прикус
 - б) тесное положение зубов
 - в) глубокий прикус
 - г) дистопия 3 $\perp$ 3
 - д) любая из названных
086. Пародонтальным карманом является
- а) физиологический десневой карман
 - б) ложный патологический
 - в) истинный патологический зубодесневой карман
 - г) ни один из перечисленных
087. О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей надежно свидетельствует
- а) подвижность зуба
 - б) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм
 - в) рентгенологические симптомы патологии пародонта
 - г) любой из названных
 - д) ни один из названных
088. Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является
- а) осмотр
 - б) проба Шиллера
 - в) рентгенологические исследования
 - г) генеалогический анамнез
 - д) не знаю
089. Массовым и обязательным исследованием при диспансерном исследовании детей пубертатного возраста у стоматолога является
- а) определение толерантности к глюкозе
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) проба Шиллера-Писарева
 - г) любой из названных методов
 - д) ни один из них
090. Какие признаки окклюзиограммы следует считать проявлением патологии?
- а) непрерывная дорожка "контактов"
 - б) штриховые отпечатки во фронтальном участке
 - в) равномерные по интенсивности отпечатки
 - г) любой из названных
 - д) ни один из них
091. Методом окклюзиографии можно установить
- а) симптомы неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса
 - б) симптомы неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе
 - в) тесное положение зубов
 - г) все перечисленное
 - д) ни один из перечисленных
092. Какое исследование из названных наиболее целесообразно включить в первую очередь в план диагностики заболеваний пародонта у детей 5 лет с подвижностью временных моляров?
- а) определение толерантности к глюкозе
 - б) анализ крови клинический
 - в) анализ мочи
 - г) все названные

- д) ни один из названных
093. Физиологическими признаками окклюзиограммы ребенка следует считать
- а) непрерывную "дорожку" контактов
 - б) штриховые отпечатки во фронтальном участке
 - в) равномерные по интенсивности отпечатки
 - г) любой из названных
 - д) ни один из названных
094. Проявления в полости рта имеет
- а) болезнь Леттерера-Зиве
 - б) болезнь Крисчен-Шуллера
 - в) болезнь Таратынова
 - г) Х-гистиоцитоз
 - д) любое из названных
095. При каком из перечисленных ниже заблуждений имеется наряду с челюстными костями поражение плоских костей черепа,
- таза, лопатки, которые выявляются рентгенологически?
- а) доброкачественная наследственная нейтропения
 - б) диабет
 - в) гиппоиммуноглобулинемия
 - г) синдром Папийона-Лефевра
 - д) Х-гистотиоцитоз
096. Основным рентгенологическим признаком здорового сформированного пародонта является следующее -
- а) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 - б) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты и формы межзубных перегородок
 - в) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 - г) ни один из названных
 - д) любой из названных
097. Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются
- а) деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки
 - б) диффузный остеопороз костной ткани
 - в) остеопороз межзубных перегородок
 - г) все перечисленные варианты
 - д) ни один из перечисленных вариантов
098. Ведущим рентгенологическим симптомом при поражениях пародонта является
- а) деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок
 - б) смещение зубов
 - в) снижение высоты межальвеолярных перегородок
 - г) уплощение вершин межальвеолярных перегородок
 - д) остеопороз
099. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом пародонтита является
- а) трапецивидная форма вершин межальвеолярных перегородок
 - б) диффузный остеопороз межзубных перегородок
 - в) деструкция твердых кортикальных пластинок
 - г) остеопороз альвеолярного отростка
 - д) все вышеперечисленные
100. Наиболее достоверными рентгенологическими симптомами пародонтита является
- а) деструкция кортикальных пластинок
 - б) диффузный остеопороз межзубных перегородок

- в) остеопороз альвеолярного отростка
 - г) расширение периодонтальной щели в маргинальной области
 - д) не знаю
101. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита, является
- а) наличие патологического десневого кармана
 - б) воспаление десневого края
 - в) наличие зубного камня
 - г) рентгенологические симптомы
 - д) не знаю
102. На рентгенограмме челюстей ребенка отсутствует твердая замыкающая пластинка межальвеолярных перегородок
- а) при гингивите
 - б) при пародонтите
 - в) при любой из перечисленных
 - г) при пародонтозе
 - д) при пародонтите, пародонтозе, а также при гингивите, если корни зубов еще не сформированы
103. Обязательным в профилактике заболеваний пародонта у детей является
- а) гигиеническое обучение уходу за полостью рта
 - б) диспансеризация детей с системными заболеваниями организма
 - в) профилактика аномалий прикуса
 - г) выявление и коррекция аномалийного прикрепления мягких тканей к костному скелету лица
 - д) все перечисленное
104. Наименее эффективен для профилактики заболеваний пародонта, связанных со становлением гормонального статуса,
- а) период раннего детского возраста
 - б) антенатальный период
 - в) предпубертатный период
 - г) пубертатный период
 - д) не знаю
105. Наиболее эффективным для профилактики заболеваний пародонта, связанных с аномалиями прикуса, является
- а) антенатальный период
 - б) период от 0 до 1 года
 - в) период от 1 до 10 лет
 - г) период от 10 до 13 лет
 - д) не знаю
- Раздел 9
- Ребенок 2 лет заболел остро. Подъем температуры до 38°C.
 Плохо спал. Отказывался от еды. Мама заметила, что при завязывании платка и дотрагивания до подчелюстной области ребенок плачет.
 Объективно: состояние средней тяжести, ребенок плаксив, вял.
 На коже лица в приротовой области определяется группа пузырьков.
 В подчелюстной области с обеих сторон пальпируются значительно увеличенные, плотные, болезненные лимфатические узлы (с чем и направлен ребенок в хирургический кабинет).
 Кожа над лимфатическими узлами несколько гиперемирована, собирается в складку. Флюктуация не определяется.
106. Предполагаемый диагноз
- а) острый серозный одонтогенный лимфаденит
 - б) острый серозный стоматогенный лимфаденит
 - в) абсцедирующий лимфаденит

- г) аденофлегмона подчелюстной области
- 107. Скорее всего подтвердит предполагаемый диагноз
 - а) определение индекса КПУ
 - б) исследование состояния слизистой оболочки полости рта
 - в) пунктирование лимфатического узла
 - г) клинический анализ крови
 - д) рентгенография
- 108. Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае
 - а) УВЧ-терапия
 - б) мазовые повязки
 - в) санация полости рта
 - г) лечение основного заболевания + мазовые повязки
 - д) санация полости рта + мазовые повязки

Ситуационная задача (004-006)

У ребенка полутора лет, перенесшего две недели тому назад ОРЗ, второй день повышена температура тела до 39°C, рвота. Ребенок отказывается от пищи, капризничает.

Педиатром был поставлен диагноз ОРЗ.

В момент настоящего обследования: лимфаденит подчелюстных лимфоузлов, обильное слюнотечение, на резко гиперемизированной слизистой оболочке обеих губ, кончика языка и щек - мелкие множественные эрозии с четкими очертаниями, покрытые фиброзным налетом. Десна отечна, кровоточит.

- 109. Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита
 - а) клиническая картина острого инфекционного заболевания
 - б) лимфаденит
 - в) гингивит
 - г) высыпания в полости рта
 - д) все перечисленные выше симптомы
- 110. Ведущую роль в патогенезе данного заболевания сыграл
 - а) контакт с больным ребенком
 - б) снижение уровня иммунитета
 - в) переохлаждение
 - г) недавно перенесенное ОРЗ
 - д) все перечисленное выше
- 111. Основным средством лечения данному ребенку можно назначить
 - а) противовирусное
 - б) жаропонижающее
 - в) обезболивающее
 - г) антисептическое
 - д) стимулирующее иммунитет
- 112. Острый герпетический стоматит - это
 - а) повреждение слизистой оболочки полости рта
 - б) заболевания слизистой оболочки полости рта
 - в) изменение слизистой оболочки полости рта
 - г) острое респираторное заболевание
 - д) децидивирующее заболевание слизистой оболочки полости рта
- 113. Ребенок, больной ОГС, не является распространителем вируса
 - а) после полной эпителизации всех высыпаний
 - б) через 5 дней после последних высыпаний
 - в) в период остаточного гингивита

- г) после угасания лимфаденита
 - д) в любой из перечисленных периодов
114. В меньшей степени подвержены риску заражения ОГС
- а) дети старше 3 лет
 - б) брюнеты
 - в) дети, естественно вскармливающиеся до 1 года жизни
 - г) все названные
 - д) ни один из названных
115. Причиной острого герпетического стоматита является
- а) вирус герпеса
 - б) вирусно-микробные ассоциации полости рта
 - в) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма
 - г) вирусная Мих.инфекция
 - д) не названа
116. При остром герпетическом стоматите встречается
- а) корочка
 - б) волдырь
 - в) пузырек
 - г) гнойничок
 - д) узелок
117. Появлению ОГС способствуют
- а) переохлаждение
 - б) прием иммунодепрессантов
 - в) эмоциональные и гормональные сдвиги
 - г) любое перенесенное заболевание
 - д) каждый из перечисленных
118. Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий в отношении стоматита могут быть использованы такие признаки ОГС, как
- а) герпетические высыпания на коже лица, рук
 - б) подъем температуры, ухудшение общего самочувствия, отказ от еды, слюнотечение
 - в) катаральный гингивит и лимфаденит
 - г) катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже
 - д) не знаю
119. В основе определения периода развития острого герпетического стоматита лежат
- а) состояние лимфоузлов
 - б) характер элементов поражения слизистой оболочки рта на фоне сопутствующих симптомов болезни
 - в) состояние десен
 - г) наличие симптомов общей интоксикации организма
 - д) не знаю
120. Для клиники ОГС характерно
- а) повышенная температура тела
 - б) лимфаденит
 - в) наличие эрозии в полости рта
 - г) наличие гингивита
 - д) все перечисленные
121. Для легкой формы ОГС характерны
- а) лимфаденит
 - б) повышенная температура тела
 - в) гингивит

- г) эрозии на слизистой оболочке полости рта
 д) все перечисленные симптомы
122. Для тяжелой формы ОГС характерны
 а) лимфаденит
 б) повышенная температура тела
 в) гингивит
 г) эрозия на слизистой оболочке полости рта
 д) все перечисленные симптомы
123. Для среднетяжелой формы ОГС характерны
 а) лимфаденит
 б) повышенная температура тела
 в) гингивит
 г) эрозия на слизистой оболочке полости рта
 д) все перечисленные симптомы
124. Ведущим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является
 а) гингивит
 б) повышение температуры тела до 39-40°C
 в) лимфаденит подчелюстных узлов
 г) высыпания в полости рта
 д) любой из названных
125. Первыми клиническими признаками острого герпетического стоматита (ОГС) средней тяжести у детей являются
 а) повышение температуры тела
 б) нарушение поведения малыша: вялость, сонливость или повышенная возбудимость, плач, беспокойный сон и др.
 в) диспептические явления: отказ от еды, рвота, жидкий стул
 г) лимфаденит поднижнечелюстных, подподбородочных, шейных узлов, гингивит
 д) пузырьковые высыпания на коже, единичные и множественные афты на слизистой рта
126. Длительность периода высыпаний при ОГС средней тяжести
 а) менее одних суток
 б) не более 29 часов
 в) один-два дня
 г) два-три дня
 д) не менее недели
127. Роль эндогенной микробной флоры полости рта при ОГС следующая
 а) не влияет на течение заболевания
 б) препятствует размножению вируса герпеса
 в) влияет на течение заболевания незначительно
 г) способствует переходу от острого катарального гингивита в хронический и подострый
 д) является причиной длительного течения заболевания и пиогенных осложнений
128. Суть противовирусной терапии при ОГС в периоде высыпаний
 а) способствовать быстрой эпителизации элементов поражения
 б) способствовать снижению температурной реакции организма
 в) стимулировать неспецифическую реактивность организма ребенка
 г) предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения
 д) способствовать дезинтоксикации организма
129. Одонтотропным действием обладают препараты:
 а) сульфаниламидные;
 б) препараты гидроксида кальция;

- в) антибиотики и антисептики;
 - г) кортикостероидные;
 - д) эвгенол
130. При глубоком кариесе наиболее рациональны прокладочные материалы:
- а) противовоспалительного действия;
 - б) антимикробного действия;
 - в) на основе глюкокортекоидов;
 - г) одонтотропные;
 - д) индифферентные
131. С целью отсроченного пломбирования, при лечении глубокого кариеса, следует применять:
- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксил;
 - б) фосфат цемент;
 - в) метод серебрения;
 - г) цинк-эвгевольную пасту, пасту с гидроокисью кальция;
 - д) пасту с антибиотиками.
132. Для герметизации фиссур зубов лучше использовать материалы:
- а) силанты;
 - б) стеклоиономерные цементы;
 - в) фосфат-цементы;
 - г) компомеры;
 - д) любые пломбировочные материалы.
133. Недостаток композиционных материалов является самым существенным:
- а) частые сколы;
 - б) изменение цвета;
 - в) неудобство при внесении в полость;
 - г) нарушение краевого прилегания;
 - д) полимеризационная усадка.
134. Свойства СИЦ препятствующие их использованию при пломбировании полостей 2 класса:
- а) низкая токсичность;
 - б) способность выделять ионы фтора в окружающие ткани;
 - в) хрупкость;
 - г) низкая полимеризационная усадка;
 - д) химическая адгезия к твердым тканям зуба.
135. При пломбировании композиционными материалами скос эмали формируют с целью:
- а) увеличения площади сцепления;
 - б) химической связи композиционного материала с эмалью;
 - в) равномерного распределения нагрузки на ткани зуба;
 - г) улучшения полирования композита;
 - д) улучшения отдаленных результатов пломбирования.
136. Абсолютная изоляция зуба от слюны достигается при использовании
- а) ватных валиков;
 - б) валиков и слюноотсоса; б) валиков и слюноотсоса;
 - в) мини-дама, валиков, слюноотсоса;
 - г) коффердама (рабердама);
 - д) матриц и клиньев.
137. При применении одно- и двухкомпонентных адгезивных систем необходимо:
- а) протравливать эмаль и дентин 15 сек.;
 - б) протравливать эмаль 30-60 сек;
 - в) протравливать эмаль и дентин 30-60 сек.;
 - г) протравливать эмаль 30 сек., а дентин — 15 сек.;

