

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Стоматология детского возраста:
учебно-методическое пособие для аспирантов
(специальность «Стоматология» 14.01.14)**

Казань 2018

ББК57.336.6я78
УДК616.314-053.2(075.8)
С81

Печатается по решению Центрального Координационно-Методического Совета
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Составители:

заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ
РФ, доцент, к.м.н. Сафина Роза Миннабутдиновна
профессор кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,
д.м.н. Хамитова Наиля Ханифовна
доцент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,
к.м.н. Абдрашитова Алена Борисовна
доцент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,
к.м.н. Цинеккер Дина Айдаровна
профессор кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,
д.м.н. Мамаева Елена Владимировна

Рецензенты:

заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ,
д.м.н., профессор Блашкова С.Л.
заведующий кафедрой терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии
КГМА-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, д.м.н., профессор Анохина А.В.

Стоматология детского возраста: учебно-методическое пособие для аспирантов
(специальность «Стоматология» 14.01.14) / Сост.: Сафина Р.М., Хамитова Н.Х.,
Абдрашитова А.Б., Цинеккер Д.А., Мамаева Е.В. – Казань: ИД «МедДоК»,
2018. – 96 с.

Учебно-методическое пособие для практических занятий и самостоятельной
работы аспирантов (направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая
медицина», специальность: «Стоматология» 14.01.14) составлено в
соответствии с рабочей программой дисциплины по выбору «Стоматология
детского возраста» для проведения текущего контроля успеваемости и
промежуточной аттестации, охватывает разделы стоматологии детского
возраста, освещены вопросы современных технологий в диагностике, лечении и
профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение.....	4
2. Содержание дисциплины	8
3. Паспорт фонда оценочных средств.....	12
4. Спецификация фонда оценочных средств.....	14
5. Фонд оценочных средств	
5.1. Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков	21
5.2. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков	28
5.3. Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков	34
5.4. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков	42
5.5. Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков	51
5.6. Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков	56
6. Эталоны ответов	
6.1. Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков	62
6.2. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков	64
6.3. Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков	68
6.4. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков	70
6.5. Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков	72
6.6. Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков	74
7. Имитационные технологии.....	79
8. Вопросы к государственной итоговой аттестации	85

1. ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие для практических занятий и самостоятельной работы аспирантов (направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность: «Стоматология» 14.01.14) составлено в соответствии с рабочей программой дисциплины по выбору «Стоматология детского возраста» в соответствии Федеральным государственным требованиям к подготовке кадров высшей квалификации. Издание содержит новые подходы к изучению и оценке подготовки аспирантов по специальности.

Цель учебно-методического пособия: подготовка кадров высшей квалификации к научно-исследовательской и педагогической деятельности в области стоматологии детского возраста, способность и готовность к изучению этиологии, патогенеза стоматологических заболеваний у детей и подростков, разработке и совершенствованию методов их профилактики, ранней диагностики и современных методов лечения, а также разработке и обоснованию новых клинико-технологических методов.

Задачи учебного пособия:

1. Разработать новые подходы к оценочной деятельности на различных этапах формирования компетенций у аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14, дисциплина по выбору «Стоматология детского возраста».
2. Достичь систематизации и упорядоченности в оценочной деятельности аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14, дисциплина по выбору «Стоматология детского возраста».
3. Достичь объективности и прозрачности в оценке результатов обучения клинических аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14, дисциплина по выбору «Стоматология детского возраста».
4. Создать возможность самооценки результатов усвоения компетенций аспирантов по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», специальность «Стоматология» 14.01.14, дисциплина по выбору «Стоматология детского возраста».

В процессе обучения аспирант должен освоить следующие профессиональные компетенции:

- способность и готовность проводить научно-исследовательскую работу по изучению этиологии, патогенеза, эпидемиологии стоматологических заболеваний для повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения данной патологии (ПК-1);
- способность и готовность осуществлять, разрабатывать и совершенствовать научно-исследовательскую работу и реализовывать педагогический процесс по клиническим и клиничко-технологическим методам профилактики, ранней диагностики и лечения стоматологических заболеваний (ПК-2);
- способность и готовность осуществлять педагогическую работу, а также разрабатывать и совершенствовать научные методы организации и оказания стоматологической помощи населению и развитие специальности в новых условиях хозяйствования (ПК-3).

В результате освоения дисциплины аспирант должен быть способен и готов:

- проводить научно-исследовательскую работу по изучению этиологии, патогенеза, эпидемиологии стоматологических заболеваний для повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения данной патологии (ПК-1):

Изучаемая дисциплина ориентирована на:

- успешное освоение нового материала, этиологии, пато- и морфогенеза стоматологических заболеваний и их осложнений, современных методов лечения, диагностики, дифференциальной диагностики у детей и подростков;
- структурные основы выздоровления и отдаленные последствия стоматологических заболеваний у детей и подростков;
- морфологию и механизмы процессов приспособления и компенсации организма в ответ на воздействие патогенных факторов и изменяющихся условий внешней среды у детей и подростков.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу аспирантуры:

- научно-исследовательская деятельность в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;
- преподавательская деятельность по образовательным программам высшего образования.

