Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.76 Стоматология детская

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1119 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.76 Стоматология детская (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-стоматолог детский».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.76 Стоматология детская составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.76 Стоматология детская выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.76 Стоматология детская, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-стоматолог детский».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) 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 (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6)

Лечебная деятельность:

- готовностью к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи (ПК-7);
- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8).

Реабилитационная деятельность:

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9).

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям

оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10).

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовностью к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации:

1) визуальный метод;

2) метод витальной окраски;

3) метод рентгенологического исследования;

4) метод волоконной оптики;

5) все перечисленные.

2. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является:

1) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1,5 мес.;

2) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро;

3) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение – кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки;

4) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом;

5) не названа.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные

билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.76 Стоматология детская.

Примеры контрольных вопросов:

1. Организация детской стоматологической помощи населению в РФ.
2. Возрастные иммунологические, неспецифические особенности, особенности функции, анатомии, психики организма детей и подростков.

Примеры контрольных заданий:

1. Опишите процедуру препарирования кариозных полостей I-V классов.
2. Опишите процедуру удаления временного и постоянного зуба у детей по различным показаниям.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Мальчик 10 лет обратился с жалобой на изменение цвета зуба 1.1. Из анамнеза: была травма зубов 1,5 года назад (упал на горке в аквапарке), зуб 1.1 был полностью вывихнут. По месту травмы произведена репозиция зуба с шинированием, шина снята через 3 месяца. Объективно: зуб 1.1 розоватого цвета, слегка подвижен (I ст.). На ренгенограмме в нижней трети корневого канала имеется расширение в виде очага просветления округлой формы с четкими контурами. Перкуссия зуба безболезненна.

Диагноз и тактика лечения?

Ситуационная задача № 2.

Родители ребенка 2,5 лет обратились с жалобами на наличие на зубах темного налета. Из анамнеза: ребенок часто болеет, последний эпизод ОРВИ месяц назад сопровождался приемом антибиотиков, после чего и появился налет. Объективно: в пришеечных областях всех зубов имеется плотный серовато-коричневый налет, чрезвычайно плохо снимающийся даже при чистке механическим инструментом с абразивной пастой.

Заключение и тактика лечения.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
- от 90 % и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80 % до 89 % правильных ответов – **хорошо**;
- от 70 % до 79 % правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70 % правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 2. Болезни пародонта: учебник / Под ред. Г. М. Барера. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-3459-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434598.html
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта.: учебник / Под ред. Г. М. Барера – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-3460-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434604.html
3. Волков Е. А. Терапевтическая стоматология. Болезни зубов. В 3 ч. Ч. 1.: учебник / под ред. Е. А. Волкова, О. О. Янушевича – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-3339-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433393.html
4. Дмитриева Л. А. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 888 с. – (Серия «Национальные руководства»). – ISBN 978-5-9704-6097-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460979.html

Дополнительная литература:

1. Базикян Э. А. Стоматологический инструментарий / Э. А. Базикян – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-4049-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440490.html
2. Янушевич О. О. Пародонтология / под ред. Янушевича О. О., Дмитриевой Л. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-4365-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443651.html
3. Афанасьев В. В. Ксеростомия (сухость полости рта). Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / В. В. Афанасьев, М. Л. Павлова, Х. А. Ордашев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4747-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447475.html
4. Афанасьев В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы / Афанасьев В. В., Мирзакулова У. Р. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-5066-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450666.html
5. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / Епифанов В. А., Епифанов А. В. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-5390-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.76 Стоматология детская

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Стоматология детская/40	**1. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации** 1) визуальный метод 2) метод витальной окраски 3) метод рентгенологического исследования 4) метод волоконной оптики 5) все перечисленные **2. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса у детей с третьей степенью активности является** 1) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес. 2) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро 3) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение – кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки 4) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом 5) не названа **3. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают** 1) для диагностики скрытый кариозных полостей 2) для определения глубины распространения кариозного процесса 3) для диагностики вторичного кариеса 4) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов 5) при всех перечисленных выше ситуациях **4. Наиболее часто в молочных зубах встречается** 1) глубокий кариес 2) кариес в стадии пятна 3) средний кариес 4) поверхностный кариес 5) все вышеперечисленное **5. С прокладкой из СИЦ в постоянных молярах у детей 6-8 лет можно применять следующие пломбировочные материалы** 1) акриловые пластмассы

		2) композиционные материалы 3) гелиоматериалы 4) амальгама 5) Верно 2), 3), 4) **5. При лечении кариеса моляров у 2-летнего ребенка следует применять** **без прокладки пломбировочные материалы** 1) амальгаму 2) силидонт 3) лактодонт 4) силицин 5) стомадент **6. Без прокладки для лечения постоянных несформированных резцов** **можно применять** 1) СИЦ 2) силидонт 3) силицин 4) эвикрол 5) стомадент **7. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (1 класс, моляр) у ребенка при 1-й степени** **активности кариеса** 1) современные СИЦ, компомеры 2) пломба на основе акриловой пластмассы 3) пломба из серебряная амальгамы, галлодента 4) пломба из композиционного материала 5) пломба из герментного цемента **8. Герметики-силанты применяются** 1) только с профилактической целью 2) только с лечебной целью 3) с лечебно-профилактической целью 4) с эстетической целью 5) ни одна из выше перечисленных **9. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является** 1) механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль) 2) химическое соединение с твердыми тканями зубов 3) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах 4) удержание за счет правильно сформированной полости зуба 5) ни один из выше перечисленных **10. При лечении глубокого кариеса применяются следующие лечебные прокладки** 1) формальдегидсодержащие пасты без резорцина

		2) серебрянная паста Гениса 3) паста формалин-резорциновая 4) кальмецин 5) все вышеперечисленное **11. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать** **1**) хорошей пластичностью, быстрым твердением 2) быть механически прочным, высоко адгезивным 3) противовоспалительным и одонтотропным действием 4) не обладать пористостью 5) не обладать токсичностью **12. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса** 1) биологический метод 2) метод, предусматривающий удаление всей пульпы 3) метод прижизненной ампутации 4) метод девитальной ампутации 5) не назван **13. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения** **воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет** 1) биологический метод 2) метод девитализации с последующей мумификацией 3) метод прижизненной ампутации 4) метод полного удаления пульпы (экстирпация) 5) не назван **14.Показанием к методу девитальной ампутации являются** **1**) все формы пульпита в сформированных молочных резцах 2) все формы пульпита в сформированных молочных молярах независимо от стадии развития зуба 3) все формы пульпита в сформированных молочных молярах независимо от стадии развития зуба и в несформированных постоянных молярах 4) все формы пульпита в сформированных постоянных молярах 5) все формы пульпита в сформированных молочных молярах **15. Скорее всего подтвердит диагноз пульпита у детей** **1**) реакция на температурные раздражители 2) рентгенологическое исследование 3) ЭОД 4) анализ крови 5) ни один из перечисленных