- д) не имеет значения.
138. Назовите сроки обработки амальгамы после ее наложения:
- а) 1-7 дней;
 - б) 14 дней;
 - в) 12 часов;
 - г) 30 дней;
 - д) 6 месяцев.
139. Эффект мимикрии в композите зависит:
- а) от бондинг-системы;
 - б) от состава и времени протравки;
 - в) от правильного формирования и пломбирования полости;
 - г) от формы, размера и вида наполнителя;
 - д) от времени отверждения.
140. Положительными свойствами СИЦ являются:
- а) высокая биологическая совместимость;
 - б) химическая адгезия к твердым тканям зуба;
 - в) минимальная усадка;
 - г) кариесстатический эффект;
 - д) все выше перечисленное.
141. Положительными свойствами серебряной амальгамы являются:
- а) высокая прочность и твердость, пластичность;
 - б) отсутствие адгезии к твердым тканям зуба;
 - в) изменение объема при твердении;
 - г) высокая теплопроводность;
 - д) отсутствие раздражающего действия на пульпу.
142. К компомерам относится:
- а) Evicrol;
 - б) Herculite XRV;
 - в) Revolution;
 - г) Dyract AP
 - д) Vitremer.
143. Положительными свойствами микрофилов являются:
- а) хорошая полируемость и стойкость глянцевой поверхности;
 - б) высокая цветостабильность;
 - в) эластичность;
 - г) низкий абразивный износ;
 - д) все выше перечисленное.
144. Отрицательными свойствами микрогибридных композитов являются:
- а) не идеальное качество поверхности (хуже, чем у микрофилов);
 - б) сложность клинического применения;
 - в) недостаточная прочность и пространственная стабильность при пломбировании обширных дефектов 2 и 4 классов;
 - г) трудоемкость моделирования пломбы и заполнения материалом ретенционных углублений и придесневой стенки;
 - д) все выше перечисленное.
145. Наиболее ценным качеством текучих композитов является:
- а) высокая прочность;
 - б) отличные эстетические характеристики;
 - в) высокая эластичность, тиксотропность;
 - г) низкая полимеризационная усадка;
 - д) высокая пространственная стабильность.

146. К текучим композитам относятся:1.FiltekFlow;2.Sure Fill;3.Flow Line;4.Tetric Ceram;5.Durafil.Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5
147. Выберите материал, относящийся к группе СИЦ двойного отверждения.
- а) Silux Plus;
 - б) Vitremer;
 - в) Time Line;
 - г) Revolution;
 - д) Dyract Flou.
- 148.При реставрации дефектов 5 класса предпочтительно использование:
- а) амальгамы;
 - б) традиционных микрогибридов;
 - в) стеклоиономерных цемента;
 - г) текучих композитов и компомеров, микрофилов;
 - д) макрофилов.
149. При пломбировании глубокой кариозной полости 1 класса базовая прокладка ставится:
- а) из фосфат-цемента;
 - б) поликарбоксилатного цемента;
 - в) гибридного СИЦ двойного отверждения;
 - г) силико-фосфатного цемента;
 - д) гибридного СИЦ тройного отверждения.
150. При пломбировании полостей 3-4 классов линейная прокладка ставится:
- а) из фосфаттцемента;
 - б) компомера;
 - в) традиционного СИЦ;
 - г) гибридного СИЦ двойного отверждения;
 - д) не имеет значения

Детская терапевтическая стоматология									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	№
1	б	31	д	61	а	91	г	121	д
2	б	32	а	62	д	92	а	122	д
3	б	33	б	63	в	93	г	123	д
4	а	34	д	64	б	94	д	124	б
5	а	35	в	65	а	95	д	125	б
6	д	36	г	66	б	96	в	126	г
7	а	37	в	67	а	97	г	127	д
8	а	38	б	68	а	98	а	128	г
9	а	39	д	69	д	99	в	129	б
10	б	40	в	70	г	100	а	130	г
11	б	41	г	71	а	101	г	131	а
12	б	42	б	72	в	102	д	132	а
13	б	43	б	73	б	103	д	133	д
14	в	44	д	74	а	104	в	134	в
15	в	45	д	75	г	105	в	135	а
16	б	46	д	76	г	106	б	136	г
17	в	47	д	77	г	107	б	137	г

18	г	48	в	78	в	108	г	138	а
19	в	49	в	79	а	109	д	139	г
20	в	50	в	80	г	110	б	140	д
21	б	51	д	81	г	111	а	141	а
22	в	52	г	82	д	112	б	142	г
23	а	53	б	83	г	113	б	143	д
24	б	54	в	84	а	114	г	144	д
25	в	55	д	85	д	115	а	145	в
26	г	56	а	86	в	116	в	146	б
27	д	57	д	87	в	117	д	147	в
28	в	58	д	88	б	118	в	148	г
29	а	59	д	89	в	119	б	149	д
30	д	60	в	90	д	120	д	150	г

Детская хирургическая стоматология

001. Более информативным симптомом острого одонтогенного остеомиелита среди перечисленных является

- а) температура тела субфебрильная
- б) пальпируются болезненные увеличенные регионарные лимфоузлы
- в) периостальные изменения с вестибулярной стороны
- г) периостальные изменения с оральной стороны
- д) периостальные изменения с вестибулярной и оральной сторон

002. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим признаком хронического гиперпластического остеомиелита

и опухоли челюстных костей служит

- а) наличие в анамнезе одонтогенного воспаления в исследуемой области
- б) результат пробной противовоспалительной терапии
- в) рентгенологическая характеристика
- г) данные морфологического исследования ткани
- д) не назван

003. Первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей при остеомиелите выявляются

- а) на 4-5 сутки
- б) на 6-8 сутки
- в) на 10-12 сутки
- г) через 3 недели
- д) через 4 недели

004. Обязательным видом лечения при хроническом остеомиелите челюстных костей является

- а) антибиотикотерапия
- б) общеукрепляющая и стимулирующая терапия
- в) специфическая терапия
- г) хирургическое лечение
- д) не назван

005. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается

- а) тело нижней челюсти
- б) мышелковый отросток нижней челюсти
- в) альвеолярный отросток нижней челюсти
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти

- д) нет закономерности
006. Тактикой при оказании экстренной помощи при остром одонтогенном остеомиелите, осложнившимся флегмоной ("причинный" зуб значительно разрушен), будет
- вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба не показано
 - вскрытие флегмоны с одновременным удалением причинного зуба
 - вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба после стихания острого воспаления
 - произвести только удаление зуба
 - порядок действия не имеет значения
007. Тяжесть течения воспалительных процессов в детском возрасте определяет
- большая распространенность кариеса
 - морфологическое и функциональное несовершенство органов и тканей у ребенка
 - трудность диагностики воспалительных процессов у детей
 - локализация процессов у детей
 - не назван
008. Какой исход остеомиелита челюстных костей является особенностью детского возраста?
- адентия
 - образование дефекта кости
 - задержка роста челюсти
 - патологический перелом челюсти
 - не назван
009. Длительность реабилитационного периода для больных гематогенным остеомиелитом
- до момента клинического выздоровления
 - стойкая ремиссия в течение года
 - до периода формирования молочного прикуса
 - до окончания роста челюстных костей
 - не назван
010. Тяжесть течения гематогенного остеомиелита определяет
- септический фон заболевания
 - возраст ребенка
 - преимущественно поражение верхней челюсти
 - деструктивный характер процесса
 - деструктивные, деструктивно-продуктивная и гиперпластическая формы хронического остеомиелита
011. Исходами хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте, являются
- выздоровление
 - микрогения
 - дефект челюсти
 - адентия
 - возможно любое из перечисленных
012. В какой части гемограммы имеются более выраженные изменения при хроническом остеомиелите челюстных костей?
- в красной крови
 - в белой крови
 - в системе свертывания крови
 - меняется скорость оседания эритроцитов
 - изменение крови не возникает

013. Завершением лечения ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба можно считать
- а) сразу после пломбирования
 - б) после рентгенологического контроля за качеством пломбирования корневых каналов
 - в) через 7 дней после пломбирования зуба
 - г) через месяц после пломбирования зуба
 - д) через 3-6 месяцев после пломбирования зуба
014. Определяющим для выбора хирургического метода лечения периодонтита временного зуба является
- а) возраст до 7 лет
 - б) хроническое течение заболевания
 - в) степень активности кариеса
 - г) групповая принадлежность зуба
 - д) не назван
015. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является
- а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов
 - б) наличие периодонтита
 - в) наличие свища
 - г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба
 - д) любой из перечисленных
016. Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом
- а) хронического периодонтита
 - б) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)
 - в) хронического остеомиелита
 - г) одонтогенной кисты
 - д) любого из перечисленных
017. В возрасте до 7 лет причиной одонтогенной инфекции чаще является
- а) постоянный моляр
 - б) временные резцы
 - в) временные клыки
 - г) первый временный моляр
 - д) второй временный моляр
018. Средняя продолжительность больничного листа по уходу за ребенком в связи с острым гнойным одонтогенным периоститом
- а) 1 сутки
 - б) до 7 суток
 - в) до 14 суток
 - г) более 14 суток
 - д) не требуется
019. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является
- а) временный моляр
 - б) постоянный моляр
 - в) постоянный резец
 - г) любой
 - д) никакой
020. Причинами аденофлегмон в челюстно-лицевой области являются
- а) заболевания ЛОР-органов
 - б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями
 - в) травма челюстно-лицевой области

- г) острый герпетический стоматит
 - д) любая из перечисленных
021. При воспалении в челюстно-лицевой области целесообразнее применять следующий препарат из группы нитрофуранов
- а) фурагин
 - б) фуразолидон
 - в) фуросолин
 - г) фурациллин
 - д) не применяются
022. Терапевтическая концентрация пенициллина в крови сохраняется
- а) 4 часа
 - б) 18 часов
 - в) 8 часов
 - г) 12 часов
 - д) 24 часа
023. Уменьшению отека тканей способствует
- а) витамин B12
 - б) витамин B1
 - в) рутин
 - г) пиридоксоль фосфат
 - д) ретинол-ацетат (витамин А)
024. У ребенка после уранопластики сохраняется ринолалия. Часто болеет отитом. В настоящее время ребенок должен лечиться
- а) у хирурга-стоматолога
 - б) у логопеда
 - в) у отоларинголога
 - г) у логопеда и отоларинголога
 - д) в лечении не нуждается
025. Какую распространенность врожденных расщелин губы и неба Вы считаете более достоверными в экологически благополучном регионе?
- а) 1 : 1000
 - б) 1 : 2000
 - в) 1 : 3000
 - г) 1 : 5000
 - д) 1 : 10000
026. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) после 15 лет
027. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) в любом возрасте
028. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирование локального пародонтита в возрасте
- а) до 3 лет

- б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) после 9 лет
 - д) в любом возрасте
029. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте
- а) до 1 года
 - б) 1-3 лет
 - в) 3-6 лет
 - г) 6-8 лет
 - д) старше 8 лет
030. С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы
- а) диастема при отсутствии зачатков 2 $\perp$ 2
 - б) нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии
 - в) плотное прилегание зачатков 2 $\perp$ 2 к корням 1 $\perp$ 1 при диастеме менее 2.5 мм
 - г) множественные тремы
 - д) диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов или зачатков фронтальной группы
031. Менее всего влияет на наличие диастемы в постоянном прикусе
- а) генетический вариант строения
 - б) наличие сверхкомплектных зубов
 - в) аномалия прикрепления уздечки верхней губы
 - г) вариант строения срединного небного шва
 - д) раннее удаление временных резцов
032. Абсолютным показанием к пластике уздечки верхней губы является
- а) нарушение смыкания губ при свободном носовом дыхании
 - б) диастема
 - в) факт наличия аномалии уздечки верхней губы
 - г) отсутствие закладки 2 $\perp$ 2
 - д) множественные тремы
033. Аномалия уздечки нижней губы чаще приводит
- а) к дефекту речи
 - б) к локальному пародонтиту
 - в) к уплощению центрального фрагмента нижней челюсти
 - г) к нарушению соотношения челюстей
 - д) к веерообразному расхождению зубов
034. Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) 9-12 лет
 - д) 12-15 лет
035. Какой вариант лечения Вы выберете, выявив у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1 $\perp$ 1?
- а) направлю удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
 - б) буду наблюдать за прибавлением веса ребенка
 - в) буду наблюдать за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
 - г) изготовлю капу из быстротвердеющей пластмассы
 - д) определю тактику в зависимости от характера вскармливания ребенка
036. Симптомом адентии часто сопровождается
- а) эктодермальная дисплазия
 - б) расщелина верхней губы и альвеолярного отростка

- в) расщелина неба
 - г) врожденные кисты шеи
 - д) синдром I-II жаберных дуг
037. Какую патологию в первую очередь искать в челюстно-лицевой области, выявив у ребенка нарушения формы наружного уха?
- а) одностороннее недоразвитие челюстных костей
 - б) частичную адентию
 - в) наличие кист шеи
 - г) расщелину неба
 - д) порок строения носа
038. При каком из перечисленных пороков может потребоваться новорожденному неотложная помощь?
- а) аномалия уздечки верхней губы
 - б) аномалия уздечки языка
 - в) расщелина верхней губы
 - г) свищ на губе
 - д) расщелина неба
039. Врожденный предушный свищ осложняет
- а) кровоточивость
 - б) воспаление
 - в) озлокачествление
 - г) нарушение слуха
 - д) не вызывает осложнений
040. К врожденным нельзя отнести
- а) папиллому слизистой нижней губы
 - б) недоразвитие нижней челюсти
 - в) частичную адентию
 - г) короткую уздечку языка
 - д) ретенционную кисту малой слюнной железы
041. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться
- а) у хирурга-стоматолога
 - б) у хирурга-стоматолога и ортодонта
 - в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда
 - г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского
 - д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля
042. Прямым показанием к удалению сверхкомплектного зуба служит
- а) определение его наличия методом рентгенографии
 - б) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба групповой принадлежности (резцам)
 - в) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
 - г) задержка прорезывания или дистония комплектного зуба
 - д) не указан
043. В каком случае при пластике уздечки верхней губы показана комблестостеотомия?
- а) всегда показана
 - б) при диастеме, превышающей 2 мм и дивергенции корней
 - в) при выраженных фиброзных тяжах
 - г) при любой диастеме
 - д) не знаю
044. Укажите метод лечения боковых, средних кист и свищей шеи
- а) лучевая терапия
 - б) оперативное хирургическое вмешательство