Дисциплина «Стоматология детского возраста» (Б1.В.ДВ.1.4) является дисциплиной по выбору (Б1.В.ДВ) в перечне вариативной

части дисциплин (Б1.В) профессионального цикла подготовки аспиранта, распределена для очной формы – на 2 курсе(3 и 4 семестр), для заочной формы – 3 курсе(5 и 6 семестр).

Разделы дисциплины и трудоемкость по видам учебных занятий

№	Раздел дисциплины	Общая трудоемкость (часы)	Виды учебных занятий и трудоемкость в часах		Формы текущего контроля успеваемости
			Практические занятия	Самостоятельная работа	
1	Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
2	Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
3	Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
4	Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
5	Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
6	Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков	18	6	12	тест, ситуационная задача, ролевая игра, лекция – конференция
	Экзамен	36			вопросы
	ИТОГО	144			

Изучаемая дисциплина ориентирована:

- успешное освоение нового материала, этиологии, пато- и морфогенеза стоматологических заболеваний и их осложнений, современных методов лечения, диагностики, дифференциальной диагностики у детей и подростков;
- структурные основы выздоровления и отдаленные последствия стоматологических заболеваний у детей и подростков;
- морфологию и механизмы процессов приспособления и компенсации организма в ответ на воздействие патогенных факторов и изменяющихся условий внешней среды у детей и подростков.

Основная учебная литература

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»).
3. Лучевая диагностика в педиатрии /Под ред. А.Ю. Васильева С.К. Выключ М.В., Зубаревой, Е.А. Тернового и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (Серия «Национальные руководства»).
4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»).
5. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.

Дополнительная учебная литература

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред.: В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, С.В. Аверьянова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 890 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Детская терапевтическая стоматология /Л.П. Кисельникова [и др.]. – М.: Литтерра, 2009. – 205.
3. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208с.

4. Детская челюстно-лицевая хирургия. Руководство к практическим занятиям /Под ред. О.З. Топольницкого, А.П. Гургенадзе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 168с.
5. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков / Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, Н.В. Биденко. – М.: Книга плюс, 2004. – 200 с.
6. Лечение и реставрация молочных зубов: пер. с англ. /М.С. Даггал, М.Е. Дж. Керзон, С. А. Фэйл [и др.]. Под общ.ред. Т.Ф. Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 159 с.
7. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов /Под ред. О.О. Янушевича. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 400 с.
8. Травмы челюстно-лицевой области у детей /Т.К. Супиев, С.К. Зыкеева. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 103 с.
9. Пропедевтическая ортодонтия /Ю.А. Образцов, С.И. Ларионов. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 160 с.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Раздел 1. Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики осложнений поражения твердых тканей зубов. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»).[С. 98-121, 237-269].
2. Лучевая диагностика в педиатрии /Под ред. А.Ю. Васильева С.К. Выключ М.В., Зубаревой, Е.А. Тернового и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (Серия «Национальные руководства»).[С. 94-110].

3. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 110-112, 244-258].

4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 17-41, 235-259, 292-294].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Лечение и реставрация молочных зубов: пер. с англ. /М.С. Даггал, М.Е. Дж. Керзон, С. А. Фэйл [и др.]. Под общ.ред. Т.Ф. Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 159 с. [С. 59-91].

2. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков /Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, Н.В. Биденко. – М.: Книга плюс, 2004. – 200 с. [С. 94-109, 130-160].

Раздел 2. Наименование: Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, с разработкой методов ранней диагностики, клинических и клинико-технологических методов лечения и профилактики воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в педиатрии /Под ред. А.Ю. Васильева С.К. Выключ М.В., Зубаревой, Е.А. Тернового и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 94-112].

2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 115-133].

3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 17-199, 292-361, 380-524].

Раздел 3. Наименование: Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики травматические повреждений в челюстно-лицевой области, с разработкой клинических и клинико-технологических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 269-283].

2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 86-106].

3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 695-738].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Травмы челюстно-лицевой области у детей /Т.К. Супиев, С.К. Зыкеева. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 103 с.

Раздел 4. Наименование: Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, болезней височно-нижнечелюстного сустава, с разработкой клинических, клинико-технологических и ортодонтических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 59-86, 204-230].

2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 594-695].

Раздел 5. Наименование: Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков.

Содержание: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики врожденных и приобретенных аномалий развития с разработкой клинических, клинико-технологических и ортодонтических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций / Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.

2. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии»). [С. 59-86].

3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 636-695].

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Пропедевтическая ортодонтия /Ю.А. Образцов, С.И. Ларионов. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 160 с.

Раздел 6. Наименование: Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков.