		16. Всегда протекает с сообщением кариозной полости с полостью зуба 1) острый общий пульпит 2) хронический фиброзный пульпит 3) хронический гангренозный пульпит 4) хронический гипертрофический пульпит 5) не назван **17. 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** 1) грубой механической травмы пульпы при лечении 2) раздражения пульпы медикаментами 3) некроза пульпы 4) хронического воспаления корневой пульпы 5) распада корневой пульпы **18. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в молочном моляре у ребенка 5 лет является** 1) биологический метод 2) витальная ампутация коронковой пульпы 3) высокая ампутация 4) девитальная ампутация 5) девитальная экстирпация **19. Для хронического гипертрофического пульпита характерно** 1) зондирование безболезненно в полости зуба и в каналах 2) коронковая пульпа некротизирована, корневая болезненна 3) разрастание кровоточащей ткани из полости зуба в кариозную полость 4) определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование безболезненно 5) кариозная полость имеет точечное сообщение с полостью зуба, зондирование резко болезненно **20. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитовв зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является** 1) эвгеноловая паста 2) резорцин-формалиновая паста 3) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент" 4) серебряная паста Гениса 5) не назван **21. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является** 1) применение физиотерапевтических методов лечения

		2) медикаментозная обработка корневых каналов зубов 3) инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов, рациональное пломбирование 4) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов 5) не названо **22. Резорцин-формалиновая паста состоит из** **1**) 40% формалина, резорцина до насыщения 2) 40% формалина, резорцина и водного дентина 3) 40% формалина, резорцина и окиси цинка 4) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка 5) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина **23. При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение** 1) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на 2-3 дня тампон с резорцин-формалиновой смесью 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов 3) ампутируют пульпу и оставляют тампон с резорцин-формалиновой смесью на 2-3 дня 4) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу 5) удаление пульпы после ее некротизации из всех каналов с последующим пломбированием **24. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является** 1) возраст ребенка 2) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя 3) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов 4) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба) 5) не названо **25. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является** 1) удаление зуба 2) резекция верхушки корня 3) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами 4) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки 5) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушку **26. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах** 1) 1-6 мкА 2) 20-60 мкА

		3) 100-200 мкА **27. Имеются ли показания для односеансового метода лечения периодонтита постоянного однокорневого зуба при периостите?** 1) нет, ибо целесообразнее вначале ликвидировать периостит и раскрыть зуб 2) да, надо запломбировать канал и сделать разрез 3) нет, такой зуб подлежит удалению 4) да, надо провести тщательную инструментальную обработку и запломбировать канал 5) не названы **28. Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить** 1) обострением воспалительного процессу 2) врастанием грануляционной ткани в канал 3) неправильным лечением 4) применением сильнодействующих препаратов 5) не назван **29. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного?** 1) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым 2) да, при условии хорошего освобождения канала и выведении его антибиотиков в периапикальные ткани 3) да, если есть показания к разрезу по переходной складке 4) да, при выведении за верхушку кортикостероидов 5) не назван **30. Основной клинический признак хронического периодонтитамолочного зуба** 1) пульпа воспалена, резко болезненна при зондировании 2) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно 3) пульпа некротизирована в коронковой части 4) пульпа воспалена только в устьях корневых каналов **31. Лечение обострения хронического периодонтита (оказание первой помощи)** 1) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала(ов), оставить зуб открытым 2) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала(ов), промыть канал (каналы) антисептиками, ферментами, оставить зуб открытым 3) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала (каналов), промыть их антисептиками, раскрыть верхушку(ки) зуба, оставить зуб открытым 4) воздержаться от эндодонтического вмешательства, назначить противовоспалительное лечение 5) раскрыть полость зуба, провести эвдодонтическое лечение в полном объеме, назначить

		противовоспалительное лечение **32. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме** 1) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ 2) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба 4) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером свыше 1 см в диаметре 5) разрежения на рентгенограмме нет **33. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста во временных зубах** 1) острый токсический периодонтит 2) хронический гранулирующий периодонтит 3) хронический гранулематозный периодонтит 4) хронический фиброзный периодонтит 5) хронический периодонтит в стадии обострения **34. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии при хроническом периодонтите молочного зуба?** 1) до начала минерализации коронки зуба 2) в период минерализации коронки зуба 3) после полного формирования коронки зуба 4) все вышеизложенные 5) ни одно из вышеизложенных **35. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести при остром течении периодонтита или его обострении?** 1) отпрепарировать кариозную полость 2) пломбирование канала 3) проведение резорцин-формалинового метода 4) расширение каналов 5) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов **36. Наиболее часто обусловливает раннее удаление молочного зуба** 1) идиопатическая резорбция 2) резорбция в результате новообразований 3) патологическая резорбция при хроническом воспалении 4) физиологическая резорбция 5) все вышеперечисленное **37. Особенностью детского возраста является следующий исход остеомиелита челюстных костей** 1) адентия 2) образование дефекта кости 3) задержка роста челюсти 4) патологический перелом челюсти

		5) не назван **38. Чаще поражается одонтогенными кистами** а) верхняя челюсть б) обе челюсти одинаково *в) нижняя челюсть* г) скуловая кость д) челюстные кости не поражаются **39. 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 **40. 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) ни один из перечисленных ответов
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся:** 1) государственная система здравоохранения; 2) муниципальная система здравоохранения; 3) частная система здравоохранения; 4) система медико-социального обеспечения; 5) все перечисленное. **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:** 1) генетические; 2) природно-климатические; 3) уровень и образ жизни населения; 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи; 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные. **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести:** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью; 2) расходы на лечебную помощь; 3) выплата пенсий по инвалидности. **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме:** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам; 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения; 3) финансирование учреждений здравоохранения;