- в) комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство с последующей лучевой и химиотерапией
 - г) диатермокоагуляция
 - д) криовоздействие
045. Чем объяснить, что дети с врожденными расщелинами губы и неба чаще всего болеют простудными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и легких?
- а) наличием расщелины
 - б) деформацией челюстных костей
 - в) функциональными нарушениями вскармливания
 - г) нарушениями функции дыхания
 - д) не болеют простудными заболеваниями чаще других
046. Показанием к коррекции аномалии уздечки языка вероятнее всего может быть у ребенка 9-10 лет
- а) нарушение речи
 - б) нарушение акта приема пищи
 - в) тесное положение зубов во фронтальном отделе
 - г) локальный гингивит
 - д) невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратами
047. У детей чаще всего подвергаются травме
- а) клыки
 - б) жевательные зубы
 - в) группа резцов
 - г) группа премоляров
 - д) все вышеперечисленные
048. При ушибе зубов на рентгенограмме отмечаются
- а) сужение периодонтальной щели
 - б) в пределах возрастной нормы
 - в) расширение периодонтальной щели
 - г) деформация периодонтальной щели
 - д) все перечисленное
049. Особая опасность ранений языка, мягкого неба, дна полости у детей состоит
- а) в нарушении речи
 - б) в нарушении приема пищи
 - в) в развитии отеков в ближайшие часы после травмы, приводящих к асфиксии
 - г) в нарушении речи и приема пищи
 - д) не опасны
050. Врачебной тактикой при полном вывихе молочного зуба является
- а) зуб обязательно должен быть реплантирован
 - б) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется
 - в) временные зубы реплантации не подлежат
 - г) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет
 - д) временный зуб необходимо реплантировать, чтобы не нарушить формирование прикуса.
- Если корень зуба резорбирован более чем на 1/3, зуб реплантации не подлежит
051. Лечение неполного вывиха временных резцов в 5 лет заключается
- а) в репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии
 - б) в удалении зубов
 - в) в фиксации зубов
 - г) не назван
 - д) в наблюдении
052. Какой вид повреждения челюстных костей наиболее характерен для детей до 5 лет?

- а) ушиб челюсти
 - б) поднакостный перелом
 - в) полный перелом
 - г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - д) не назван
053. Какое лечение полного вывиха постоянного резца со сформированным корнем лучше провести?
- а) реплантация зуба с предварительным его пломбированием
 - б) возмещение дефекта съемным протезом
 - в) реплантация зуба без пломбирования
 - г) имплантация
 - д) не назван
054. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения
- а) сразу после обнаружения
 - б) через 8-10 мес после заживления раны
 - в) через 5 лет после травмы
 - г) после окончания формирования и роста тканей
 - д) не назван
055. Первичным лечебным мероприятием при кровотечениях является
- а) оценить кровопотерю
 - б) усилить коагулирующие свойства крови
 - в) восполнить кровопотерю
 - г) остановить кровотечение
 - д) не назван
056. Почему перелом альвеолярного отростка чаще встречается в возрасте до 7 лет?
- а) за счет находящихся в нем зачатков зубов
 - б) из-за полноты "силовых" линий в данном участке
 - в) по причине типовой направленности удара
 - г) из-за распространенности аномалий прикуса
 - д) не назван
057. Укажите основной клинический симптом ушиба зуба в первые сутки после травмы:
- а) изменение окраски зуба
 - б) патологическая подвижность зуба
 - в) изменение данных электроодонтодиагностики
 - г) боли, усиливающиеся при накусывании
 - д) ни один из вышеперечисленных
058. Наиболее рациональным методом фиксации зубов альвеолярного отростка в молочном и сменном прикусе является
- а) лигатурные повязки
 - б) подбородочная праща
 - в) проволочные шины
 - г) шины из быстротвердеющей пластмассы
 - д) шина из композиционного материала
059. Принципом лечения неполного вывиха временного зуба со сформированными корнями является
- а) наблюдение, лечение зуба по показаниям
 - б) трепанация и лечение зубов
 - в) репозиция, по показаниям фиксация, противовоспалительная терапия, наблюдение
 - г) фиксация зуба
 - д) не назван

060. Наиболее полно отражает понятие "открытый перелом"
- а) проходящий через зубной ряд, придаточные пазухи или с повреждением мягких тканей
 - б) с обязательным повреждением мягких тканей
 - в) перелом со смещением
 - г) с повреждением слизистой оболочки полости рта
 - д) любой из переломов в челюстно-лицевой области
061. Длительность реабилитационного периода для больного с переломом челюсти в области мышечного отростка
- а) до окончания консолидации отломков
 - б) до окончания роста и формирования челюстных костей
 - в) в течение года после травмы
 - г) до формирования постоянного прикуса
 - д) не назван
062. Дисфункциональные поражения височно-нижнечелюстного сустава характерны для возраста
- а) до 3-х лет
 - б) 3-6 лет
 - в) 6-9 лет
 - г) 9-11 лет
 - д) старше 11 лет
063. Наиболее характерен для ребенка раннего возраста
- а) вколоченный вывих временного зуба
 - б) перелом корня зуба
 - в) перелом челюсти
 - г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - д) повреждения в этом возрасте не встречаются
064. Какой вид лечения вколоченного вывиха резца (виден только его режущий край) Вы выберите
- для ребенка в возрасте 1 года?
- а) удаление зуба
 - б) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
 - в) репозиция
 - г) наблюдение с последующим депульпированием
 - д) назначение противовоспалительной лекарственной терапии
065. К какому анатомическому образованию прижимаются пальцами для временной остановки кровотечения из наружной челюстной артерии?
- а) поперечный отросток VII шейного позвонка
 - б) нижний край нижней челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 - в) над скуловой дугой спереди от ушной раковины
 - г) на уровне околоушной слюнной железы
 - д) к жевательной мышце
066. Укажите место прижатия пальцами для временной остановки кровотечения из височной артерии
- а) нижний край челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 - б) верхний край чешуи височной кости
 - в) над скуловой дугой впереди от ушной раковины
 - г) поперечный отросток VII шейного позвонка
 - д) наружный край глазницы
067. Ранней называется первичная хирургическая обработка ран
- а) в первые 24 часа после ранения
 - б) через 24-28 часов после ранения

- в) через 48-72 часа после ранения
 - г) любая до заживления раны
 - д) не назван
068. Отсроченной называется хирургическая обработка раны
- а) в первые 24 часа после ранения
 - б) до трех суток после ранения с противовоспалительной терапией
 - в) через 24-28 часов после ранения
 - г) любая до заживления раны
 - д) не назван
069. При внедренном вывихе зуба на рентгенограмме отмечается
- а) сужение периодонтальной щели, либо вовсе ее отсутствие в области верхушки
 - б) в пределах возрастной нормы
 - в) расширение периодонтальной щели
 - г) разрежение костной ткани в области верхушки
 - д) изменения величины периодонтальной щели в боковой области корня зуба
070. К кистам воспалительного происхождения всегда относится
- а) собственно фолликулярная киста
 - б) радикулярная киста
 - в) киста резцового канала
 - г) киста прорезывания
 - д) десневая киста
071. Чаще поражается одонтогенными кистами
- а) верхняя челюсть
 - б) обе челюсти одинаково
 - в) нижняя челюсть
 - г) скуловая кость
 - д) челюстные кости не поражаются
072. Укажите характерные рентгенологические признаки радикулярных кист
- а) деформация периодонтальной щели причинного зуба
 - б) деструкция костной ткани с четко выраженными границами, захватывающими корень причинного зуба
 - в) неограниченная деструкция периодонтальной щели причинного зуба
 - г) остеосклероз альвеолярной кости в области причинного зуба
 - д) периостальная реакция игольчатой формы или в виде козырька
073. Опухоли челюстных костей у детей классифицируются
- а) по локализации
 - б) по характеру течения
 - в) по клинικο-морфологическим признакам
 - г) по частоте обнаружения
 - д) не назван
074. Наиболее характерным признаком, отличающим опухолевый процесс у детей и взрослых, является
- а) частота обнаружения
 - б) дизонтогенетическая природа
 - в) быстрота роста
 - г) преимущественное поражение определенных тканей
 - д) не назван
075. Самыми распространенными из опухолей мягких тканей у детей являются
- а) сосудистые опухоли
 - б) эпителиальные опухоли
 - в) пигментные опухоли
 - г) фибропластические опухоли

- д) не названы
076. Наиболее часто встречающимся у детей видом доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области является
- а) фиброма
 - б) папиллома
 - в) гемангиома
 - г) липома
 - д) миобластомиома
077. Для злокачественных новообразований у детей характерны
- а) четкость границ между опухолью и окружающими тканями
 - б) медленный рост
 - в) инфильтратный рост
 - г) высокая степень дифференциации клеток
 - д) все перечисленные
078. Для установления диагноза злокачественного новообразования надо использовать
- а) данные рентгенологического обследования
 - б) результаты патоморфологического исследования
 - в) ни один из перечисленных
 - г) клиническую картину заболевания и анамнез
 - д) только все в комплексе
079. К "органоспецифическим опухолям" челюсти относится
- а) адамантинома
 - б) фиброзная дисплазия челюстей
 - в) эозинофильная гранулема
 - г) саркома челюсти
 - д) не указана
080. К истинным доброкачественным опухолям относится
- а) остеобластокластома
 - б) деформирующий остоз
 - в) зубосодержащая киста
 - г) травматическая костная киста
 - д) оссифицирующий периостит
081. Механизм вздутия костной ткани при внутрикостной кисте объясняется
- а) за счет скопления гноя в кистозной полости
 - б) за счет деструктивных изменений вокруг кисты
 - в) за счет наполнения полости кисты трансудатом
 - г) за счет продуктивных изменений в кости
 - д) за счет дистопии зубов
082. Укажите характер роста доброкачественной опухоли у детей
- а) медленный рост
 - б) быстрый рост по сравнению со взрослым человеком
 - в) быстрый рост после 14 лет
 - г) быстрый рост только до 1 года
 - д) нет особенности роста
083. Изменить цвет кожи в подчелюстной области может
- а) лимфангиома
 - б) гемангиома
 - в) аплазия слюнной железы
 - г) боковая киста шеи
 - д) ничего из перечисленного
084. По клиническим признакам похожа на остеомиелит челюстей
- а) саркома Юнга

- б) фиброзная дисплазия челюстей
 - в) остеобластокластома
 - г) фолликулярная киста
 - д) одонтома
085. Очень часто обнаруживается сразу после рождения ребенка следующая опухоль челюстно-лицевой области
- а) остеобластокластома
 - б) остеома
 - в) гемангиома
 - г) папиллома
 - д) в этом возрасте не обнаруживается
086. Заполнена продуктами сальных и потовых желез
- а) зубосодержащая киста
 - б) дермоидная киста
 - в) срединная киста шеи
 - г) ретенционная киста слюнных желез
 - д) десневая киста
087. Первыми симптомами чаще всего являются боли, которые имеют неясную локализацию и создается впечатление,
- что болят зубы
- а) при остеомиелите
 - б) при одонтогенном остеомиелите
 - в) при остеогенной саркоме
 - г) при остеобластокластоми
 - д) при гемангиоме
088. Какие опухоли и опухолеподобные образования имеют симптом "пергаментного хруста"?
- а) одонтогенные воспалительные кисты челюстей
 - б) кистозная форма остеобластокластомы
 - в) амелобластома
 - г) все перечисленное
 - д) гемангиома
089. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является
- а) пломбирование за верхушку "причинных" зубов
 - б) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
 - в) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
 - г) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты
 - д) любой из перечисленных
090. Какие молочные зубы наиболее часто являются причиной развития корневых воспалительных кист у детей?
- а) I-II
 - б) III-IV
 - в) V-IV, IV-V
 - г) V-IV, IV-V
 - д) II-III
091. Показанием к вскрытию гематомы прорезывания (кисты прорезывания) являются
- а) интенсивность окраски
 - б) величина гематомы
 - в) локализация в области определенного зуба
 - г) воспаление гематомы
 - д) всегда требуется вскрытие

092. Укажите отличительный признак, позволяющий поставить диагноз "зубосодержащая киста" тела нижней челюсти соответственно в V IV₇
- а) IV V₇ разрушение или лечение по поводу периодонтита
 - б) взбухание вестибулярной стороны нижней челюсти
 - в) наличие деформации и "крипитация" костной ткани
 - г) гноетечение из свищевого хода соответственно V₇ по переходной складке
 - д) данные рентгенограммы нижней челюсти в боковой проекции
093. Обязательным видом дополнительного исследования для постановки диагноза кисты челюсти является
- а) электроодонтодиагностика
 - б) клинический анализ крови
 - в) исследование кистозной жидкости
 - г) рентгенография
 - д) анализ мочи
094. Для лечения пиодермии применяются мази:
- а) 2% неомициновая
 - б) 0,25 % оксолиновая
 - в) клотримазол (канестен)
 - г) бутадиеновая
 - д) гепариновая
095. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2-3 дня заболевания:
- а) ферменты
 - б) антисептики
 - в) антибиотики
 - г) противовирусные препараты
 - д) кератопластики
096. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:
- а) тетрациклин
 - б) ацикловир
 - в) сульфадиметоксин
 - г) нистатин
 - д) бисептол
097. Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:
- а) противовирусные препараты
 - б) антисептики
 - в) протеолитические ферменты
 - г) обезболивающие средства
 - д) антибиотики
098. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:
- а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 5-6 дней
 - г) 7-9 дней
 - д) 10-12 дней
099. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:
- а) кератопластические
 - б) антисептические
 - в) противовирусные и обезболивающие
 - г) антибиотики
 - д) противогрибковые
100. Нистатин для лечения молочницы назначают в суточной дозе из расчета на 1 кг массы тела:
- а) 50 000 ЕД
 - б) 100 000 ЕД
 - в) 150 000 ЕД