Содержание темы: Изучение у детей и подростков этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики и диагностики

новообразований в челюстно-лицевой области, с разработкой клинических и клинико-технологических методов лечения. Разработка и совершенствование методов организация и оказания стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи детям и подросткам в новых условиях хозяйствования при данной патологии.

Продолжительность: 18 часов.

Рекомендуемая основная литература:

1. Лучевая диагностика в стоматологии /Под ред. С.К. Тернового, А.Ю. Васильева. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С 133-204].

2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [С. 738-857].

3. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№	Контролируемые Темы дисциплины	Контролируемые компетенции	Оценочные средства
1	Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
2	Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
3	Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 4
4	Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 16 Ситуационные задачи – 5
5	Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков.	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 3
6	Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков	ПК 1, 2, 3.	Тесты – 20 Ситуационные задачи – 5
Экзамен			Вопросы к ГИА– 48

Перечень оценочных средств

№	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационная задача	Система заданий на принятие решения в нестандартной ситуации(ситуации выбора, много альтернативности решений, проблемной ситуации); заданий на оценку последствий принятых решений; заданий на оценку эффективности выполнений действия	Комплект ситуационных задач
3	Деловая (ролевая игра)	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путём игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи	Комплект деловых (ролевых игр)
4	Лекция–конференция	Продукт самостоятельной работы обучающихся, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Комплект лекций–конференций
5	Экзамен	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, в виде собеседования преподавателя с обучающимися	Комплект вопросов

4. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Изучение программы. На лекциях преподаватель рассматривает вопросы программы курса, составленной в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. Для лучшего освоения материала по дисциплине, необходимо постоянно разбирать материалы по конспектам и учебным пособиям. В случае необходимости обращаться к преподавателю за консультацией.

Самостоятельная работа – это индивидуальная познавательная деятельность аспиранта как на аудиторных занятиях, так и во внеаудиторное время. Его самостоятельная работа должна быть многогранной и иметь четко выраженную направленность на формирование конкретных компетенций. Цель самостоятельной работы – овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками, опытом творческой, исследовательской деятельности и обеспечение формирования профессиональной компетенции, воспитание потребности в самообразовании, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем. Самостоятельная работа способствует эффективному усвоению, как основного, так и дополнительного учебного материала, и вызвана не только ограничением некоторых тем определенным количеством аудиторных часов, а в большую степень потребностью приучения аспирантов к самостоятельному поиску и творческому осмыслению полученных знаний. Формы проведения самостоятельной работы аспиранта разнообразны, это – работа с конспектами, учебными пособиями, сборниками задач с разбором конкретных ситуаций, написание рефератов и т.д.

Требования к выступлениям. Одним из условий, обеспечивающих успех занятий, является совокупность определенных конкретных требований к выступлениям, докладам, рефератам обучающихся. Эти требования должны быть достаточно четкими и в тоже время не настолько регламентированными, чтобы сковывать творческую мысль, насаждать схематизм. Перечень требований к любому выступлению аспиранта примерно таков:

- связь выступления с предшествующей темой или вопросом;
- раскрытие сущности проблемы;
- методологическое значение для научной, профессиональной и практической деятельности.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в ходе повседневной учебной работы и проводится в пределах обычных организационных форм занятий и проводится преподавателем в следующих формах:

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Тестирование – инструмент, с помощью которого педагог оценивает степень достижения аспиранта требуемых знаний, умений, навыков. Составление теста включает в себя создание выверенной системы вопросов, собственно процедуру проведения тестирования и способ измерения полученных результатов. Тест состоит из заданий с выбором одного ответа из предложенных. Тип заданий – закрытый, за правильный ответ – 1 балл, за неправильный или неуказанный ответ – 0 баллов. Тестирование проводится по завершении занятия и оценивается согласно положения ФГБОУ ВО КГМУ МЗ РФ о «Бально-рейтинговой системе».

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

Типы ситуационных задач и анализ конкретных ситуаций:

- задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов на результаты выполнения задания;
- установление последовательности (описать алгоритм выполнения действия),
- нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий);
- указать возможное влияние факторов на последствия реализации умения и т.д.
- задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации);
- задания на оценку последствий принятых решений;
- задания на оценку эффективности выполнения действия.

Критерии оценки ситуационных задач:

Оценка «отлично» – аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

Оценка «хорошо» – аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

Оценка «удовлетворительно» – аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике.