		4) качество медицинской помощи; 5) социально-экономические условия для медицинского персонала; 6) здоровье населения. **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются:** 1) расходы на питание пациентов; 2) расходы на медикаменты; 3) накладные расходы; 4) верных ответов нет.
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических:** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение; 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов; 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология; 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология; 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена. **2. К методам просветительской работы относят все, кроме:** 1) наглядных; 2) комбинированных; 3) устных; 4) творческих. **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется:** 1) учебная программа; 2) учебный план; 3) государственный образовательный стандарт; 4) тематический план. **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это:** 1) мониторинг; 2) контроль; 3) планирование качества; 4) оценка качества. **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это:** 1) кредит; 2) нагрузка; 3) зачетные единицы.
4.	Гигиена и	**1. К задачам медицинской экспертизы**

	эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**продовольствия относится всё, кроме:** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации; 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза); 3) витаминизация основных и дополнительных пайков; 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны; 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью. **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают:** 1) оперативную обстановку; 2) время года; 3) наличие пригодной для использования воды; 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки; 5) всё верно. **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф:** 1) природных; 2) техногенных; 3) антропогенных; 4) социальных. **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются:** 1) таблетки Пантоцид; 2) таблетки Аквасепт; 3) таблетки Рапосепт. **5. Способы хлорирования воды**: 1) хлорирование нормальными дозами; 2) гиперхлорирование; 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование.
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются:** 1) рост бактерий в организме человека или животных; 2) рост на синтетических средах; 3) культивирование при низких температурах; 4) рост на средах, содержащих количество углеводов. **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют:**

		1) метод диффузии в агар с применением дисков; 2) метод серийных разведений в жидкой питательной среде; 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде; 4) ускоренный метод с кровью; 5) ускоренный метод с ТТХ. **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии:** 1) ветвящиеся тонкие нити; 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки; 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом; 4) грамотрицательные диплококки; 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской. **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме:** 1) Streptococcus гр. А; 2) Klebsiella; 3) St. Pneumoniae; 4) Acinetobacter. **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме:** 1) интерферон; 2) тетрациклин; 3) эритромицин; 4) доксициклин; 5) левомицетин.
6.	Ортодонтия и детское протезирование/10	**1. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:** 1) центральной 2) боковой левой 3) передней 4) дистальной 5) боковой правой **2. Окклюзия - это:** 1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей 2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней 4) соотношение беззубых челюстей 5) вид прикуса **3. Проверка окклюзионных контактов на этапе припасовки несъемного мостовидного протеза проводится при окклюзиях:** 1) сагиттальных 2) центральной и сагиттальных 3) сагиттальных и боковых 4) боковых, сагиттальных и центральной 5) центральной

		4. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели: 1) установленные в окклюдатор 2) установленные в артикулятор 3) с восковыми базисами и окклюзионными валиками 4) с восковыми базисами и искусственными зубами 5) с восковыми базисами, установленные в окклюдатор **5. Абсолютная сила жевательных мышц по Веберу при их двухстороннем сокращении равняется (в кг):** 1) 100 2) 195 3) 300 4) 390 5) 780 **6. И.М. Оксман предложил в дополнение к методу определения жевательной эффективности по Н.И. Агапову анализировать:** 1) подвижность зуба 2) изменение цвета зуба 3) состояние коронки зуба 4) атрофию костной ткани челюсти 5) местоположение зуба в зубном ряду **7. Коэффициенты выносливости пародонта зубов, предложенные В.Ю. Курляндским, получены на основании данных исследований:** 1) гнатодинамометрии 2) анатомических особенностей строения зубов 3) подвижности зубов 4) жевательных проб 5) абсолютной силы жевательных мышц **8. При изготовлении одиночной коронки слепок снимают с:** 1) челюсти, на которой будет припасована коронка 2) препарированного зуба и с противоположной челюсти 3) фрагмента челюсти с препарированным зубом 4) препарированного зуба 5) обеих челюстей **9. Специфической (рабочей) частью функционального элемента зубочелюстной системы – зубного органа, является:** 1)периодонт 2)зуб 3)пульпа 4)пародонт 5)десна **10. Основа работы с артикулятором является определение и установка…** 1)центральной окклюзии и физиологического покоя 2)резцового и суставного компонентов 3)центральной и передней окклюзии 4)боковой окклюзии и угла Беннета 5)групповой и клыковой направляющей функции

7.	Стоматология хирургическая /10	**1. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:** 1) наличие санитарных книжек у сотрудников; 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета; 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств; 4) результаты азопирамовой пробы. **2. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:** 1) операцию Ванаха; 2) уранопластику; 3) вскрытие флегмоны дна полости рта; 4) вскрытие абсцесса. **3. Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области:** 1) надбровных дуг; 2) область скулочелюстного шва; 3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа; 4) верны ответы 1, 3. **4. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:** 1) «гроздьев винограда»; 2) «чернильного пятна»; 3) сужение протоков паренхимы; 4) расширение протоков паренхимы. **5. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:** 1) лобным нервом; 2) скуловым нервом; 3) подглазничным нервом; 4) щёчным нервом. **6. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:** 1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба; 4)смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба. **7. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:** 1) цианозом, сонливостью; 2) судорогами; 3) тошнотой и рвотой;

		4) всем перечисленным. **8. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:** 1)удалении причинного зуба; 2)широкий периостотомии челюсти с двух сторон; 3)в периостотомии в области причинного зуба, дренировании; 4)удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании. **9. Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон?** 1)5-6 раз в день; 2)каждый час, полтора; 3)1-2 раза в сутки; 4)если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо; 5)каждый раз, когда он проваливается в мягкие ткани (рану. **10. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:** 1)шпатель; 2)распатор; 3)зажим Кохера; 4)крючок Фарабефа; 5)элеватор Карапетяна.
8.	Стоматология ортопедическая /10	**1. Названию окклюзионная плоскость соответствует определение:** 1) плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей; 2) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа; 3) искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении; 4) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы; 5) искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении. **2. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:** 1) разобщение полости рта и полости носа; 2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания; 3) восстановление фонетики; 4) верны ответы 1, 2. 5) верны ответы 1, 2, 3. **3. После достижения заднего контактного положения, нижняя челюсть устанавливается в положение центральной окклюзии, при этом дистальные скаты нижних боковых зубов скользят по мезиальным скатам верхних боковых зубов:** 1) отверждение верно; 2) утверждение не верно. **4. При формировании полости под вкладку наиболее**