г) 200 000 ЕД

д) 250000 ЕД

101. Основными общими нарушениями организма

при ангидротической эктодермальной дисплазии являются

- а) нарушение осанки
- б) плоскостопие
- в) кривошея
- г) нарушение терморегуляции
- д) все перечисленные нарушения

102. К III диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными аномалиями прикуса
- б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
- г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
- д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

103. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- а) нормализация функции глотания
- б) нормализация функции дыхания
- в) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
- г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума
- д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

104. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

- а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов
- б) при нормализации функции
- в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- г) при сформированном правильном постоянном прикусе
- д) при улучшении эстетики лица

105. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются

- а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
- б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
- в) профилактика зубочелюстных аномалий
- г) аппаратное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- д) все перечисленные задачи

105. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить

- а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
- б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- в) гигиенические навыки
- г) устранение вредных привычек
- д) все перечисленное

106. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить

- а) борьбу с вредными привычками
- б) правильную осанку
- в) тренировку носового дыхания
- г) правильное положение головы во время сна
- д) все перечисленное

107. К IV диспансерной группе следует отнести детей
- с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
 - с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
 - с выраженными аномалиями прикуса
 - без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
 - с аномалиями прикуса в начальной стадии
108. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи
- санитарно-просветительную работу
 - применение ортодонтических аппаратов
 - нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
 - миотерапию
 - массаж в области отдельных зубов
109. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится
- в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
 - в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
 - в детских садах - воспитателями
 - в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
 - в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта
110. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является
- укрупнение ортодонтических отделений
 - организация ортодонтических диагностических центров
 - организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
 - укрупнение зуботехнических лабораторий
 - диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям
111. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение
- в детских соматических поликлиниках
 - в детских стоматологических поликлиниках
 - в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
 - в хирургических отделениях общих больниц
 - в ортодонтических центрах
112. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
- в медико-генетической консультации
 - в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
 - в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
 - в устранении вредных привычек у беременной женщины
 - во всем перечисленном
113. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
- устранение вредных привычек
 - пришлифовывание бугров временных зубов
 - нормализацию функции жевания, глотания
 - миотерапию, массаж
 - все перечисленное
114. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
- создание благоприятных условий для правильного вскармливания

- б) миотерапию
в) стандартные вестибулярные пластинки
г) нормализацию функции дыхания
д) устранение вредных привычек сосания языка
115. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
в) на регулирование роста челюстей
г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения
д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса
116. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
а) нормализация осанки, положения головы
б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта
в) санация носоглотки
г) упражнения для нормализации положения языка
д) дыхательная гимнастика
117. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
а) сужение зубных рядов
б) мезиальное смещение боковых зубов
в) макроденития
г) чрезмерное развитие одной из челюстей
д) недоразвитие одной из челюстей
118. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
а) сужение зубных рядов
б) укорочение зубных рядов
в) смещение отдельных зубов
г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
д) все перечисленные последствия
119. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
а) сосания пальцев
б) прикусывания губ
в) сосания языка
г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
д) неправильного глотания
120. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
б) роста челюстей
в) устранения вредных привычек
г) нормализации функций зубочелюстной системы
д) всего перечисленного

Детская хирургическая стоматология							
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	д	31	д	61	б	91	г
2	г	32	а	62	д	92	д
3	в	33	б	63	а	93	г
4	б	34	в	64	а	94	а
5	б	35	в	65	б	95	г
6	в	36	а	66	в	96	б

7	б	37	а	67	а	97	а
8	в	38	б	68	б	98	д
9	г	39	б	69	а	99	в
10	а	40	а	70	б	100	а
11	д	41	д	71	в	101	г
12	а	42	г	72	б	102	г
13	д	43	б	73	в	103	д
14	д	44	б	74	б	104	д
15	г	45	г	75	а	105	д
16	д	46	в	76	в	106	в
17	г	47	в	77	в	107	б
18	б	48	б	78	д	108	б
19	а	49	в	79	а	109	в
20	д	50	в	80	а	110	в
21	г	51	б	81	в	111	д
22	б	52	а	82	б	112	д
23	в	53	а	83	б	113	а
24	г	54	б	84	а	114	д
25	а	55	г	85	в	115	в
26	а	56	а	86	б	116	в
27	в	57	г	87	в	117	д
28	в	58	г	88	г	118	г
29	г	59	в	89	в	119	д
30	д	60	а	90	в	120	д

Организация детской челюстно – лицевой хирургии.

1. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
- б) анамнез жизни
- в) анамнез заболевания
- г) перенесенные и сопутствующие заболевания
- д) все перечисленные выше

2. Как поступать,

если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников
- г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
- д) верно б) и в)

3. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
- б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
- в) история болезни заполняется после нормализации состояния

4. Следует ли писать в истории болезни:

"при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

- а) обязательно
- б) нет, так как нет симметричных лиц

5. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

- а) локализация изменений
- б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
- в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
- г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные)

- д) верно а), б), г)
6. Последовательность осмотра слизистой полости рта
- а) губ, щек (альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области)
 - б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
 - в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков
7. Пальпация относится
- а) к клиническому методу обследования больного
 - б) к дополнительному методу обследования больного в) к лабораторному методу обследования больного
8. Ложная флюктуация - это
- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
 - б) отсутствие колебаний жидкости в полости
 - в) колебание жидкости во всех направлениях
9. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
- а) да
 - б) нет
10. Как правильно проводить пальпацию?
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
 - б) от "больному" к "здоровому" участку тела
11. Бимануальная пальпация применяется
- а) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области
 - б) в челюстно-лицевой области не применяется
 - в) при патологии тканей дна полости рта
 - г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
 - д) только при локализации процесса в щечной области
 - е) при локализации процесса на шее
12. При перкуссии зубов определяется
- а) болевая реакция
 - б) некроз пульпы
 - в) перелом коронки зуба
 - г) перелом корня зуба
 - д) подвижность зубов
13. Аускультация патологически измененных тканей применяется
- а) при флегмоне челюстно-лицевой области
 - б) при гемангиоме
 - в) при переломе верхней челюсти г) при переломе нижней челюсти
 - д) при лимфангиоме
 - е) при злокачественных опухолях
 - ж) верно б) и д)
14. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области
- а) при наличии свищей
 - б) при наличии резанных и колотых ран в) при переломах челюстей
 - г) при заболеваниях слюнных желез
 - д) при флегмонах челюстно-лицевой области
 - е) верно а), б), г), ж)
 - ж) при патологии слезоотводящих путей
15. Бужирование применяется
- а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти
 - б) при стенозе выводного протока околоушных желез
 - в) при неполном свище слюнных желез
 - г) при стенозе слезоотводящих путей
 - д) при дакриоцистите
 - е) при гайморите
 - ж) при ретенционных кистах нижней губы
 - з) при радикулярной кисте нижней челюсти
 - и) верно б), г), д)
 - к) при гингивите
16. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются
- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
 - б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
 - в) все перечисленное выше
 - г) обследование нижней челюсти

- д) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- е) обследование твердого неба
- ж) обследование гайморовой пазухи
- з) обследование дна полости рта

17. При проведении телерентгенографии

расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет

- а) 3 м
- б) 2 м
- в) 1 м
- г) 2,5 м
- д) 1,5 м
- е) 0,5 м

18. При панорамной рентгенографии можно различить следующие нижеперечисленные детали

капилляры кровеносных сосудов

кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей

межалвеолярные гребни

мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани а) да

б) нет

19. Томография используется при обследовании следующих органов челюстно-лицевой области

а) височно-нижнечелюстной сустав

б) придаточные пазухи носа

в) перечисленное выше

г) слюнные железы

д) нижняя челюсть

е) кости носа

ж) подвисочные и крыло-небные ямки

20. Рентгенокинематография - это

а) рентгенография на расстоянии

б) рентгенография в положении лежа

в) рентгенография движущихся объектов г) рентгенография сидя

д) рентгенологическое обследование, при котором источник вводится в полость рта

21. Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы не могут быть сняты в различных проекциях

а) электрорентгенография

б) ортопантомография

в) рентгенокинематография

г) панорамная рентгенография

д) электрорентгенография

22. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомограмме

а) да

б) нет

23. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенограмм используются

а) селеновые пластины

б) графитные пластины

в) белая бумага

г) сажа

24. Виды контрастных веществ

а) жирорастворимые

б) водорастворимые

в) кислоторастворимые

г) щелочнорастворимые

д) верно а) и б)

25. Реодентография - это

а) исследование пульпы зуба

б) исследование тканей пародонта

26. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

а) да

б) нет

27. С помощью реографии можно подтвердить или отвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва

а) да

б) нет

28. Метод полярографии позволяет определить
- а) напряжение кислорода в тканях
 - б) напряжение углекислоты в тканях
 - в) избыток углекислоты в тканях
 - г) избыток кислорода в тканях
 - д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях
 - е) верно а) и б)
29. С помощью стоматоскопии можно установить злокачественность процесса
- а) да
 - б) нет
30. При стоматоскопии используются
- а) метиленовая синь
 - б) раствор Люголя
 - в) бриллиантовая зелень
 - г) раствор йода
 - д) йодонат
31. Местные анестетики относятся
- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
 - б) к антагонистам ацетилхолина
 - в) к антиаритмическим препаратам
 - г) к аналептикам
 - д) к нейроплегикам
32. Лидокаин относится
- а) к амину
 - б) к эфиру
 - в) к амиду
 - г) к производному изохинолина
 - д) к адамантильному радикалу
33. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- а) азакаин
 - б) совкаин
 - в) новокаионамид
 - г) новокаин
 - д) мезокаин
34. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
 - б) от концентрации препарата
 - в) от разрушения тканевыми ферментами
35. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
 - б) соединения с гликулироновой кислотой печени
 - в) окисления
 - г) выделения почками
36. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие
- а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
 - б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
 - в) вследствие снижения возбудимости миокарда
 - г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
 - д) у ослабленных пациентов
37. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают
- а) дикаин, лидокаин
 - б) совкаин
 - в) моррин
 - г) новокаин

38. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- а) от сочетанного применения местных анестетиков
 - б) от концентрации
 - в) от дозы
 - г) от скорости введения
 - д) от способа введения
 - е) верно б), в), г), д),
39. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
 - б) местным препаратом анальгезирующего действия
 - в) противозудным препаратом
 - г) ингибитором моноаминоксидаз
 - д) противошоковым препаратом
40. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - б) судороги, гипертензия, тахикардия
 - в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
41. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
 - б) судорогами
 - в) тошнотой и рвотой
42. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
 - б) новокаин
 - в) Лидокаин
 - г) маркаин, анакаин
43. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
- а) адреналин 0.2 мг
 - б) адреналин 0.02 мг
 - в) норадреналин 0.4 мг
 - г) норадреналин 0.2 мг
 - д) вазопрессин 0.4 мг
 - е) все вышеперечисленные
44. Для новокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтрационная анестезия
 - б) проводниковая анестезия
 - в) внутрилигаментарная инъекция
 - г) спонгиозная инъекция
 - д) внутривертебральная инъекция
45. Для тримекаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция
 - б) проводниковая инъекция
 - в) поднадкостничная инъекция
 - г) внутрилигаментарная инъекция
 - д) спонгиозная инъекция
46. Для лидокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция, проводниковая инъекция
 - б) спонгиозная инъекция
 - в) внутрилигаментарная инъекция
 - г) внутрипульпарная инъекция
47. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка

- б) для нижнего первого моляра
в) для центральных нижних резцов
48. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
б) норадреналин вызывает брадикардию
в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
49. Применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты
а) Положительное инотропное действие на сердце
б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме
в) увеличение коронарного кровотока
г) вазоконстрикция сосудов почек
д) повышение работы миокарда
50. Норадреналин вызывает
а) спазм артерий и расширение вен
б) расширение артерий и спазм вен
в) расширение артерий и вен
г) спазм артерий и вен
д) причина поражения почек неясна

Организация хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии.					
№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	Д	11	В	21	А
2	Д	12	А	22	Б
3	Б	13	Ж	23	А
4	Б	14	Е	24	А
5	Д	15	И	25	А
6	А	16	В	26	Б
7	А	17	Д	27	Б
8	А	18	А	28	Е
9	Б	19	В	29	А
10	А	20	В	30	Г
31	В	41	А		
32	В	42	Г		
33	Г	43	Е		
34	А	44	А		
35	А	45	Б		
36	А	46	А		
37	А	47	А		
38	Е	48	А		
39	А	49	Г		
40	А	50	Г		

Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой локализации у детей.