Оценка «неудовлетворительно» – аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

Деловая (ролевая игра) – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время ролевой игры:

- ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении.
- свободное владение материалом.
- использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания.
- культура речи.
- развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

Лекция-конференция – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время лекции-конференции:

- соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы
- ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала.
- использование иллюстративных, наглядных материалов.
- культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления.
- аргументированность ответов на вопросы.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

Каждое занятие, проводимое аспирантом, при проведении педагогической практики подвергается оцениванию **качества преподавания**. В качестве экспертов выступают другие аспиранты и преподаватель. Оценивание качества преподавания осуществляется как устно (в виде выступлений на обсуждении проведенных занятий), так и письменно, в анкете:

Категория	Систематичность следования
1. Атмосфера и климата обучения: – Уважение и благоприятная атмосфера: обращался по имени и отчеству; уважительно относился к точке зрения, не совпадающей со своей; предлагал высказывать свое мнение; избегал насмешек, запугиваний, прерываний говорящего	постоянно периодически редко никогда
– Вовлечение учащегося в процесс обучения: поощрял учащегося к активному обсуждению темы; адресовал вопросы конкретному учащемуся, а не в «группу»; внимательно слушал; избегал монополизации дискуссии самим или узким кругом учащихся	постоянно периодически редко никогда
– Стимуляция интереса к предмету обсуждения: всем видом выражал «живой» энтузиазм к предмету и «заражал» окружающих этим интересом; демонстрировал «актерские» качества; создавал рабочую обстановку	постоянно периодически редко никогда

Категория	Систематичность следования
<p>–Осознание сложности предмета и пределов возможностей в его освоении: не требовал абсолютного знания и понимания предмета; допускал, что предмет труден, но внушал оптимизм и помогал преодолеть трудности; не считал себя владеющим «истиной в последней инстанции»; избегал догматизма</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>2.Осуществление контроля за занятием: –Стиль руководства занятием: использовал различные стили руководства (от директивного до либерального) в зависимости от сложности темы и уровня подготовки; не использовал прессинг без необходимости; при необходимости учитывал мнение учащихся</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>–Темп занятия: занятия начинались вовремя; разобрали все запланированные темы; занятия проходили по-деловому, время на обсуждение посторонних тем не было; преподаватель жестко следил за графиком прохождения тем</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>–Поддержание направленности занятия: четко определял план проведения и содержание занятий; не позволял отклоняться от темы; своевременно устранял внешние отвлекающие факторы</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>3.Определение задач и целей занятия: четко и понятно определял цели занятия; указывал промежуточные этапы их достижения; указывал конкретные пути достижения намеченных целей; отслеживал результаты выполнения</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>4.Создание условий для понимания и закрепления знаний: –Организация материала: материал был структурирован, излагался систематизировано, в соответствии с планом; отмечались переходы от одной части занятия к другой; использовались образные модели, схемы, способствующие пониманию материала; подводились промежуточные и окончательные итоги занятия</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>–Ясность изложения: давались ясные определения новым терминам; использовались в необходимом количестве примеры (клинические случаи, результаты функциональных и лабораторных исследований и др.); давались четкие ответы на задаваемые вопросы; объяснены взаимосвязи между разными частями материала</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>

Категория	Систематичность следования
<p>–Акцентирование ключевых моментов и стимуляция активного запоминания: использовал наглядные пособия, презентации, слайды, диагностическое оборудование и др.; подчеркивал важные моменты материала; постоянно разбирались конкретные примеры (компьютерные программы, клинические случаи, результаты обследования пациентов, тесты, ситуационные задачи)</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>5.Важность оценки в процессе обучения знаний, навыков и умений: постоянно ставил вопросы и добивался ответов и выполнения заданий; давал оценку ответам и выполнению заданий; заставлял анализировать конкретные примеры, случаи (пациенты), выделять взаимосвязь между разными частями материала; задавал вопросы на самооценку («Как вы думаете?» «Достаточно ли у вас информации, чтобы?»)</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>6.Важность обратной связи между преподавателем и аспирантом: всегда и открыто (устно, в виде жестов) давал оценку действиям (ответам, выполнению заданий); объяснял, почему действие было правильным или неправильным; давал совет по совершенствованию знаний и умений</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>
<p>7.Стимулирование самостоятельного обучения: содействовал активному участию в процессе обучения; просил четко определять цели для решения задания и призывал следовать им; стимулировал дискуссии, проводил обсуждения, давал рекомендации использовать программные продукты, интернет-ресурсы, книги и др.</p>	<p>постоянно периодически редко никогда</p>

Доклад, сообщение – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.

Критерии оценки доклада:

- соблюдение регламента (5-7 мин.).
- раскрытие темы доклада.
- свободное владение содержанием.
- полнота собранного теоретического материала.

- презентация доклада (использование доски, схем, таблиц и др.).
- умение соблюдать заданную форму изложения, речь.
- краткий вывод по рассмотренному вопросу.
- ответы на вопросы слушателей.
- качественное содержание и подбор демонстрационного материала.
- оформление доклада в виде тезисов.

За каждый пункт критерия максимально 10 балл.

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется, если аспирант правильно ответил на 90% вопросов.

Оценка «хорошо» выставляется, если аспирант правильно ответил 80%-90% вопросов.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил 70%-80% вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется, если аспирант правильно ответил менее 69% вопросов.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «зачтено», если аспирант набрал 70 и более % максимального балла.