		опасным местом у резцов являются: 1) у режущего края; 2) с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки; 3) оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки. **5. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится:** 1) перед моделированием опорных коронок; 2) на этапе припасовки опорных коронок на модели; 3) одновременно с моделированием опорных коронок; 4) после припасовки опорных коронок в клинике. **6. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется:** 1) методика «закрытой ложки»; 2) методика «открытой ложки»; 3) методика двуслойного тоттиска; 4) все вышеперечисленное верно; 5) все вышеперечисленное не верно. **7. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя** 1) различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров; 2) различные конструкции замковых соединений (аттачменов); 3) различные конструкции телескопической фиксации; 4) эластические подкладки под базисом протеза; 5) различные конструкции антиопрокидывателей. **8. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы:** 1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба; 2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба; 3) остановить кровотечение; 4) устранить воспалительные изменения в десне. **9. Хирургическая подготовка протезного ложа к протезированию полными съемными протезами включает:** 1) обязательное удаление небного торуса; 2) углубление преддверия и дна полости рта; 3) устранение тяжей и рубцов, перемещение уздечек; 4) устранение экзостозов; 5)верны ответы 2, 3, 4. **10. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике:** 1) верхнем; 2) нижнем; 3) верхнем и нижнем; 4) верхнем только в области жевательных зубов; 5) нижнем только в области жевательных зубов.

9.	Ортодонтия /10	**1. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения:** 1) длины верхней челюсти; 2) длины нижней челюсти; 3) наличия зачатков постоянных зубов в дистальных отделах челюстей; 4) размеров апикального базиса; 5) всего вышеперечисленного. **2. Специальным методам диагностики в ортодонтии относятся:** 1) опрос, осмотр полости рта; 2) рентгенологические методы; 3) антропометрические, функциональные, графические методы; 4) анализ ТРГ; 5) измерение гипсовых моделей челюстей. **3. Клиническими признаками, характерными для деформации зубных рядов, являются:** 1) тесное положение зубов; 2) дистопия зубов; 3) стираемость зубов; 4) подвижность зубов; 5) изменение формы и размера зубного ряда. **4. С целью укорочения зубной дуги верхней челюсти в период прикуса постоянных зубов чаще всего удаляют:** 1) клыки; 2) первые премоляры; 3) вторые премоляры; 4) первые моляры. 5) вторые моляры **5. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся:** 1) аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий; 2) аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей; 3) аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения; 4) аппараты, предупреждающие рецидив ЗЧА; 5) съёмный **6. Использование ортодонтических имплантатов отменяет физические принципы биомеханики и не требует постоянного контроля над перемещениями зубов:** 1) утверждение верно; 2) утверждение не верно. **7. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:** 1) дистальное; 2) нейтральное; 3) антериальное;

		4) правильный ответ не назван; 5) мезиальное. **8. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте**: 1) до 6 лет; 2) до 7 лет; 3) до 8 лет; 4) до 9 лет; 5) до 11 лет. **9. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа:** 1) срединного небного шва; 2) носовых костей; 3) скуловых костей; 4) сошника; 5) во всех перечисленных. **10. Объем полости рта возможно увеличить**: 1) выдвижением нижней челюсти; 2) расширением зубных рядов; 3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы; 4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов; 5) всеми перечисленными мероприятиями.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов, эмбриология зубочелюстной области, основные нарушения эмбриогенеза
2. Медицинские изделия, применяемые в детской стоматологии (Принципы устройства и правила эксплуатации). Дезинфекция, предстерилизационная подготовка и стерилизация кабинета детской стоматологии.
3. Осмотр зубов: последовательность, признаки нормы и патологии. Отличие временных и постоянных зубов. Запись зубной формулы.
4. Зубная бляшка: механизм образования, состав, влияние на ткани зуба и десны, способы удаления, контроль её образования. Зубной камень: виды, механизм образования, состав, влияние на ткани пародонта, способы удаления.
5. Кариес временных зубов: течение, локализация, патологоанатомические зоны, симптоматика. Лечение кариеса временных зубов. Выбор пломбировочного материала.
6. Кариес в стадии пятна: патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика с пороками формирования зубов, лечение.
7. Компенсированная и субкомпенсированная формы кариеса зубов у детей: диагностика, патологоанатомические особенности, клиника, объём стоматологической помощи.
8. Лечение кариеса постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями у детей. Выбор пломбировочного материала.

9. Ошибки и осложнения при лечении кариеса временных и постоянных зубов у детей. Профилактика и лечение осложнений.
10. Гипоплазия эмали временных и постоянных зубов. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
11. Флюороз. Этиопатогегнез, клиника, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение. Герметизация фиссур зубов: показания, методики, материалы.
12. Особенности кариеса в период формирования постоянных зубов. Клиника, диагностика. Лечение
13. Этиология и патогенез пульпитов у детей. Особенности клинического течения хронических и острых форм пульпита у детей. Диагностика. Лечение.
14. Этиология, патогенез периодонтита у детей. Особенности клинического течения острого и хронического апикального периодонтита во временных зубах и постоянных зубах с незаконченным формированием корней.
15. Хронический гранулирующий периодонтит. Осложнения периодонтита. Тактика лечения периодонтита временного зуба.
16. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями (трещины эмали). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Неосложненный перелом коронки. Осложненный перелом коронки. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Полный перелом коронки зуба. Коронково-корневой продольный перелом. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Перелом корня зуба. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Полный вывих молочного и постоянного зуба. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Травма зубов с незаконченным ростом корня зуба. Травма зубов с несформированной верхушкой корня. Травма зубов с полностью сформированной корневой системой.
22. Классификация травм молочных зубов. Лечение травм молочных зубов.
23. Особенности строения тканей пародонта у детей в период временного, сменного и постоянного прикуса.
24. Рентгенологическая картина строения пародонта в период временного, смешанного и постоянного прикуса.
25. Гингивит у детей: этиология, клиника, принципы лечения и профилактики.
26. Пародонтит у детей: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
27. Особенности лечения болезней пародонта у детей. Составление индивидуального плана лечения (терапевтического, хирургического и ортодонтического)
28. Острый герпетический стоматит у детей: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
29. Рецидивирующий герпетический стоматит у детей: патогенез, клиника, принципы профилактики и лечения.
30. Стоматиты при инфекционных (вирусных и бактериальных) болезнях у детей (гриппе, парагриппе, энтеровирусном стоматите, кори, ветряной оспе, опоясывающем лишае, инфекционном мононуклеозе, скарлатине, дифтерии). Клиника, диагностика, лечение.
31. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
32. Этиология, клинические проявления и лечение ангулярного, гландулярного, эксфолиативного, метеорологического, актинического, контактного, экзематозного, атопического хейлита.
33. Виды наркоза, применяемые в детской стоматологической практике. Показания к общему обезболиванию у детей в плановом и экстренном порядке.
34. Апплиационная анестезия. Инфильтрационная анестезия. Показания. Принципы проведения. Препараты. Достоинства и недостатки.