Оцениваемые компетенции: 1. Верхней границей подглазничной области является

- а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти
2. Нижней границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти
3. Медиальной границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов

- б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти
4. Латеральной границей подглазничной области является
- а) скулочелюстной шов
 - б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти
5. Верхней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
6. Нижней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
7. Передней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
8. Задней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
9. Границами глазницы являются
- а) стенки глазницы
 - б) скуловая часть, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость
 - в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов
10. Верхней границей щечной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
11. Нижней границей щечной области является
- а) средний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
12. Задней границей щечной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
13. Верхней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластина крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
14. Нижней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластина крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
15. Передней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
16. Задней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
17. Внутренней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
18. Наружной границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
19. Верхней и задней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
20. Нижней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
21. Средней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
22. Внутренней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
23. Наружной границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости

- г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
24. Верхней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
25. Нижней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
26. Передней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
27. Задней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
28. Верхней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
29. Нижней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
30. Передней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
31. Показанием к удалению зуба является
- а) острый пульпит
 - б) глубокий кариес
 - в) острый периодонтит
 - г) хронический гранулематозный периодонтит
32. Прямыми щипцами удаляют
- а) моляры
 - б) премоляры
 - в) зубы мудрости
 - г) резцы верхней челюсти
 - д) резцы нижней челюсти

33. S-образными щипцами без шипов удаляют
- а) корни зубов
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
34. S-образными щипцами с шипом удаляют
- а) резцы
 - б) третьи моляры верхней челюсти
 - в) моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
35. Штыковидными щипцами удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры верхней челюсти
 - в) премоляры нижней челюсти
 - г) третьи моляры нижней челюсти
 - д) корни и премоляры верхней челюсти
36. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) премоляры верхней челюсти
 - г) третьи моляры верхней челюсти
 - д) корни зубов нижней челюсти
37. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти
- а) резцы
 - б) моляры
 - в) премоляры
 - г) корни зубов
38. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
- а) клыки
 - б) резцы
 - в) премоляры
 - г) корни зубов
39. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти
- а) клык
 - б) резец
 - в) премоляр
 - г) первый моляр
 - д) второй моляр
 - е) третий моляр
40. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся
- а) гайморит
 - б) периостит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
41. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
- а) паротит
 - б) кровотечение
 - в) невралгия тройничного нерва
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
42. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится

- а) паротит
- б) невралгия тройничного нерва
- в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

43. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится

- а) паротит
- б) отлом булты верхней челюсти
- в) невралгия тройничного нерва
- г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

44. Возможным осложнением во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти является

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) перелом нижней челюсти

45. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся

- а) анурез
- б) синусит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) гипертонический криз

46. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) анурез
- б) синусит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) анафилактический шок

47. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) анурез
- б) синусит
- в) обморок
- г) альвеолит
- д) остеомиелит

48. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) анурез
- б) синусит
- в) коллапс
- г) альвеолит
- д) остеомиелит

49. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) анурез
- б) миозит
- в) коллапс
- г) невралгию
- д) альвеолит

50. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) анурез
- б) миозит
- в) коллапс
- г) невралгию
- д) остеомиелит

Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой локализации.								
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	
1	Б	11	В	21	Г	46	Д	
2	Г	12	А	22	В	47	В	
3	В	13	Г	23	А	48	В	
4	А	14	В	24	Б	49	Д	
5	Г	15	Б	25	В	50	Д	
6	В	16	А	26	А			
7	Б	17	Д	27	Г			
8	А	18	Е	28	В			
9	А	19	Б	29	Г			
10	Б	20	Д	30	Е			
31	Г	36	Д	41	Б			
32	Г	37	В	42	В			
33	Г	38	Г	43	Б			
34	В	39	Г	44	Д			
35	Д	40	Д	45	Д			

Основы биомеханики жевательного аппарата».

- Наиболее целесообразным и точным способом определения нуждаемости детей в ортодонтической помощи является
 - а)обращаемость больных в поликлинику
 - б)осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом методом гнездования
 - в)полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
 - г)выборочный осмотр детей в организованных коллективах врачом стоматологом-терапевтом
 - д)полицевой метод обследования детей в организованных коллективах врачом ортодонтом
- По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
 - а)1 ставка среднего медицинского персонала
 - б)0.5 ставки среднего медицинского персонала
 - в)2 ставки среднего медицинского персонала
 - г)0.25 ставки среднего медицинского персонала
 - д)3 ставки среднего медицинского персонала
- По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено
 - а)0.5 ставки зубного техника
 - б)1 ставка зубного техника
 - в)0.25 ставки зубного техника
 - г)2 ставки зубного техника
 - д)3 ставки зубного техника
- По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено
 - а)1 ставка младшего медицинского персонала
 - б)2 ставки младшего медицинского персонала
 - в)0.25 ставки младшего медицинского персонала
 - г)0.5 ставки младшего медицинского персонала

д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

5. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
 - а) 1 группу
 - б) 2 группы
 - в) 3 группы
 - г) 4 группы
 - д) 5 групп
6. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
 - а) в аппаратном ортодонтическом лечении
 - б) в борьбе с вредными привычками
 - в) в нормализации нарушений функций
 - г) в протезировании
 - д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам
7. Ко II диспансерной группе следует отнести детей
 - а) с выраженными зубочелюстными аномалиями
 - б) с ранней потерей зубов
 - в) с неправильным положением отдельных зубов
 - г) с начальной стадией аномалии прикуса
 - д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе
8. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать
 - а) в детских стоматологических поликлиниках
 - б) в детских садах
 - в) в школах
 - г) в детских соматических поликлиниках
 - д) в специализированных ортодонтических центрах
9. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить с учетом количества
 - а) посещений больных
 - б) примененных ортодонтических аппаратов
 - в) вылеченных детей
 - г) трудовых единиц
 - д) детей, взятых на ортодонтическое лечение
10. К III диспансерной группе следует отнести детей
 - а) с выраженными аномалиями прикуса
 - б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
 - в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
 - г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
 - д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе
11. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей является

- а) нормализация функции глотания
 - б) нормализация функции дыхания
 - в) получение положительных результатов:
в исправлении положения зубов, зубных дуг
 - г) создание эстетического, морфологического
и функционального оптимума
 - д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий
12. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения
- а) при получении положительных результатов:
исправления положения зубов
 - б) при нормализации функции
 - в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
 - г) при сформированном правильном постоянном прикусе
 - д) при улучшении эстетики лица
13. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы являются
- а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
 - б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
 - в) профилактика зубочелюстных аномалий
 - г) аппаратное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
 - д) все перечисленные задачи
14. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года в детских поликлиниках следует включить
- а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
 - б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
 - в) гигиенические навыки
 - г) устранение вредных привычек
 - д) все перечисленное
15. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить
- а) борьбу с вредными привычками
 - б) правильную осанку
 - в) тренировку носового дыхания
 - г) правильное положение головы во время сна
 - д) все перечисленное
16. К IV диспансерной группе следует отнести детей
- а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
 - б) с выявленными этиологическими факторами,
но без морфологических отклонений в прикусе
 - в) с выраженными аномалиями прикуса
 - г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
 - д) с аномалиями прикуса в начальной стадии
17. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи
- а) санитарно-просветительную работу
 - б) применение ортодонтических аппаратов

- в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
- г) миотерапию
- д) массаж в области отдельных зубов

18. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится
- а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
 - б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
 - в) в детских садах - воспитателями
 - г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
 - д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта
19. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является
- а) укрупнение ортодонтических отделений
 - б) организация ортодонтических диагностических центров
 - в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
 - г) укрупнение зуботехнических лабораторий
 - д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям
20. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение
- а) в детских соматических поликлиниках
 - б) в детских стоматологических поликлиниках
 - в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
 - г) в хирургических отделениях общих больниц
 - д) в ортодонтических центрах
21. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
- а) в медико-генетической консультации
 - б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
 - в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
 - г) в устранении вредных привычек у беременной женщины
 - д) во всем перечисленном
22. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
- а) устранение вредных привычек
 - б) пришлифовывание бугров временных зубов
 - в) нормализацию функции жевания, глотания
 - г) миотерапию, массаж
 - д) все перечисленное
23. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
- а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания

- б)миотерапию
 - в)стандартные вестибулярные пластинки
 - г)нормализацию функции дыхания
 - д)устранение вредных привычек сосания языка
24. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
- а)на устранение ранних признаков аномалий прикуса
 - б)на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
 - в)на регулирование роста челюстей
 - г)на назначение ортодонтического аппаратного лечения
 - д)на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса
25. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
- а)нормализация осанки, положения головы
 - б)упражнения для тренировки круговой мышцы рта
 - в)санация носоглотки
 - г)упражнения для нормализации положения языка
 - д)дыхательная гимнастика
26. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
- а)сужение зубных рядов
 - б)мезиальное смещение боковых зубов
 - в)макродентия
 - г)чрезмерное развитие одной из челюстей
 - д)недоразвитие одной из челюстей
27. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
- а)сужение зубных рядов
 - б)укорочение зубных рядов
 - в)смещение отдельных зубов
 - г)нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
 - д)все перечисленные последствия
28. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
- а)сосания пальцев
 - б)прикусывания губ
 - в)сосания языка
 - г)прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
 - д)неправильного глотания
29. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
- а)коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
 - б)роста челюстей
 - в)устранения вредных привычек
 - г)нормализации функций зубочелюстной системы
 - д)всего перечисленного

30. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
- а) на правильное положение головы и осанки
 - б) на тренировку носового дыхания
 - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 - г) на понимание негативных последствий вредных привычек
 - д) на все перечисленное
31. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:
- а) физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - б) возможность трудовой деятельности;
 - в) наличие или отсутствие болезней;
 - г) наличие благоустроенного жилища;
 - д) полноценное питание.
32. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:
- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
 - б) стоимость различных видов медицинской помощи;
 - в) организация добровольного медицинского страхования;
 - г) виды платных медицинских услуг;
 - д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.
33. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы
- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения;
 - б) сертификат;
 - в) лицензия;
 - г) свидетельство об окончании курсов;
 - д) запись в трудовой книжке.
34. Основную ответственность за клинический диагноз несет:
- а) зубной техник;
 - б) помощник стоматолога (сестра);
 - в) помощник стоматолога, получивший сертификат;
 - г) врач-стоматолог;
 - д) главный врач стоматологической поликлиники.
35. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача после проведенного не совсем удачного лечения:
- а) только тщательная запись выполненных манипуляций.
 - б) запись предписаний;
 - в) сниженный прейскурант;
 - г) запись обращений к специалистам.
 - д) запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций.
36. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: 1) определения структуры стоматологической заболеваемости; 2) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; 3) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; 4) определения потребности в

стоматологической помощи; 5) определения потребности в стоматологических кадрах.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

37. Очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников следует проводить:

- а) обязательная стерилизация;
- б) достаточно дезинфекции;
- в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией;
- г) обязательна дезинфекция и стерилизация;
- д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой.

38. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать: 1) форму активности кариеса; 2) уровень соматического и стоматологического здоровья; 3) факторы риска возникновения заболеваний; 4) факторы риска утяжеления патологии; 5) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

39. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

40. Общественное здоровье характеризуют показатели:

- а) трудовая активность населения;
- б) заболеваемость;
- в) инвалидность;
- г) демографические показатели;
- д) физическое развитие населения.

41. Основными задачами поликлиники являются:

- а) медицинская помощь больным на дому;
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения;
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни;
- г) профилактическая работа;
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

42. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

- а) анализ интенсивности потока больных по времени;
- б) нормирование деятельности врачей;

- в) правильную организацию графика приема врачей;
- г) четкую работу регистратуры;
- д) дисциплину персонала.

43. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят:

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимость различных видов медицинской помощи;
- в) организация добровольного медицинского страхования;
- г) виды платных медицинских услуг;
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

44. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала действительна:

- а) 5 лет;
- б) 3 года;
- в) 7 лет;
- г) 1 год;
- д) 6 лет.

45. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся: 1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН); 2) показатель систематичности наблюдения; 3) показатель частоты рецидивов; 4) полнота охвата ДН; 5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 3;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

46. Регион с КПУ=3,0 у детей 12 лет, по данным ВОЗ, можно отнести к зоне интенсивности кариеса зубов:

- а) очень низкой;
- б) низкой;
- в) умеренной;
- г) высокой;
- д) очень высокой.

47. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует:

- а) один раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) по показаниям, но не реже 2 раз в год;
- г) 3 раза в год;
- д) 4 раза в год.

48. Ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта, следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;

- в) 3 раза;
- г) по показаниям, но не реже 1 раза;
- д) 4 раза.

49. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год:

- а) 1 раз;
- б) 2 раза;
- в) 3 раза;
- г) по индивидуальным показаниям;
- д) с учетом формы активности кариеса.

50. Главным показателем для оценки эффективности работы врача, проводящего индивидуальную профилактику, является:

- а) снижение нуждаемости в лечении;
- б) уменьшение количества осложнений;
- в) уменьшение среднего показателя интенсивности кариеса;
- г) увеличение охвата санацией;
- д) уровень стоматологического здоровья ребенка.

Основы биомеханики жевательного аппарата									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	в	11	г	21	д	31	а	41	в
2	б	12	г	22	д	32	а	42	б
3	б	13	д	23	а	33	б	43	в
4	д	14	д	24	д	34	г	44	а
5	г	15	д	25	в	35	д	45	в
6	д	16	в	26	в	36	д	46	в
7	д	17	б	27	д	37	д	47	в
8	д	18	б	28	г	38	д	48	а
9	в	19	в	29	д	39	д	49	в
10	в	20	в	30	д	40	а	50	д

Основы ортодонтии и детского протезирования

001. Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни?

- а) форма эллипса
- б) трапециевидная
- в) полукруглая
- г) Y-образная
- д) ни один из перечисленных

002. Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе?