Результаты тестирования аспиранта оцениваются как «не зачтено», если аспирант набрал менее 60% максимального балла.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков

Комплект тестовых заданий

1. Зондирование дна КП болезненно в одной точке:

- а. средний кариес
- б. глубокий кариес
- в. хр. фиброзный пульпит
- г. хр. гангренозный пульпит
- д. хр. периодонтит

2. Определите соответствие «клетки пульпы – функции»:

а. одонтобласты	1. образование основного вещества
б. эритроциты	2. синтез глобулинов и антител

в. плазмоциты г. звездчатые клетки д. нейтрофильные гранулоциты	3. осуществление фагоцитоза
--	-----------------------------

3. Девитальная ампутация при всех формах пульпита показана в:

- а. сформированных временных резцах
- б. временных молярах независимо от стадии развития корня
- в. временных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
- г. сформированных постоянных молярах
- д. несформированных постоянных молярах

4. Определите соответствие:

а. остр. очаговый пульпит б. остр. диффузный пульпит в. хр. фиброзный пульпит г. хр. гипертрофический пульпит д. хр. гангренозный пульпит	1. приступообразные боли, усиливаются от t раздражителей, пациент не может определить беспокоящий зуб 2. жалобы отсутствуют или от горячего, иногда беспокоит неприятный запах 3. боли впервые появляются вечером или ночью, боли возникают от холодного и исчезают от теплого 4. боли от t и химических раздражителей, которые не проходят сразу, иногда жалобы отсутствуют 5. чувство распирания, кровоточивость из ПЗ, а при явлениях гипертрофии пульпы – выбухание грануляций
---	--

5. Форма пульпита, при которой КП всегда сообщается с ПЗ:

- а. остр. очаговый пульпит
- б. остр. диффузный пульпит
- в. хр. фиброзный пульпит
- г. хр. гангренозный пульпит
- д. хр. гипертрофический пульпит

6. Определите соответствие «метод лечения – характеристика пульпита»:

а. витальная ампутация б. витальная экстирпация в. девитальная ампутация	1. удаление коронковой части пульпы с сохранением корневой части без предварительной некротизации 2. удаление коронковой части пульпы с сохранением корневой части и предварительной некротизацией
---	---

г. девитальная экстирпация	3. полное удаление пульпы с предварительной некротизацией 4. полное удаление пульпы без предварительной некротизации
----------------------------	---

7. Наиболее частая причина пульпита во временных зубах:

- а. механическая травма пульпы
- б. термическая травма пульпы
- в. химическая травма пульпы
- г. не леченный кариес
- д. ретроградное инфицирование пульпы

8. Девитальную ампутацию с импрегнацией корневой пульпы препаратами содержащими параформальдегид проводят:

- а. во временных молярах в 2 посещения
- б. во временных и постоянных несформированных молярах в 3 посещения
- в. в постоянных сформированных молярах в 2 посещения
- г. во временных и постоянных резцах в 2 посещения
- д. во временных и постоянных несформированных молярах в 2 посещения

9. При высокой ампутации на оставшуюся в КК часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью:

- а. прекращения воспалительного процесса
- б. прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования корня
- в. обеспечения дальнейшего формирования корня
- г. прекращения дальнейшего формирования корня
- д. ускорения формирования корня

10. Мышьяковистую пасту в 1 посещение при девитальной ампутации временных зубов не следует накладывать при:

- а. хр. фиброзном пульпите, при начале резорбции корней и незначительной болезненности пульпы
- б. хр. гангренозном пульпите, с рассасывающимися корнями
- в. остр. диффузном пульпите
- г. остр. очаговом пульпите
- д. обострении хр. фиброзного пульпита

11. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

- а. хр. гранулирующий периодонтит
- б. хр. гранулематозный периодонтит
- в. хр. фиброзный периодонтит

г. хр. периодонтит в стадии обострения

д. остр. периодонтит

12. Вне стадии обострения хр. гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем проводят:

а. удаление распада пульпы и грануляций из раструба КК, абтурацию в то же посещение

б. удаление распада пульпы из КК, зуб оставить открытым

в. удаление из КК некротизированной пульпы (грануляций не удаляют), заполнение пастой свободной от грануляций часть КК, наложение пломбы

г. удаление из КК распада пульпы, в КК оставляют турунду с антисептиком под повязку

д. удаление из КК распада пульпы, в КК оставляют турунду с ферментами

13. Следствием хр. периодонтита временного зуба может явиться:

а. системная гипоплазия

б. местная гипоплазия в постоянных зубах

в. несовершенный амелогенез в постоянных зубах

г. несовершенный дентиногенез в постоянных зубах

д. несовершенный одонтогенез в постоянных зубах

14. При обострении хр. периодонтита назначают:

а. леворин и физиотерапию

б. бонафтон и физиотерапию

в. антибиотики, сульфаниламиды и теплые ванночки раствором питьевой соды

г. супрастин и теплые ванночки раствором питьевой соды

д. клотримазол и теплые ванночки раствором питьевой соды

15. Медикаментозные средства для антисептической обработки КК:

а. йодиол

б. эфир

в. раствор Шиллера-Писарева

г. физиологический раствор

д. спирт

16. КК временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

а. рф-пастой

б. пастой из окиси цинка на масляной основе

в. фосфат-цементом

г. гуттаперчей

д. пастой Каласепт

17. Неотложная помощь при обострении хр. периодонтита после вскрытия ПЗ:

- а. противовоспалительная терапия, теплые ванночки
- б. удаление распада пульпы, противовоспалительная терапия
- в. удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня, мед/обр. КК, зуб оставить открытым, противовоспалительная терапия, теплые ванночки
- г. раскрыть ПЗ, теплые ванночки
- д. разрез по переходной складке

18. Гипохлорит Na для обработки КК используют в концентрации:

- а. 0,5-1%
- б. 2,5-3%
- в. 5-10%
- г. 10-15%
- д. 20%

19. Rg картина остр. периодонтита:

- а. очаг разрежения костной ткани с четким контуром
- б. не информативна и не имеет диагностического значения
- в. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- г. исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня
- д. очаг разрежения костной ткани без четкого контура

20. Индикатор чистоты КК:

- а. мирамистин
- б. гипохлорит Na
- в. фурацилин
- г. хлорофиллипт
- д. трипсин

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

Пациентка Д., возраст 14 лет. Жалобы на интенсивную самопроизвольную боль в области в/ч справа, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Пациентка проснулась ночью от боли и не смогла уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по в/ч в скуловую область. Объективный статус: лицо симметрично, регионарные ЛУ не увеличены, при осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6. выявлены глубокие КП.

Вопрос 1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.

Вопрос 2. Назовите предварительный диагноз.

Вопрос 3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести?

Вопрос 4. Какие методы лечения можно применить?

Вопрос 5. Перечислите основные этапы лечения.

Ситуационная задача 2

Пациент 3., 15 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6., боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективный статус: на жевательной поверхности 4.6. глубокая КП, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит и болезненно.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Какой метод лечения оптимален?

Вопрос 5. Каково анатомическое строение КК 4.6.?

Ситуационная задача 3

Пациент, 9 лет. Жалобы на изменение цвета зубов. Из анамнеза выясняется, что в возрасте 8 лет была травма 1.1., 2.1. по поводу которой, к врачу не обращались. Объективный статус: СО в области 1.1., 2.1. цианотична, коронки интактны, но потемнели. ЭОД = 180 мкА. Перкуссия б/б, подвижность I степени. На Rg корень сформирован на $\frac{1}{2}$, стенки истончаются к апикальной части, апикальное отверстие широкое. В апикальной части 1.1., 2.1. деструкция костной ткани с нечеткими границами. ТЭР-тест = 80%, прирост интенсивности кариеса = 2, МКС – отсутствие рисунка, рН = 6,2, ГИ по Фёдорову – Володкиной = 1,5.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Назовите метод лечения в этом возрасте.

Вопрос 3. Что явилось причиной данной нозологии.

Вопрос 4. Укажите этапы лечения и диспансерного наблюдения.

Вопрос 5. Определите прогноз по кариесу.



Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Опишите Rg картину данной нозологии.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику данной нозологии.

Вопрос 4. Опишите этапы лечения в 1 посещение.

Вопрос 5. Укажите критерии эффективности лечения.

5.2. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект тестовых заданий

1. Определите соответствие «клинический симптом – нозология»:

<p>а. общее состояние удовл. б. общее состояние средней тяжести в. ЛУ увеличен г. t повышена д. гиперемия кожи е. слабая болезненность при пальпации ж. пальпация б/б з. очаг флюктуации и. ЛУ подвижен</p>	<p>1. остр. серозный лимфаденит 2. остр. гнойный лимфаденит 3. хр. лимфаденит одонтогенной этиологии вне обострения</p>
---	---

2. Определите соответствие «клинико-Rg форма – нозология»:

<p>а. серозный б. деструктивный в. гнойный г. гиперпластический д. оссифицирующий е. деструктивно-продуктивный ж. простой</p>	<p>1. остр. периостит 2. хр. периостит 3. остр. остеомиелит 4. хр. остеомиелит</p>
---	---

3. Определите соответствие «клинический симптом – нозология»:

а. ЛУ увеличен б. кожа гиперемирована в. ЛУ подвижен г. пальпация болезненная д. очаг флюктуации	1. хр. лимфаденит в стадии обострения (абсцедирование) 2. хр. гиперпластический лимфаденит
--	---

4. Определите соответствие «клинический симптом – нозология»:

а. общее состояние тяжелое б. общее состояние средней тяжести в. t 38°C г. причинный зуб подвижен д. причинный и соседние зубы подвижны е. поднадкостничные абсцессы с обеих сторон альвеолярного отростка ж. околочелюстная флегмона з. септический характер t	1. остр. гнойный периостит н/ч одонтогенной этиологии 2. остр. одонтогенный остеомиелит н/ч
--	--

5. Определите соответствие «Rg признак – форма остеомиелита»:

а. увеличение объема кости б. свищевой ход в. перелом кости г. гибель зачатка д. крупный секвестр е. выраженная периостальная реакция ж. периостальная реакция отсутствует или слабо выражена з. хр. гранулирующий периодонтит	1. деструктивная 2. первично-хр. гиперпластическая
---	---

6. Определите соответствие «клинический симптом – нозология»:

а. орхит б. гнойный секрет из устья в. задержка секрета г. высокая контагиозность д. железа тестовато-пастозная е. железа бугристая, плотная ж. одновременное поражение поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез	1. остр. эпидемический паротит 2. хр. рецидивирующий паренхиматозный паротит (обострение)
---	--

7. Определите соответствие «клинический симптом – нозология»:

<p>а. чередование периода обострения и ремиссии б. поражается 1 железа в. боль перед или во время еды г. на контрастной сиалограмме основной выводной проток расширен, вместо протоков 3-4 порядка округлые полости д. на контрастной сиалограмме проток «разорван», на остальном протяжении протоки резко расширены е. обострение заболевания регулярно</p>	<p>1. хр. рецидивирующий паренхиматозный паротит 2. хр. калькулезный сиалоаденит</p>
---	---

8. Определите соответствие «лечение – нозология»:

<p>а. антибактериальное б. противовоспалительное в. десенсибилизирующее г. йодид калия внутрь д. инстиляция ферментов, антибиотиков е. хирургическое ж. гипербарическая оксигенация</p>	<p>1. остр. паротит новорожденного 2. обострение хр. рецидивирующего паренхиматозного паротита 3. остр. калькулезный сиалоаденит</p>
---	--

9. Определите соответствие «щипцы – зубы»:

<p>а. прямые б. клювовидные, изогнутые по ребру с шипиком в. клювовидные, изогнутые по ребру без шипика г. S-образно изогнутые с шипиком д. S-образно изогнутые без шипика</p>	<p>1. резцы н/ч 2. премоляры в/ч 3. моляры н/ч</p>
--	--

10. Определите соответствие «этапы удаления зубов – зубы»:

<p>а. наложение б. продвижение в. фиксация г. вывихивание д. вращение е. извлечение ж. кюретаж з. сближение краев</p>	<p>1. временный резец в/ч 2. премоляры н/ч</p>
--	---

11. При остр. гнойном периостите причинный временный однокорневой зуб:

- а. всегда удаляют
- б. трепанируют и пломбируют
- в. пломбируют, с резекцией верхушки корня
- г. удаляют по показаниям
- д. трепанируют и шинируют

12. Лимфаденит ЧЛЮ у детей по этиологии:

- а. остр.
- б. хр.
- в. одонтогенный
- г. неодонтогенный
- д. специфический

13. Остеомиелит челюстных костей у детей по клиническому течению:

- а. одонтогенный
- б. травматический
- в. остр.
- г. хр.
- д. специфический

14. Показания к секвестрэктомии у детей:

- а. секвестральная капсула
- б. погибший зачаток
- в. крупный секвестр
- г. секвестр, расположенный вне зоны роста, у детей до 10 лет
- д. стойкий белок в моче

15. Для уточнения диагноза остр. гнойный периостит в/ч (небный абсцесс) одонтогенной этиологии, 5.4. – обострение хр. периодонтита проводят:

- а. сегментарное КЛКТ
- б. общий анализ крови
- в. прицельная Rg 5.4.
- г. данные объективного осмотра
- д. КЛКТ

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

В хирургический стационар обратились родители ребенка 9 лет, по направлению из ДСП. Анамнез: ребенок заболел 1 нед. назад, сначала начал беспокоить зуб на в/ч слева, лечились в домашних условиях (анальгин, сухое тепло на место болей). В дальнейшем интенсивность болей снизилась, появился отек СО, поднялась t. Жалобы на головную боль, вялость ребенка, припухлость СО на в/ч слева. Объективный статус: лицо ребенка асимметрично за счет отека мягких тканей левой щечной и подглазичной областей. Кожа бледная, плохо собирается в складку. Определяется муфтообразный отек СО альвеолярного отростка в/ч слева в области 2.6., СО цианотична. Переходная складка в области 2.6., 6.5., 6.4. сглажена, при пальпации из ПК 1.6., 1.5., 5.4. выделяется гной, подвижность II степени. 2.6. разрушен. t 37,9⁰С.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Перечислите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Назовите возможные осложнения данной нозологии.

Вопрос 5. Проведите дифференциальную диагностику нозологии.