35. Проводниковая анестезия. Преимущества проводниковой анестезии. Возрастные особенности техники проведения. Премедикация, седативная подготовка ребенка. Схема проведения. Показания.
36. Неотложные состояния на детском стоматологическом приёме. Классификация острых состояний. Принципы оказания первой помощи.
37. Особенности течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей. Факторы, вызывающие развитие воспалительного процесса.
38. Одонтогенные воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей.
39. Периодонтит. Классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
40. Перикоронарит. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.
41. Альвеолит. Остит. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.
42. Периостит. Классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
43. Остеомиелит. Классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
44. Лимфаденит и периаденит. Классификация, клиническая картина, диагностика, методы лечения.
45. Абсцесс. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.
46. Флегмоны челюстно-лицевой области у детей. Фурункулы челюстно-лицевой области у детей. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
47. Гематогенный остеомиелит верхней и нижней челюсти. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.
48. Выбор антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей
49. Пути распространения одонтогенной инфекции (венозный, лимфогенный, контактный) от зубов верхней и нижней челюстей.
50. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
51. Паротит новорожденного. Эпидемический паротит. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
52. Гриппозный сиалоаденит. Острый неспецифический сиалоаденит. Хронический неспецифический сиалоаденит. Калькулезный сиалоаденит. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
53. Костная или геморрагическая киста. Радикулярная киста. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
54. Киста прорезывания. Фолликулярная киста. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
55. Ретенционные кисты (мукоцели). Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
56. Слюннокаменная болезнь. Этиология, патогенез заболевания. Клиника, диагностика, лечение, исходы.
57. Короткая уздечка верхней и нижней губы. Клиника, показания к операции. Сроки и способы хирургического лечения.
58. Мелкое преддверие полости рта. Возрастные и клинические показатели к операции. Техника вестибулопластики.
59. Короткая уздечка языка. Клиника, показания к операции. Сроки и методы оперативного вмешательства. Комплексное лечение детей с короткими уздечками губ, языка и мелким преддверием полости рта.
60. Врожденные аномалии слюнных желез. Этиология, патогенез заболевания. Клиника, диагностика, лечение.

Ситуационные задачи

Задача 1

Ребенку 2 года. Мать жалуется на наличие белых пятен и кариозных полостей на передних

зубах верхней челюсти отмечает, что появляется боль при приеме холодной пищи и во время чистки зубов, поэтому в настоящее время зубы не чистят. Со слов матери в ночное время ребенок пьет сок из бутылочки. Зубы чистят с 1,5 лет нерегулярно. Status localis: на вестибулярной поверхности в придесневой области зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 кариозные полости. Эмаль вокруг кариозных полостей матовая, легко снимается экскаватором. Дентин кариозной полости светлый, влажный, податливый. Зондирование стенок кариозных полостей болезненное, быстропроходящая болевая реакция на холодную воду. PLI=2,3, кпуз=4.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации кариеса, течения и активности кариозного процесса.
2. Проведите дифференциальную диагностику. Назовите возможные причины кариозной болезни.

Задача 2

С жалобами на наличие кариозной полости и эстетический дефект обратилась девочка 12 лет.

Anamnes vitae: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, группа здоровья III, дискинезия желчевыводящих путей, родители отмечают лабильность нервной системы.

Anamnes morbi: зуб 1.1– ранее не лечен, у девочки сформирована боязнь перед стоматологическими вмешательствами. Данные объективного осмотра: лицо симметричное, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, без патологических образований. Лимфоузлы не пальпируются. Открывание рта свободное, в полном объеме.

При осмотре полости рта: на медиальной и дистальной поверхности зуба 1.1 кариозные полости, заполненные светлым размягченным дентином, снимающимся пластами. Зондирование слабо болезненно по дну полости. Перкуссия безболезненна. Реакция на температурные раздражители слабо болезненна, быстропроходящая.

1. Определите степень активности кариеса.
2. Проведите дополнительные методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения и профилактики.
5. Обоснуйте выбор и свойства применяемых пломбировочных материалов.

Задача 3

С жалобами на косметический дефект и изменение цвета коронок зубов обратились родители девочки 8 лет в терапевтическое отделение стоматологической поликлиники. Anamnes vitae: ребенок практически здоров, кратность простудных заболеваний в год – 1-2 раза в год. В анамнезе отмечался экссудативный диатез в возрасте 2 лет.

Anamnes morbi: со слов родителей, изменение цвета передних нижних зубов выявлялось сразу после прорезывания. В анамнезе отмечают падение с качелей и ушиб подбородочной области и фронтального участка нижней челюсти в возрасте 2,5 - 3 лет. Зубы 3.1, 4.1 ранее не лечены. Данные объективного осмотра: кожные покровы физиологической окраски, бледно-розового цвета. Лицо симметрично, пропорционально. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, в полном объеме.

При внутриротовом осмотре: - на вестибулярной поверхности в центральной области коронковой части зубов 3.1, 4.1– пятна светло-желтого цвета, поверхность гладкая, блестящая. Зондирование поверхности пятен безболезненное. Реакция на холодную воду, вертикальная перкуссия безболезненны. Вопросы:

1. Укажите дополнительные методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз и тактику лечения.
2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 4

Девочка, 13 лет. Обратилась с жалобами на кровоточивость и разрастание дёсен.
Anamnes vitae: аллергологический анамнез не отягощён. В детстве болела простудными заболеваниями. Менструации начались 1,5 года назад. Цикл нерегулярный.
Anamnes morbi: изменения в дёснах начались год назад. К стоматологу не обращалась. Сама пациентка иногда делает ротовые ванночки с отваром календулы. Это приносит кратковременное облегчение. Объективно: ребенок нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. На коже лица себорейные угри. Волосы тусклые, ломкие. Лицо симметричное, без патологии.
При внутриротовом осмотре выявлено: десневой край в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1 и фронтального отдела нижней челюсти отёчен, резко гиперемирован, увеличен в размерах. При надавливании кровоточит. Имеются десквамации.