- а) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
- б) краевое смыкание резцов
- в) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на 1/3
- г) отсутствие контактов между передними зубами
- д) наличие трем между передними зубами

003. Главным для характеристики прикуса у ребенка является

- а) количество зубов

- б) форма зубных рядов
 - в) перекрытие фронтальных зубов
 - г) положение зубов
 - д) форма зубных рядов и их соотношение в состоянии центральной окклюзии
004. Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?
- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
 - б) каждый зуб имеет по два антагониста
 - в) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров
 - г) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров
 - д) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов
005. Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали у детей до 1 года свидетельствует
- а) о подготовке к прорезыванию зубов
 - б) о формировании открытого прикуса
 - в) о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка
 - г) о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении
 - д) ни один из перечисленных ответов
006. Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует
- а) о формировании трансверзальных аномалий прикуса
 - б) о формировании открытого прикуса
 - в) о формировании перекрестного прикуса
 - г) о формировании дистального прикуса
 - д) правильный ответ не назван
007. Формирование какой функции зубочелюстной системы наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка у детей 9-12 месяцев?
- а) функция глотания
 - б) функция дыхания
 - в) функция сосания
 - г) функция смыкания губ
 - д) функция речи
008. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим?
- а) дистальное
 - б) нейтральное
 - в) антериальное
 - г) правильный ответ не назван
 - д) мезиальное
009. Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев относится к варианту нормы?
- а) дистальное
 - б) нейтральное
 - в) антериальное
 - г) мезиальное
 - д) правильный ответ не назван
010. В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором является
- а) генетическая обусловленность
 - б) вредная привычка сосания языка
 - в) нарушение носового дыхания
 - г) нарушение осанки

- д) сосание соски
011. Язык при глотании у детей в возрасте одного года упирается
- а) в верхнюю губу
 - б) в нижнюю губу
 - в) в резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания
 - г) в резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах
 - д) в нижние резцы при сомкнутых зубах
012. В стадии отправного толчка при инфантильном виде глотания язык находится:
- а) на дне полости рта
 - б) за верхнечелюстными альвеолярными отростками
 - в) между передними зубами
 - г) между зубами
 - д) за нижними передними зубами
013. Для физиологического типа глотания характерно положение языка
- а) между передними зубами
 - б) за верхними резцами
 - в) упирается в верхнюю губу
 - г) упирается в нижнюю губу
 - д) отталкивание языка от внутренней поверхности губ
014. Функция жевания начинает формироваться
- а) в 6-9 месяцев
 - б) в 12 месяцев
 - в) после 1.0-1.5 лет
 - г) после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти
 - д) после прорезывания боковых резцов на верхней и нижней челюсти
015. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме
- а) 3-6 месяцев
 - б) 9-12 месяцев
 - в) после 1 года
 - г) в 6-9 месяцев
 - д) после прорезывания временных зубов
016. Давящая повязка на альвеолярный отросток верхней челюсти показана при
- а) формирующемся открытом прикусе
 - б) нарушенном носовом дыхании
 - в) протрузии верхней челюсти
 - г) зубоальвеолярной протрузии верхней челюсти
 - д) формирующемся глубоком прикусе
017. Основным дифференциально-диагностическим признаком формирующихся аномалий и вариантов нормы прикуса является
- а) предрасполагающий фон для развития патологии
 - б) активнодействующая причина
 - в) функциональные отклонения зубочелюстной системы
 - г) ранние морфологические признаки аномалий прикуса
 - д) наследственный фактор
018. Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей по отношению к трансверзальной плоскости у детей с молочным прикусом является
- а) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой и с срединной линией лица, щечные бугры верхних моляров перекрывают щечные бугры нижних моляров
 - б) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой
 - в) щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают щечные бугры нижних моляров

- г) межрезцовая линия нижнего зубного ряда совпадает с срединной линией лица
 - д) щечные бугры верхних моляров смыкаются с щечными буграми верхних моляров
019. Нормой для сформированного молочного прикуса является следующая форма зубных рядов
- а) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
 - б) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса
 - в) зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса
 - г) зубы челюстей располагаются по средней окклюзионной кривой, образуя плотные бугрово-фиссурные контакты
 - д) зубные ряды имеют форму полуокружности
020. К раннему признаку изменения формы верхней челюсти, выявленному при осмотре ребенка, следует отнести следующий симптом зубочелюстных аномалий
- а) вестибулярное положение зубов
 - б) альвеолярную протрузию
 - в) изменение формы альвеолярного отростка
 - г) высокое небо
 - д) сужение верхней челюсти
021. Основным симптомом неправильного глотания, ведущим к развитию открытого прикуса, является
- а) напряжение мышц нижней губы при глотании
 - б) напряжение мышц подбородка при глотании
 - в) при глотании в момент отправного толчка язык устремляется в межзубное пространство
 - г) симптом "наперстка"
 - д) напряжение височных мышц
022. О развитии аномалий прикуса, обусловленных нарушением носового дыхания, свидетельствует
- а) наклон головы вперед
 - б) нарушение смыкания губ
 - в) удлинение нижней трети лица в состоянии покоя
 - г) несмыкание губ
 - д) наличие двойного подбородка
023. Активнодействующей причиной, ведущей к уплотнению фронтального участка нижней челюсти, может быть
- а) низкое прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 - б) прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 - в) широкая уздечка нижней губы
 - г) сосание нижней губы
 - д) все перечисленное
024. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации по ортодонтическим показаниям составляет
- а) 1 группу
 - б) 2 группы
 - в) 3 группы
 - г) 4 группы
 - д) 5 групп
025. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит
- а) в аппаратном ортодонтическом лечении

- б) в борьбе с вредными привычками
 - в) в нормализации нарушений функций
 - г) в протезировании
 - д) в санитарно-просветительной работе
- по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам
026. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
- а) нарушение осанки
 - б) плоскостопие
 - в) кривошея
 - г) нарушение терморегуляции
 - д) все перечисленные нарушения
027. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения
- а) в периоде временного прикуса
 - б) в начальном периоде смешанного прикуса
 - в) в конечном периоде смешанного прикуса
 - г) в периоде постоянного прикуса
 - д) во всех периодах формирования прикуса
028. Для лечения глубокого прикуса пациентов в период временного и начальном периоде смешанного прикусов наиболее эффективными аппаратами являются
- а) несъемные
 - б) съемные одночелюстные
 - в) механически-действующие
 - г) функционально-действующие
 - д) съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой
029. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
- а) съемные одночелюстные
 - б) несъемные
 - в) съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
 - г) съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
 - д) все перечисленные ортодонтические аппараты
030. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) мезиальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - д) дистальное перемещение боковых зубов
031. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- а) зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - б) расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - в) дистальное перемещение боковых зубов
 - г) зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
 - д) мезиальное перемещение боковых зубов с одновременной интрузией резцов
032. Большое количество рецидивов после окончания лечения

- глубокого прикуса обусловлено
- а) горизонтальным типом роста лицевого скелета
 - б) нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов
 - в) укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов
 - г) сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров
 - д) всеми перечисленными нарушениями
033. Рецидиву глубокого прикуса способствует
- а) неправильный метод лечения
 - б) неустраненные функциональные нарушения
 - в) кариозное разрушение и удаление зубов
 - г) недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
 - д) все перечисленное
034. Глубокий прикус относится
- а) к сагиттальным аномалиям
 - б) к трансверсальным аномалиям
 - в) к вертикальным аномалиям
 - г) к сочетанным нарушениям
 - д) к физиологическому типу прикуса
035. Глубина резцового перекрытия считается нормальной
- а) на 1/3 нижнего резца
 - б) на 1/2 нижнего резца
 - в) на 2/3 нижнего резца
 - г) на величину коронки резца
 - д) при краевом смыкании
036. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области
- а) боковых зубов на верхней челюсти
 - б) боковых зубов на нижней челюсти
 - в) передних зубов на верхней челюсти
 - г) передних зубов на нижней челюсти
 - д) воспаление не наблюдается
037. Физиологическим прикусом является прикус, при котором
- а) обеспечивается морфологический оптимум
 - б) обеспечивается эстетический оптимум
 - в) обеспечивается функциональный оптимум
 - г) обеспечивается, морфологический, функциональный и эстетический оптимум
 - д) имеет место привычное смыкание зубных рядов
038. К физиологическому прикусу можно отнести
- а) дистальный прикус
 - б) мезиальный прикус
 - в) глубокий прикус
 - г) прямой прикус
 - д) все перечисленные прикусы
039. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластины
- а) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
 - б) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
 - в) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой

- и наклонной плоскостью
 - г) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
 - д) с небной дугой
040. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты
- а) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - б) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
 - в) направляющие коронки Катца
 - г) пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
 - д) открытый активатор
041. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съемные одночелюстные ортодонтические аппараты
- а) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
 - б) пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов, и секторальным распилом
 - в) ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
 - г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - д) коронки Катца
042. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано
- а) пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
 - б) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - в) аппарат Энгля для верхней челюсти
 - г) направляющие коронки Катца
 - д) открытый активатор
043. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано
- а) аппарат Брюкля
 - б) два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
 - в) каппа на нижние передние зубы
 - г) направляющие коронки Катца
 - д) открытый активатор
044. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать
- а) направляющим коронкам Катца
 - б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
 - в) аппарату Брюкля
 - г) пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
 - д) открытому активатору
045. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является
- а) бионатор Бальтерса III типа
 - б) аппарат Башаровой
 - в) аппарат Брюкля
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом

046. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъемным аппаратам
- а) направляющим коронкам Катца
 - б) двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
 - в) каппе Шварца
 - г) аппарату Гашимова
 - д) открытому активатору
047. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан
- а) бионатор Бальтерса III типа
 - б) активатор Вундерера
 - в) регулятор функций Френкеля (III типа)
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) аппарат Брюкля
048. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)
- а) открытый активатор Кламонта с верхнегубными пелотами
 - б) активатор Андресена с винтом
 - в) регулятор функций Френкеля III типа
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) аппарат Брюкля
049. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью
- а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
 - б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
 - в) регулятора функции Френкеля III типа
 - г) аппарата Брюкля для нижней челюсти
 - д) открытого активатора
050. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает
- а) бионатор Бальтерса III типа
 - б) регулятор функций Френкеля III типа
 - в) активатор Вундерера
 - г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - д) аппарат Брюкля

Основы ортодонтии и детского протезирования									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	в	11	г	21	в	31	г	41	б
2	в	12	в	22	в	32	д	42	д
3	д	13	б	23	г	33	д	43	а
4	г	14	а	24	г	34	д	44	б
5	г	15	б	25	д	35	д	45	д
6	г	16	г	26	д	36	а	46	в
7	д	17	б	27	д	37	в	47	а
8	а	18	а	28	б	38	г	48	в
9	б	19	г	29	д	39	д	49	б
10	а	20	а	30	д	40	б	50	б

Анатомические особенности строения и развития зубочелюстной системы у детей.

001. Временные резцы прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 12-18 месяцев
- в) в 18-24 месяцев
- г) в 24-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

002. Временные первые моляры и клыки прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-32 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

003. Временные клыки прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

004. Вторые временные моляры прорезываются

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

005. I физиологическое повышение прикуса происходит

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-24 месяцев
- в) в 28-30 месяцев
- г) в 30-36 месяцев
- д) в 40-46 месяцев

006. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является

- а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
- б) бугровое
- в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
- г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
- д) не существенно

007. Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов
- ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - прямой с мезиальной ступенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - дистальный с расположением $\frac{V!V}{V!V}$ в одной плоскости
 - мезиальный с мезиальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - дистальный с дистальной ступенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
008. II физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-8 лет
 - в 9-10 лет
 - в 10-12 лет
 - в 12-14 лет
009. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе
- проявляется существенно
 - проявляется не существенно
 - не имеет значения
 - проявляется очень существенно
 - проявляется существенно до определенного возраста
010. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
- только в мезиальном направлении
 - только в буккальном направлении
 - только в окклюзионном направлении
 - во всех трех направлениях
 - в дистальном направлении
011. III физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-7 лет
 - в 9-11 лет
 - в 10-12 лет
 - в 12-13 лет
012. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневает
- к 6 месяцам
 - после первого года жизни
 - после второго года жизни
 - после третьего года жизни
 - к 5 годам
013. Срединный небный шов окостеневает
- после первого года жизни
 - к 6 годам
 - к 14 годам
 - к 18 годам
 - после 20 лет, к 24-25 годам
014. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
- до 1 года
 - до 1.5-2 лет
 - до 3-6 лет
 - до 7-10 лет
 - в течение всей жизни

015. IV физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
 - б) в 6-7 лет
 - в) в 9-11 лет
 - г) в 12-15 лет
 - д) в 15-18 лет
016. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте
- а) 1 года
 - б) 3-4 лет
 - в) 5-6 лет
 - г) 8-10 лет
 - д) после 10 лет
017. Временный прикус формируется в возрасте
- а) до 1 года
 - б) до 2 лет
 - в) до 3 лет
 - г) до 4 лет
 - д) до 5 лет
018. Временный прикус считается сформированным
- а) от 1 года до 3 лет
 - б) от 3 до 5 лет
 - в) от 6 до 9 лет
 - г) от 9 до 11 лет
 - д) от 11 до 13 лет
019. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 1 года до 3 лет
 - б) от 3 до 6 лет
 - в) от 6 до 9 лет
 - г) от 9 до 12 лет
 - д) от 12 до 15 лет
020. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- а) от 3 до 6 лет
 - б) от 6 до 9 лет
 - в) от 9 до 12 лет
 - г) от 12 до 15 лет
 - д) после 15 лет
021. Постоянный прикус формируется в возрасте
- а) от 6 до 12 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - в) от 15 до 18 лет
 - г) от 18 до 24 лет
 - д) после 24 лет
022. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте
- а) 3-4 лет
 - б) 6-12 лет
 - в) 12-15 лет
 - г) 15-18 лет
 - д) 18-24 года
023. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте
- а) от 9 до 12 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - в) от 15 лет до 21 года
 - г) от 21 до 24 лет
 - д) после 25 лет

024. Формирование вершук корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте
- а) 7-8 лет
 - б) 8-9 лет
 - в) 9-10 лет
 - г) 10-11 лет
 - д) 11-12 лет
025. Формирование вершук корней первых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
026. Формирование вершук корней вторых премоляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
027. Формирование вершук корней клыков завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
028. Формирование вершук корней вторых моляров завершается в возрасте
- а) 11-12 лет
 - б) 12-13 лет
 - в) 13-14 лет
 - г) 14-15 лет
 - д) 15-16 лет
029. Формирование вершук корней третьих моляров завершается в возрасте
- а) 9-12 лет
 - б) 12-15 лет
 - в) 15-18 лет
 - г) 18-21 год
 - д) 21-24 года
030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено
- а) на правильное положение головы и осанки
 - б) на тренировку носового дыхания
 - в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 - г) на понимание негативных последствий вредных привычек
 - д) на все перечисленное
031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить
- а) нормализацию функции глотания
 - б) тренировку круговой мышцы рта
 - в) нормализацию осанки
 - г) дыхательные упражнения
 - д) все перечисленное
032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются

- а) вредные привычки
 - б) ротовое дыхание
 - в) наследственная отягощенность
 - г) неправильное вскармливание
 - д) все перечисленное
033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является
- а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания: языка, пальцев, различных предметов
 - б) укороченная уздечка языка
 - в) ротовое дыхание
 - г) инфантильный способ глотания
 - д) вредная привычка сосания соски
034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно
- а) при лечении дистального глубокого прикуса
 - б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
 - в) для нормализации функции глотания
 - г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
 - д) при лечении глубокого прикуса
035. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
 - б) макроденития
 - в) мезиальное смещение боковых зубов
 - г) уменьшение длины апикального базиса
 - д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов
036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
- а) устранение вредных привычек
 - б) коррекцию мягких тканей
 - в) удаление отдельных зубов
 - г) пришлифование бугров отдельных зубов
 - д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы
037. Показанием к применению подбородочной пращи является
- а) устранение вредной привычки сосания языка
 - б) нормализация функции глотания
 - в) нормализация функции дыхания
 - г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
 - д) оптимизация роста верхней челюсти
038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является
- а) лечение мезиального прикуса
 - б) лечение дистального прикуса
 - в) нормализация функции дыхания
 - г) лечение вертикальных аномалий прикуса
 - д) устранение вредной привычки сосания языка
039. Применение соски у детей первого года жизни
- а) абсолютно противопоказано
 - б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
 - в) показано детям с ротовым дыханием
 - г) показано постоянное
 - д) показано ограниченное
040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это
- а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
 - б) нижняя челюсть впереди верхней
 - в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм

г) любое соотношение челюстей

041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является

- а) пластика уздечки языка
- б) правильный режим жизни ребенка
- в) применение рукавичек
- г) правильный способ вскармливания
- д) предупреждение и лечение общих заболеваний

042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте

- а) до 1 года
- б) 1 года
- в) 2 лет
- г) 3 лет
- д) 4-5 лет

043. Понятие медицинской этики определяет
- а) понятие о долге врача
 - б) правовые основы медицинского законодательства
 - в) вопросы нравственности
 - г) гражданская позиция
 - д) понятие коллегиальности
044. Медицинская деонтология - это
- а) понятие о долге врача
 - б) взаимоотношение врача и больного
 - в) вопросы нравственности
 - г) понятие коллегиальности
 - д) правовые основы медицинского законодательства
045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки
- а) в 3 года
 - б) в 6 лет
 - в) в 9 лет
 - г) в 12 лет
 - д) в 15 лет
046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует
- а) 2 типа нервной деятельности
 - б) 3 типа нервной деятельности
 - в) 4 типа нервной деятельности
 - г) 5 типов нервной деятельности
 - д) 6 типов нервной деятельности
047. Психотерапевтическая подготовка больного перед ортодонтическим лечением
- а) необходима всем больным
 - б) необходима для отдельных больных
 - в) не нужна
 - г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
 - д) необходима после определенного возраста
048. Применять гипнотерапию как способ лечения стойких вредных привычек у детей
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в подростковом возрасте
 - в) можно у детей со здоровой психикой
 - г) нельзя
 - д) можно у детей с нарушенной психикой
049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в детском возрасте
 - в) можно только в подростковом возрасте
 - г) можно для отдельных больных
 - д) нельзя
050. Отграничение ротовой полости от носовой происходит
- а) на 3-4 неделе беременности
 - б) на 6-7 неделе беременности
 - в) на 9-10 неделе беременности
 - г) на 12-14 неделе беременности
 - д) на 14-16 неделе беременности
052. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит
- а) на 8-9 неделе беременности
 - б) на 12-16 неделе беременности
 - в) на 20-24 неделе беременности
 - г) на 30-32 неделе беременности

- д) на 33-40 неделе беременности
053. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан
- а) сначала с ростом языка
 - б) сначала с формированием зачатков временных зубов
 - в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
 - г) с сочетанным действием всего перечисленного
 - д) ни с чем из перечисленного
054. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
- а) ортогнатическое
 - б) ретрогнатическое
 - в) прогнатическое
 - г) переменное
 - д) латерогнатическое
055. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания
- а) существующая
 - б) не существующая
 - в) существующая, но до определенного возраста
 - г) не имеет значения
 - д) очень существующая
056. Видами роста челюстных костей являются
- а) интерстициальный рост
 - б) суставной рост
 - в) суставной и шовный рост
 - г) суставной, шовный и аппозиционный рост
 - д) ремоделирующий рост
057. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
- а) доэнглевский
 - б) Энглевский
 - в) Шварцевский
 - г) Симоновский
 - д) все перечисленные периоды
058. Симптоматический диагноз - это
- а) установление вида прикуса
 - б) определение функциональных нарушений
 - в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
 - г) эстетические нарушения
 - д) сопутствующие стоматологические нарушения
059. Топо-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
- а) на изучении соотношения зубных дуг
 - б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
 - в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
 - г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
 - д) на уточнении характера эстетических нарушений
060. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
- а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
 - б) определением вида прикуса
 - в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
 - г) определением функциональных и эстетических нарушений
 - д) характеристикой строения лицевого отдела черепа

Анатомические особенности строения и развития зубочелюстной системы детей.											
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	11	г	21	д	31	а	41	б	51	б
2	б	12	г	22	д	32	а	42	в	52	г
3	б	13	д	23	а	33	б	43	б	53	д
4	б	14	д	24	д	34	г	44	в	54	д
5	д	15	д	25	в	35	г	45	в	55	д
6	д	16	в	26	в	36	в	46	а	56	д
7	д	17	б	27	д	37	б	47	д	57	в
8	д	18	б	28	г	38	д	48	г	58	б
9	в	19	в	29	д	39	б	49	г	59	д
10	в	20	в	30	д	40	г	50	г	60	б

Методы обследования.

001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике
- Нансе
 - Герлаха
 - Шварца
 - Фуса
 - Хорошилкиной
002. Площадь неба изучают по методике
- Коркзаузе
 - Снагиной
 - Хауса
 - Герлаха
 - Шмута
002. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют
- по методике Мичиганского университета
 - по Миргазизову
 - по Долгополовой
 - по Герлаху
 - по Шварцу
003. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют
- по размеру зуба и места для него в зубной дуге
 - по Нансе
 - по Миргазизову
 - по методике Мичиганского университета
 - по данным рентгенографии
004. Рентгенографию кистей рук делают
- для уточнения сроков окостенения
 - для прогноза роста челюстей
 - для сопоставления костного и зубного возраста
 - для изучения динамики роста организма
 - для выяснения аномалий развития скелета
005. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
- возможности роста челюстей
 - форму и размер суставных головок
 - характер движения суставов
 - размеры суставной щели
 - форму и размер суставного диска

006. Ортопантограммы челюстей делают
- а) для определения количества и расположения зубов
 - б) для изучения строения лицевого отдела черепа
 - в) для прогноза роста челюстей
 - г) для изучения динамики роста челюстей
 - д) для определения показаний к удалению зубов
007. Методом исследования боковых ТРГ головы является
- а) метод Парма
 - б) метод Шварца
 - в) метод Шулера
 - г) метод Паатера
 - д) метод Колоткова
008. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят
- а) для уточнения показаний к удалению зубов
 - б) для выявления характера морфологической перестройки
 - в) для лицевого отдела черепа
 - г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
 - д) для уточнения костного и зубного возраста
009. На прямых ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
 - б) форму и размеры лицевого отдела черепа
 - в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
 - г) динамику роста челюстей
 - д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
010. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить
- а) количество и положение зубов
 - б) асимметрию развития черепа
 - в) динамику роста челюстей
 - г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
 - д) костный возраст
011. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно
- а) ускорить расшифровку ТРГ
 - б) расширить возможности анализа
 - в) сделать компьютерную диагностику
 - г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
 - д) выбрать метод лечения
012. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят
- а) в уменьшении лучевой нагрузки
 - б) в ускорении получения результатов
 - в) в экономии серебра и химреактивов
 - г) в получении изображения в позитиве
 - д) ни в чем из перечисленного
013. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят
- а) в ускорении исследования
 - б) в динамическом изучении
 - в) в удешевлении всего процесса
 - г) в уменьшении лучевой нагрузки
 - д) ни в чем из перечисленного
014. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
- а) доэнглевский
 - б) Энглевский
 - в) Шварцевский

- г) Симоновский
 - д) все перечисленные периоды
015. Одним из авторов эстетической классификации является
- а) Энгль
 - б) Ильина - Маркосян
 - в) Симон
 - г) Шварц
 - д) Андресен
016. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
- а) Энгль
 - б) Штернфельд
 - в) Катц
 - г) Бетельман
 - д) Андресен
017. Одним из авторов краниометрической классификации является
- а) Энгль
 - б) Симон
 - в) Шварц
 - г) Курляндский
 - д) Ильина - Маркосян
018. Одним из авторов этиологической классификации является
- а) Энгль
 - б) Катц
 - в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
 - г) Калвелис
 - д) Курляндский
019. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит
- а) характер смыкания зубных рядов
 - б) этиология зубочелюстных аномалий
 - в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа
 - г) функциональные нарушения
 - д) эстетические нарушения
020. Симптоматический диагноз - это
- а) установление вида прикуса
 - б) определение функциональных нарушений
 - в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
 - г) эстетические нарушения
 - д) сопутствующие стоматологические нарушения
021. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
- а) на изучении соотношения зубных дуг
 - б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
 - в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
 - г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
 - д) на уточнении характера эстетических нарушений
022. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
- а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
 - б) определением вида прикуса
 - в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
 - г) определением функциональных и эстетических нарушений
 - д) характеристикой строения лицевого отдела черепа
023. Определение степени тяжести заболевания

- а) достаточно по характеристике диагноза
- б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
- в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
- г) возможно на основании рентгенологических исследований
- д) возможно на основании биометрических исследований

024. Окончательный диагноз устанавливается
- а) на основании клинических данных
 - б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
 - в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
 - г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
 - д) на основании симптоматического, топоико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений
025. Степень трудности лечения определяют
- а) для углубленной качественной характеристики патологии
 - б) для углубленной количественной характеристики патологии
 - в) для уточнения плана и прогноза лечения
 - г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
 - д) для разработки организационных мероприятий
026. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется
- а) таблица Малыгина - Белого
 - б) ортопланимер
 - в) таблица Токаревича
 - г) расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
 - д) ничего из перечисленного
027. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является
- а) ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
 - б) топоико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений
 - в) окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний
 - г) заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
 - д) описание местных и общих нарушений в организма
028. К аномалии прикуса приводят
- а) аномалии положения зубов
 - б) зубоальвеолярные нарушения
 - в) зубочелюстные аномалии
 - г) все перечисленные отклонения
029. Зубоальвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует
- а) соотношение зубных дуг
 - б) положение зубов
 - в) топография зубов
 - г) топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
 - д) топография челюстей
030. "Ключ окклюзии" определяется
- а) всегда соотношением шестых зубов
 - б) всегда соотношением пятых временных зубов
 - в) всегда соотношением клыков
 - г) часто соотношением пятых временных зубов
 - д) иногда соотношением шестых зубов
031. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить
- а) размер временных моляров
 - б) разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
 - в) отсутствие трем между зубами
 - г) наличие трем между временными зубами

- д) отсутствие стираемости временных зубов
032. Тип прикуса человека определяется
- а) по характеру соотношения резцов
 - б) по характеру соотношения клыков
 - в) по характеру соотношения премоляров
 - г) по характеру соотношения моляров
 - д) по нескольким ориентирам
033. Существует
- а) 2 типа лица человека
 - б) 3 типа лица человека
 - в) 4 типа лица человека
 - г) 5 типов лица человека
 - д) более 5 типов лица человека
 - д) измерить невозможно
034. Вертикальная щель между резцами измеряется
- а) от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
 - б) от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
 - в) от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
 - г) от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
 - д) от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних
035. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика
- а) Пона
 - б) Линдера - Харта
 - в) Коркхауза
 - г) Снагиной
 - д) Герлаха
036. Ширину лица изучают по методике
- а) Фуса
 - б) Изара
 - в) Фриеля
 - г) Нанса
 - д) Пона
037. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике
- а) Шварца
 - б) Коркхауза
 - в) Нанса
 - г) Пона
038. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика
- а) Герлаха
 - б) Нанса
 - в) Снагиной
 - г) Пона
 - д) Фриеля
039. Выявить макродентию позволяет методика
- а) Фуса
 - б) Герлаха
 - в) Фриеля
 - г) Хорошилкиной
 - д) Пона
040. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика
- а) Хорошилкиной

- б) Пона
 - в) Хауса
 - г) Нанса
 - д) Снагиной
041. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет
- а) очень узкое лицо
 - б) узкое лицо
 - в) среднее лицо
 - г) широкое лицо
 - д) очень широкое лицо
042. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
 - б) проекции корней премоляров
 - в) проекции корней клыков
 - г) собачьих ямок
 - д) определить невозможно
043. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- а) проекции корней моляров
 - б) проекции корней премоляров
 - в) у десневого края клыков
 - г) между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края
 - д) определить невозможно
044. Орбитальная плоскость в норме проходит через
- а) боковые резцы
 - б) клыки
 - в) первые премоляры
 - г) вторые премоляры
 - д) первые моляры
045. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
- а) близкофокусной внутриротовой рентгенографией
 - б) ортопантомографией челюстей
 - в) панорамной рентгенографией
 - г) телерентгенографией
 - д) рентгенокинематографией
046. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- а) 20%
 - б) 30%
 - в) 40%
 - г) 50%
 - д) 60%
047. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
- а) перпендикулярно оси снимаемого зуба
 - б) перпендикулярно рентгеновской пленке
 - в) перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
 - г) параллельно окклюзионной плоскости
 - д) любым образом
048. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка направляется на проекцию
- а) коронки зуба
 - б) верхушки корня зуба
 - в) середины корня зуба

- г) 1/3 корня зуба
д) не имеет значения
049. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) вне полости рта неподвижно
в) вне полости рта подвижно
г) любым образом
д) в полости рта подвижно
050. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) вне полости рта неподвижно
в) вне полости рта подвижно
г) в полости рта подвижно
д) любым образом
051. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена
а) в полости рта неподвижно
б) в полости рта подвижно
в) вне полости рта неподвижно
г) вне полости рта подвижно
д) любым образом
052. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка располагается
а) в полости рта неподвижно
б) в полости рта подвижно
в) вне полости рта неподвижно
г) вне полости рта подвижно
д) любым образом
053. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии
а) 50 см
б) 1 м
в) 1.5 м
г) 2-3 м
д) 4-5 м
054. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить
а) в краевом смыкании резцов
б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения $\frac{6!6}{6!6}$ по I классу Энгля
в) при привычной окклюзии
г) в состоянии физиологического покоя
д) при любом смыкании челюстей
055. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять
а) жевательные пробы по Рубинову
б) пробу Битнера - Эйшлера
в) пробу Ильиной - Маркосян
г) глотательные пробы
д) любую пробу из перечисленных
056. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять
а) жевательные пробы по Рубинову
б) пробу Битнера - Эйшлера
в) пробу Ильиной - Маркосян
г) глотательные пробы

д) любую пробу из перечисленных

057. Глубину преддверия полости рта измеряют
 а) от режущего края резцов до переходной складки
 б) от вершины межзубных сосочков до переходной складки
 в) от десневого края резцов до переходной складки
 г) от экватора резцов до переходной складки
 д) любым способом
058. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
 а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
 б) на границе окклюзионной и средней трети зуба
 в) в области средней трети зуба
 г) на границе средней и пришеечной трети части
 д) в области пришеечной трети части
059. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
 а) на жевательной поверхности
 б) у жевательной поверхности
 в) в области экватора
 г) в пришеечной части
 д) в подъязычной области или вдоль ската неба
060. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
 а) у режущего края
 б) на небных буграх
 в) в пришеечной части
 г) в области экватора
 д) место прохождения границы не имеет значения

Методы обследования											
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	а	11	в	21	д	31	б	41	г	51	б
2	а	12	б	22	б	32	б	42	б	52	б
3	а	13	д	23	г	33	а	43	а	53	б
4	б	14	в	24	в	34	а	44	г	54	б
5	б	15	в	25	б	35	б	45	д	55	б
6	б	16	в	26	г	36	а	46	д	56	б
7	б	17	а	27	г	37	б	47	д	57	в
8	б	18	а	28	в	38	в	48	а	58	д
9	б	19	б	29	г	39	б	49	а	59	д
10	в	20	б	30	д	40	г	50	б	60	г

Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача 1.