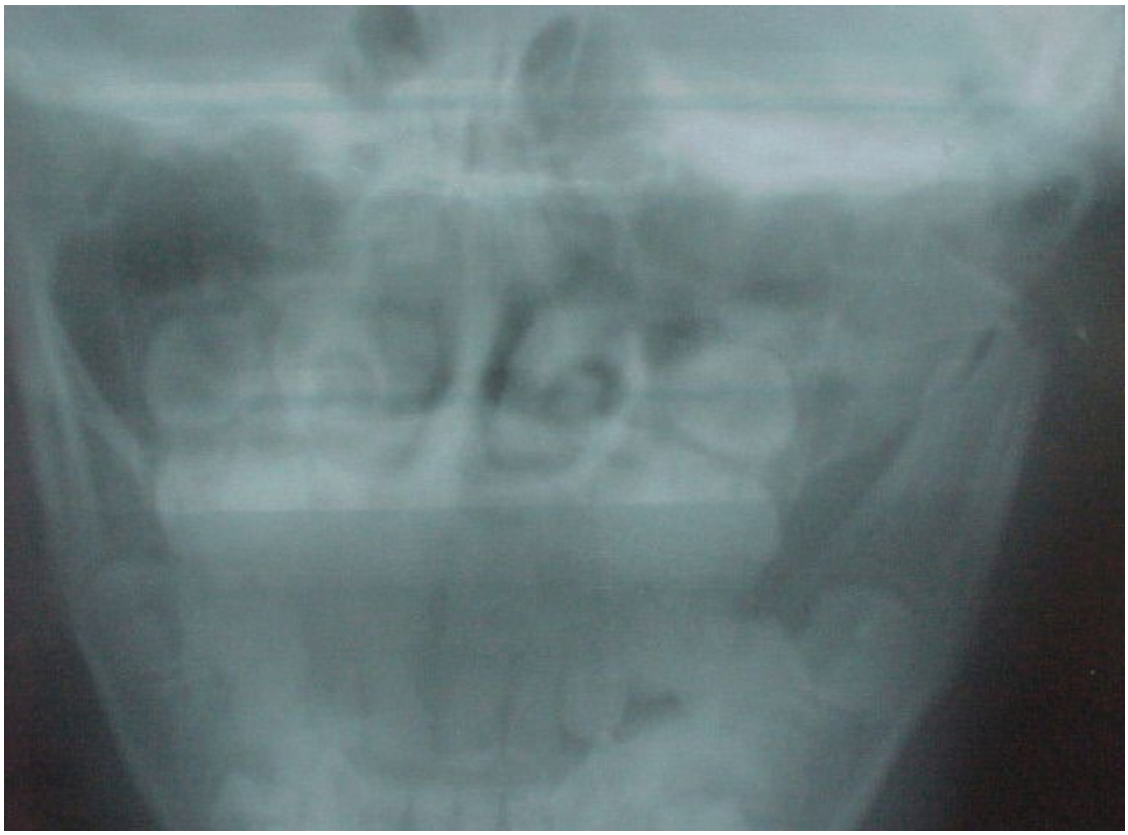
1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы диагностики необходимы в данной ситуации?
3. Чем объясняется гиперплазия десны в сочетании с десквамациями?
4. Какие методы лечения противопоказаны пациентке?

Задача 5

Ребёнок, 8 лет, обратился с жалобами на боли во рту.
Anamnes vitae: со слов мамы, ребенок родился недоношенным, находился на грудном вскармливании и первые три года жизни часто болел острыми простудными заболеваниями. Из аллергических заболеваний мама отмечает атопический дерматит. Кожные проявления наблюдались после приёма цитрусовых. Педиатр назначал диазолин по 0,05 2 раза в день и диету без аллергических продуктов.
Anamnes morbi: 2 дня назад появилась язвочка во рту. Иногда такие язвочки бывают с частотой 2-3 раза в год. С приёмом цитрусовых не связывает. Ухудшения состояния не отмечает.
При объективном осмотре выявлено: лицо симметричное, пропорциональное, без выраженных изменений. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, эрозия размером 2 на 3 мм на внутренней поверхности верхней губы слева.
1. Диагностика и дифференциальная диагностика заболевания.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дайте характеристику первичному элементу.
4. Какова этиология заболевания?

Задача 6

Девочка 9 лет жалуется на ограничение открывания рта, болезненный отек тканей околоушной области слева. Со слов ребенка на уроке физкультуры упала с высоты на подбородок.



1. Поставьте предварительный диагноз, перечислите характерные симптомы.
2. Составьте план лечения

Задача 7

В поликлинику обратился ребенок 8 лет с жалобами на припухлость в подчелюстной области, на общую слабость, головокружение, высокую температуру. Со слов матери припухлость появилась неделю назад, после ОРВИ, постепенно припухлость увеличивалась. До настоящего времени к врачу не обращались.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, температура = 38,6^{0}С.

Объективно: выраженная асимметрия лица слева, за счет отека мягких тканей, кожа в подчелюстной области и в области шеи слева гиперемирована, отечна, в складку не собирается. Пальпируется разлитой, болезненный инфильтрат, без четких границ.

1. Поставьте диагноз
2. Определите место лечения ребенка
3. Составьте план лечения.

Задача 8

В поликлинику обратился ребенок 6 лет с жалобами на боль и припухлость в области нижней челюсти слева. Болен в течение 4 суток. Лечился домашними средствами. Общее состояние удовлетворительное, температура=37,5^{o}с.

Объективно: асимметрия слева, за счет отека мягких тканей лица, кожа в подчелюстной области слева слегка гиперемирована, отечна.

Со стороны полости рта зуб 7.5 под пломбой, коронка зуба розового цвета, зуб подвижен, слизистая оболочка в области зубов 7.5, 7.4 гиперемирована, отечна, переходная, складка сглажена с вестибулярной стороны при пальпации выявляется флюакуация

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения ребенка.

Задача 9

В поликлинику обратился ребенок 5 лет с жалобами на боль и припухлость в области

верхней челюсти слева. Со слов матери, болеет в течение 4 суток. Заболевание началось с боли в зубе. За помощью не обращались, лечились домашними средствами. Общее состояние удовлетворительное, температура =37,6°С.
Объективно: асимметрия слева, за счет отека мягких тканей, кожа слегка гиперемирована со стороны полости рта: коронка зуба 6.4 разрушена, перкуссия зуба болезненна. Слизистая оболочка в области зубов 6.3, 6.4, 6.5 гиперемирована. Отечность с вестибулярной стороны. Пальпация болезненна, при пальпации выявляется флюктуация.
3. Поставьте диагноз
4. Составьте план лечения ребенка.

Задача 10

В поликлинику обратился ребенок 10 лет. Жалуется на боль в области нижней челюсти справа, болен в течении 3 суток. Лечился домашними средствами. Общее состояние удовлетворительное, температура=37,9°с.
Местно: зуб 4.6 запломбирован, коронка зуба разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Десна в области зубов 4.6, 8.5 гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена, пальпация болезненна, при пальпации выявляется флюктуация.
1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения ребенка.

Задача 11

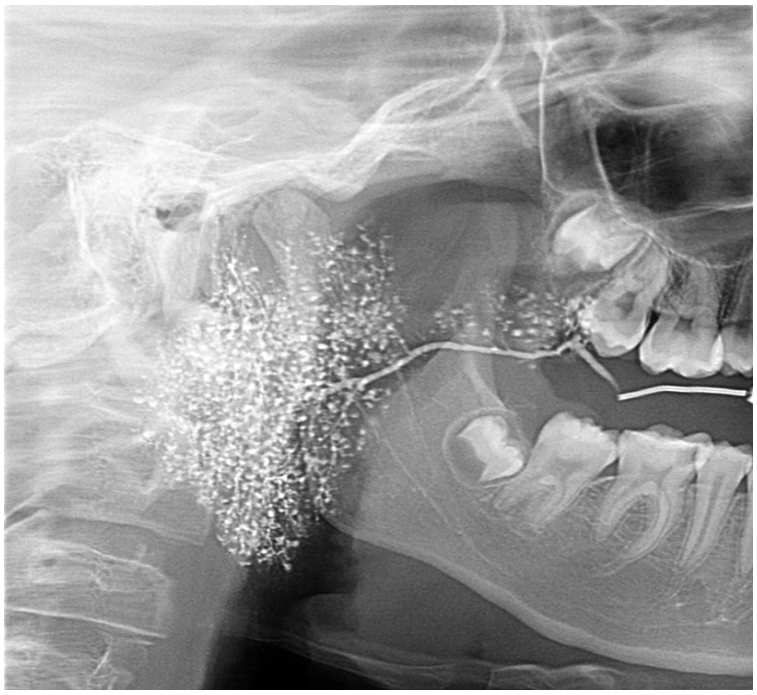
Пациент В, 3 года, после падения с велосипеда обратился в клинику с жалобами на боли в области верхних центральных резцов.
Объективно: отек, гиперемия верхней губы, 5.1 – подвижность 2-ой степени, перкуссия болезненная.

Задача 12

Ребенку 8 лет. Жалобы на острую нарастающую боль в области верхней челюсти слева и боль зуба. Болеет в течение 2 суток, температура тела вечером до 37,5 С. Асимметрия лица за счет припухлости мягких. Объективно: температура тела 37,6. Кожа не напряжена. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Рот открывает хорошо. В зубе 5.5 большая пломба, резкая болезненность при его перкуссии. Переходная складка в области зуба 5.5 сглажена, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации.
1.Поставьте диагноз.
2.Проведите дифференциальную диагностику.
3.Составьте план лечения больного.

Задача 13

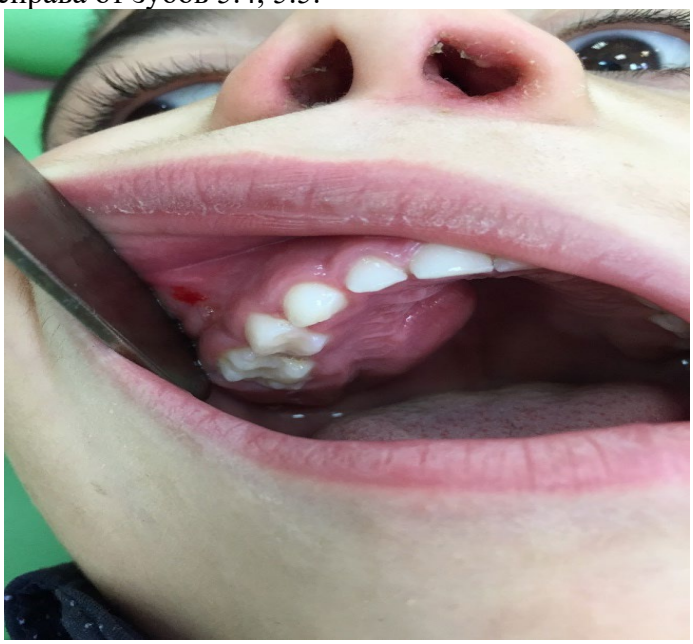
У ребенка 12 лет диагностирован хронический паренхиматозный паротит.



1. Назовите местные клинические симптомы и рентгенологические признаки этого заболевания.
2. С какими заболеваниями необходимо его дифференцировать?
3. Выберите метод лечения.

Задача 14

У ребенка 6 лет диагностирован острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зубов 5.4, 5.5.

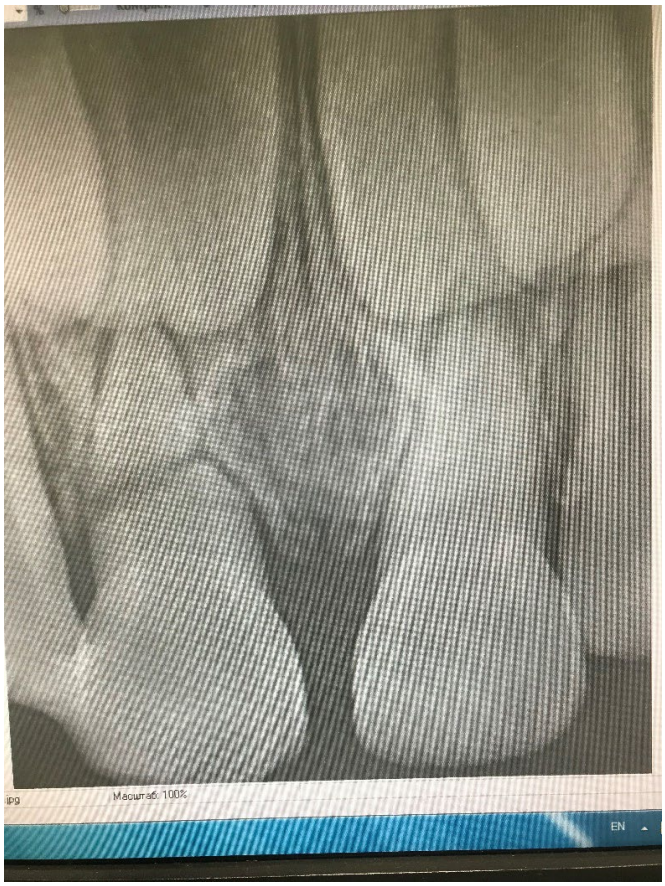


1. Назовите местные патогномоничные клинические признаки этого заболевания.
2. Какие изменения могут быть выявлены на рентгенограмме.
3. Определите план лечения ребенка.