У ребенка полутора лет, перенесшего две недели тому назад ОРЗ, второй день повышена температура тела до 39°C, рвота.

Ребенок отказывается от пищи, капризничает. Педиатром был поставлен диагноз ОРЗ. В момент настоящего обследования: лимфаденит подчелюстных лимфоузлов, обильное слюнотечение, на резко гиперемизированной слизистой оболочке обеих губ, кончика языка и щек - мелкие множественные эрозии с четкими очертаниями, покрытые фиброзным налетом. Десна отечна, кровоточит.

1. Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита

2. Ведущую роль в патогенезе данного заболевания сыграл

3. Основным средством лечения данному ребенку можно назначить

Ответ:

1. Клиническая картина острого инфекционного заболевания ,лимфаденит ,гингивит ,высыпания в полости рта.

2. Снижение уровня иммунитета.

3. Противовирусное

Задача 2

Ребенок 2 лет заболел остро. Подъем температуры до 38°C. Плохо спал. Отказывался от еды. Мама заметила, что при завязывании платка и дотрагивания до подчелюстной области ребенок плачет. Объективно: состояние средней тяжести, ребенок плаксив, вял.

На коже лица в приротовой области определяется группа пузырьков. В подчелюстной области с обеих сторон пальпируются значительно увеличенные, плотные, болезненные лимфатические узлы (с чем и направлен ребенок в хирургический кабинет).

Кожа над лимфатическими узлами несколько гиперемирована, собирается в складку. Флюктуация не определяется.

1.Предполагаемый диагноз.

2.Скорее всего подтвердит предполагаемый диагноз

3.Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае

Ответ:

1. Острый серозный стоматогенный лимфаденит

2. Исследование состояния слизистой оболочки полости рта

3.Лечение основного заболевания + мазовые повязки

Задача 3.

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные боли в б_л. Боли чаще возникали после приема пищи,

но после тщательного полоскания рта проходили. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса. В б_л аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи и частично размягченного дентина зондирование болезненно в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет. Степень формирования корней соответствует возрасту.

1.Предполагаемый диагноз

2.Скорее всего подтвердит диагноз.

3.В первую очередь необходимо назначить

Ответ:

1. Хронический простой пульпит.

2 Кратковременная боль на температурные раздражители

3.Метод прижизненной ампутации

Задача 4.

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области г_{IV} с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании. Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9).Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение, с г_{IV} имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно. Перкуссия резко болезненная. Десна в области г_{IV} слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

1.Предполагаемый диагноз?

2. Скорее всего подтвердит диагноз?

3.В первую очередь следует предпринять?

Ответ:

1. Острый тотальный пульпит.
2. Реакция на температурные раздражители.
3. Вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым).

Задача 5. Планируется размещение стоматологического кабинета площадью 20 кв. м. с рабочим местом медицинской сестры для стерилизации инструментов.

1. Рассчитайте нормативы общей освещенности.
2. Укажите нормативы освещенности на рабочем месте врача-стоматолога и медицинской сестры.
3. Укажите нормативы освещенности операционного поля врача-стоматолога.
4. Назовите методику проведения фенолфталеиновой пробы.
5. Охарактеризуйте стерилизацию инструментов методом кипячения.

Задача 6. Площадь кабинета врача-стоматолога-детского (терапевтический прием) составляет 18 кв.м.

1. Определите режим стерилизации воздуха.
2. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации металлического инструментария.
3. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндодонтических инструментов.
4. Выберите способ дезинфекции и стерилизации стоматологических зеркал.
5. Выберите оптимальный способ дезинфекции и стерилизации наконечников.

Задача 7.

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. Р с п п 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 п с п

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 8.

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2. На жевательной поверхности 26 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 мА.

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 9.

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.

Задача 10. Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновения дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение.
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 11.

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможную причину возникновения дефектов.
3. Проведите местное и общее лечение
4. Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Задача 12.

На прием обратился К. 11 лет с жалобами на наличие в пришеечных областях 13, 11, 21, 23, 24, 25 тусклых, белых пятен. Объективно: На вестибулярной поверхности 13, 11, 21, 23, 24, 25 белые пятна и обильное количество налета. После удаления зубного налета, пятна тусклые. При зондировании пятен отмечается шероховатость. ГИ=2,5.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование пациента.
3. Проведите дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.

4. Назначьте лечение.
5. Составьте объем профилактических мероприятий.

Задача 13.

Больному Т. 4 года, жалобы на застревание пищи между 54 и 55 зубами. 54 и 55 ранее не были лечены. Объективно: лицо симметрично. В 54 и 55 зубах на апроксимальных поверхностях средней глубины кариозные полости, выполненные остатками пищи. Слизистая десны в области нижних 54 и 55 зубов бледно-розового цвета. При зондировании кариозных полостей 54 и 55 зубов определяется плотное дентин. Реакция на холод боли не вызывает. Сравнительная перкуссия нижних 54 и 55 зубов безболезненная. Подвижность этих зубов не 16 отмечается. При препарировании 54 и 55 по эмалево-дентиной границе возникает боль. КП=7.

1. Назовите заболевания с данной симптоматикой.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Перечислите данные анамнеза и методов исследования, подтверждающие диагноз.
5. Проведите лечение.

Задача 14.

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 11, 21, 33, 43 зубов обнаружены пигментированные пятна. При зондировании 11, 21, 33, 43 зубов определяется шероховатость эмали, болезненной реакции на температурные раздражители нет. ГИ=2. Из анамнеза: ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите, какие дополнительные данные подтверждают диагноз.
3. Назовите, какой фактор является в патогенезе данного заболевания ведущим.
4. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
5. Проведите лечение.

Задача 15.

Ребенок 7,5 лет, обратился к стоматологу с жалобами на боли от приема холодной и твердой пищи в 46 зубе. Объективно: на жевательной поверхности 46 зуба глубокая кариозная полость. Эмаль по периферии белая, хрупкая. При препарировании кариозной полости 46 зуба дентин легко удаляется, влажный, зондирование болезненно по дну кариозной полости, реакция на холод кратковременная. ГИ=2.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, которые помогут установить диагноз.
3. Определите уровень интенсивности кариеса у пациента.
4. Укажите, во сколько посещений будет проведено лечение.
5. Проведите лечение.

Задача 16.

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 17.

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 18.

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.

Задача 19.

Ребёнок 6 лет жалуется на боли в зубах от горячего, холодного; кровоточивость дёсен. В анамнезе: со слов родителей зубы прорезались в срок, нормальной величины и формы, но с изменённым цветом эмали. Вскоре после прорезывания эмаль начала скалываться. При осмотре: эмаль всех зубов водянисто-серого цвета, имеет сколы; обнажённый дентин с перламутровым блеском, со сколами, через него на отдельных зубах просвечивают контуры полости зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Укажите причины, лежащие в основе данного порока развития.
4. Проведите лечение.
5. Скажите, зависит ли процесс стираемости эмали и дентина от возраста ребёнка; будет ли изменена окклюзия?

В карте развития ребёнка 10 лет мужского пола несколькими врачами специалистами в разное время сделаны записи, из которых следует, что у ребёнка окостенение родничков было к 1,5 годам, наблюдалась задержка роста; страдает глухотой; окраска склер – голубая, выпуклый лоб; был перелом ключицы.

1. Поставьте диагноз.
2. Скажите, что запишет врач-стоматолог в амбулаторной карте после осмотра этого ребёнка?
3. Назовите изменения, которые можно видеть на рентгенограмме зубов и челюстей. 25
4. Назовите изменения, происходящие с возрастом с полостью зуба и корневыми каналами.
5. Назовите лечебную помощь, которую можно оказать.

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм методов обследования, позволяющие поставить диагноз заболеваний зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм обоснования тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определение прогноза заболеваний зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм выполнения основных методик терапевтического лечения при заболеваниях зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей различных возрастно-половых групп с учетом их анатомо-физиологических особенностей;
- Алгоритм выполнения принципов диспансеризации детей в условиях детской стоматологической поликлиники;
- Алгоритм установливания психологического и речевого контакта со здоровым и больным ребенком;
- Алгоритм оформления медицинской карты первичного больного;
- Алгоритм выполнения исследования кожных покровов, видимых слизистых, слизистой рта, зева;
- Алгоритм выполнения записи зубной формулы постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения;
- Алгоритм определения гигиенического состояния полости рта с помощью индексов Федорова-Володкиной, Грин-Вермиллиону, РНР и др.;
- Алгоритм определения интенсивности кариеса с помощью индексов КПУ, КП зубов и поверхностей;
- Алгоритм определения состояния тканей пародонта с помощью индексов CPI, РМА и др.;
- Алгоритм выполнения диагностики при заболеваниях зубов, слизистой оболочки рта и пародонта у детей;
- Алгоритм выполнения препарирования кариозных полостей I-V классов на фантомах и моделях временного, смешанного и постоянного прикусов;
- Алгоритм выполнения пломбирования кариозных полостей всех классов на фантомах и

моделях пломбировочными материалами различных групп временного, смешанного и постоянного прикусов;

- Алгоритм выполнения необходимых эндодонтических мероприятий на фантомах и моделях, а так же удаленных зубах со сформированными и несформированными корнями;
- Алгоритм выполнения герметизации фиссур зубов;
- Алгоритм выполнения восстановления анатомической формы зуба различными пломбировочными материалами;
- Алгоритм определения «рабочую» длину корневого канала (клиническим, электронным и радиовизиографическим методом) во временных и постоянных зубах;
- Алгоритм назначения и использования лекарственных препараты в возрастной дозировке;
- Алгоритм назначения витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию и медикаментозные средства, стимулирующие неспецифическую защиту организма ребенка;
- Алгоритм выполнения читать обзорные рентгенограммы челюстных костей, ортопантограммы, панорамных и внутриротовые рентгенограммы, контрастные рентгенограммы;
- Алгоритм выявления детей с выраженными зубочелюстными аномалиями и деформациями и направлять их к врачу ортодонту для оказания специализированной помощи и принятия их на диспансерный учет;
- Алгоритм выполнения гигиенических занятий с детьми и их родителями в амбулаторно-поликлинических условиях, в детских учреждениях и школах.
- Алгоритм использования полученных знаний и представлений о современном уровне специальности «стоматология детского возраста» для обеспечения своей успешной профессиональной деятельности;
- Алгоритм использования взаимосвязи стоматологических и соматических заболеваний;
- Алгоритм грамотного и своевременного выявления аномалий в развитии слизистой оболочки полости рта и ЧЛЮ у новорожденных и грудничков;
- Алгоритм знания анатомо-физиологических особенностей строения лица, челюстных костей, зубов, мягких тканей лица и шеи, сосудов и нервов в растущем организме и их влияние на течение всех патологических процессов;
- Алгоритм реализации приоритетной программы охраны материнства и детства;
- Алгоритм выполнения грамотного проведения занятий и уроков гигиены полости рта в дошкольных и школьных заведениях;
- Алгоритм выполнения анестезиологии в стоматологии детского возраста;
- Алгоритм выполнения юридически обоснованного решения вопроса о госпитализации ребенка и оформления направления для госпитализации в стационар;
- Алгоритм выполнения юридически обоснованного общения врача – стоматолога – детского с родителями ребенка или других лиц, представляющих интересы данного ребенка.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов.

1. Препарирование кариозных полостей разной локализации. Выбор пломбировочных материалов.
2. Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности клиники.
3. Лечение пульпита временных зубов у детей.
4. Пульпит постоянных зубов у детей со сформированными и несформированными корнями.
5. Лечение пульпита постоянных зубов у детей.
6. Ошибки и осложнения при лечении пульпита. Критерии эффективности лечения.
8. Периодонтит временных зубов у детей. Клиника, диагностика, выбор метода лечения.
9. Периодонтит постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями. Лечение. Выбор материалов для пломбирования каналов.
10. Пороки развития твердых тканей зуба. Современные методы лечения.
11. Травма зубов: ушибы, вывихи, переломы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
12. Новые методики лечения травмы зубов у детей. Ошибки, осложнения, прогноз.

13. Заболевания слизистой оболочки рта различного происхождения. Дифференциальная диагностика, принципы лечения.
14. Болезни пародонта у детей. Новые лекарственные средства в лечении заболеваний СОПР и пародонта.
15. Профилактика болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта.
16. Рентгенологическая семиотика заболеваний зубов и околозубных тканей в детском возрасте.
17. Неотложная стоматологическая помощь детям.
18. Премедикация и обезболивание в детской терапевтической стоматологии.
19. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта.
20. Кариес. Клиника, диагностика. Лечение начальных форм кариеса временных и постоянных зубов и критерии его эффективности.