Задача 15

Пациентка Е., 18 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при 18 жевательной нагрузке.

Умеренное ограничение открывание рта (заметила случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма — ударилась подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.
1. Предположительный диагноз.
2. План обследования?
3. План лечения.



1. Поставьте предварительный диагноз
2. Укажите дополнительные методы исследования
3. Укажите тактику ведения пациента
4. Составьте план лечения, при переломе корня зуба на 1/2, 1/3, 2/3

Задача 16

Ребенку 14 лет. Жалобы на впервые появившиеся 2 дня назад боль, кровоточивость, зуд десен, неприятный запах изо рта, головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38^0С. Из анамнеза: ребенок перенес неделю назад ОРВИ. Объективно: десна гиперемирована, болезненна, кровоточит при дотрагивании. Десневые сосочки и краевая десна покрыта серым, снимающимся налетом, под которым определяется язвенная поверхность. Зубы покрыты обильным мягким зубным налетом. В области резцов нижней челюсти определяется отложение зубного камня. Гнилостный запах изо рта.
1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Назначьте, при необходимости, консультацию специалистов.
4. Назначьте план лечения.

Задача 17

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на болезненные высыпания на губах.
Из анамнеза: высыпания на губах появляются в виде пузырьков, которые затем превращаются в светло-коричневые корки, возникают 3-4 раза в год, после простуды и сопровождаются болезненностью при приеме пищи и разговоре. Объективно: При осмотре на красной кайме нижней губы 5 сгруппированных пузырьков. Кожные покровы лица и слизистая оболочка полости рта без видимых излияний.
1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Необходима ли консультация врачей-специалистов

Задача 18

Ребенку 4 года. Жалуется на боли в области нижней челюсти слева, повышенную температуру тела, слабость, отказ от еды. На учете психоневролога. Болел 3 дня, когда заболел зуб 7.5, ранее леченный. Зуб трепанировали, назначили полоскание, сульфаниламидные препараты, однако состояние ребенка ухудшилось.
Об-но: Температура – $38,5^0$С. Отек мягких тканей левой половины лица. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в области нижней челюсти и подчелюстной слева. Кожа над ним гиперемирована, напряжена. Рот открывает ограниченно. В полости рта: переходная складка в области зубов 7.3, 7.5 – гиперемирована, сглажена, Зубы 7.3, 7.4, 7.5 - подвижны, перкуссия их болезненна. В зубах 7.4 и 7.5 большие пломбы. Со стороны анализа крови: лейкоцитов 12 х 109 / л, СОЭ – 35 мм/ час; сдвиг лейкоцитной формулы влево.
1. Поставьте диагноз.
2. Какое обезболивание показано?

Задача 19

Ребенку 9 лет. Жалобы на кратковременную боль в зубе 4.6 зуба от холодного. Status localis: на окклюзионной поверхности зуба 4.6 глубокая кариозная полость, выполненная светлым размягченным дентином, который легко снимается пластами с помощью экскаватора. При зондировании отмечается болезненность по всему дну. КПУ+ кпу=4+7, КПИ = 2, OHI-S=2,2.
Вопросы:
1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие данные анамнеза и дополнительные методы исследования необходимы?

Задача 20

Ребенку 2 года 2 месяца. На протяжении 3 суток у него высокая температура – до 39,8ºС, рвота, 1 раз было кровотечение из носа. Ребенок плохо спит, отказывается от пищи, вял, пассивен. Объективно: на веках, мочке правого уха, коже околоротовой области мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. Лимфаденит подчелюстных и шейных лимфатических узлов, болезненность при пальпации. Красная кайма губ яркокрасного цвета, в углах рта заеды, мацерация. Слизистая оболочка полости рта ярко красного цвета. На слизистой оболочке губ, щек, языка, мягкого и твердого неба, небных дужках множественные единичные и слившиеся эрозии. Слюна вязкая, неприятный запах изо рта Десна гиперемирована, отечна в области всех зубов, некротизирована в области прорезывающегося зуба 8.5.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения ребенка.
3. Дайте рекомендации по уходу.

Практические навыки:

1. Обследовать ребенка с острым и хроническим периоститом челюсти с формулировкой диагноза.
2. Составить индивидуальный план лечения ребенка с острым или хроническим одонтогенным периоститом с определением показаний к хирургическому лечению и его объема.
3. Проводить периостотомию и дренировать рану.
4. Читать рентгенограммы пациентов с острыми и хроническими периоститами челюстей.
5. Взять материал из раны на определение микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам.
6. Провести местное обезболивание на детском стоматологическом приеме. Определить показания, противопоказания, методики проведения.
7. Провести обследование ребенка с воспалительными заболеваниями слюнных желез с формулировкой диагноза
8. Прочитать обзорные и контрастные сиалограммы.
9. Составить индивидуальный план лечения ребенка с воспалительным заболеванием слюнной железы.
10. Взять мазок из выводного протока железы для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.
11. Провести подкожную фурациллин-новокаиновую блокаду железы.
12. Обследовать ребенка с лимфаденитом, абсцессом, флегмоной и актиномикозом челюстно-лицевой области с формулировкой диагноза.
13. Читать рентгенограммы челюстей детей с актиномикозом и другими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
14. Составить индивидуальный план лечения ребенка с лимфаденитом, абсцессом, флегмоной и актиномикозом челюстно-лицевой области.
15. Определить показания к госпитализации детей с данными заболеваниями.
16. Обследовать ребенка с острым остеомиелитом и сформулировать диагноз.
17. Определить показания к госпитализации детей с острым остеомиелитом.
18. Составить индивидуальный план лечения ребенка с острым остеомиелитом.
19. Составить индивидуальный план лечения ребенка с хроническим остеомиелитом челюсти с определением показаний к хирургическому лечению и видам его (удаление зубов, секвестрэктомия, шинирование и т. п.).
20. Провести зондирование свищей и удаление мелких поверхностнолежащих секвестров.
21. Взять мазок из раны или свища для определения микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам.
22. Удалить подвижные зубы из очага воспаления или зашинировать их при наличии показаний.