Ситуационная задача 2

В хирургический стационар обратились родители ребенка 14 лет, по направлению педиатра. Жалобы: на болезненное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы справа во время приема пищи (особенно, если пища кислая или соленая), а после — медленное уменьшение ее размеров. Считает себя больным в течение полугода. Объективный статус: открывание рта свободное, СО вокруг устья протока гиперемирована, устье расширено, слюна прозрачная, проток имеет вид тяжа, ткани вокруг него инфильтрированы.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Назовите этиологию и патогенез нозологии.

Ситуационная задача 3

Ребенок 10 лет. Обратились с жалобами постоянные боли в зубах в/ч справа. Анамнез: 5.5. ранее лечен по осложненному кариесу,

разрушался постепенно. Зуб ранее не беспокоил, 4 дня назад, после посещения бассейна, появилась боль в 5.5. Боли изначально были умеренной интенсивности, постепенно усиливались. Отек появился два дня назад, постепенно увеличивался в размерах, вчера поднялась t, обратились в ДСП, откуда и были направлены в хирургический стационар. В анамнезе аритмия. Объективный статус: конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной области справа, пальпируются несколько гладких б/б поднижнечелюстных ЛУ слева не спаянных с тканями, размерами 0,5-0,7 см. При осмотре коронка 5.5. разрушена ниже зубо-альвеолярного соединения. Перкуссия резко болезненна, зондирование в устье КК б/б. СО в области 5.5. гиперемирована, имеется отек СО альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, болезненный при пальпации, зубная формула соответствует возрасту. t 38⁰ С.

Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами обследования.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Назовите возможные осложнения данной нозологии.

Вопрос 5. Напишите зубную формулу данного пациента по ВОЗ.

Ситуационная задача 4

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению из ДСП. Из анамнеза: неделю назад заболел 6.3., ранее леченный по поводу осложненного кариеса. В ДСП не обращались, лечились самостоятельно: анальгин, сухое тепло на место болей. Через 2 дня появился отек СО в области причинного зуба. Боли усилились, несколько дней назад отек увеличился и распространился на мягкие ткани щеки. t 38⁰ С. Объективный статус: отек подглазничной и медиального отдела левой щечной области, верхней губы, переходящий на нижнее веко. Носогубная складка сглажена, крыло носа приподнято. Кожа обычного цвета, пальпация участка, особенно бимануальная, вызывает боль. Открывание рта свободное, переходная складка верхнего преддверия сглажена, СО щеки и переходной складки гиперемирована и отечна, 6.3. запломбирован, перкуссия его болезненная.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику патологии.

Вопрос 4. Назначьте лечение.

Вопрос 5. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача 5

В стационар обратились родители ребенка 10 лет с жалобами на припухлость и резкую болезненность в области боковой поверхности н/ч справа, $t 38^{\circ}\text{C}$. Из анамнеза: болен в течение одного года, на фоне ОРВИ появилась боль в области боковой поверхности шеи справа и уплотнение в виде подвижного «шарика», который увеличивался в размерах. Лечились самостоятельно: сухое тепло на область поражения. Лечение сняло болевые ощущения, уплотнение уменьшилось в размерах, но совсем не прошло. В последующем, при простудных заболеваниях уплотнение увеличивалось в размерах. Неделю назад ребенок заболел, $t 38,3^{\circ}\text{C}$, общую слабость и недомогание. Объективный статус: пальпация уплотнения резко болезненна, ткани в складку не собираются, плотные, флюктуации не определяются. Ребенок апатичен, лабилен. Родители обратились в ДСП, где был поставлен диагноз ОРВИ, проводилось лечение, t нормализовалась. Через день, t снова поднялась, уплотнение на боковой поверхности шеи стало болезненно и резко увеличилось в размерах.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Подтвердите поставленный диагноз дополнительными методами исследования.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Назовите возможные осложнения данной нозологии.

Вопрос 5. Опишите этиологию и патогенез данной нозологии.

5.3. Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект тестовых заданий

1. Определите соответствие «класс по Ellis и Davey – клиника»:

а. I	1. перелом коронки с обнажением пульпы
б. II	2. перелом коронки, не затрагивающий дентин (или небольшое его количество)
в. III	3. отлом коронки
г. IV	4. перелом коронки, затрагивающий большое количество дентина без обнажения пульпы

2. Определите соответствие «повреждение – клиника»:

а. ссадина б. ушибленная рана в. резанная рана г. укушенная рана д. рубленая рана	1. неровные края, на дне с образованием гематомы, возникает от сдавления, растягивания или сильного трения 2. обширные повреждения, разрыв тканей и кровоподтеки 3. нарушение поверхностных слоев кожи, разможнение мелких сосудов подкожножировой клетчатки, с образованием струпа 4. повреждение в виде дуг, множественные ссадины, кровоподтеки и рваные раны 5. остр. гладкие края, края раны хорошо сближаются, зияют
--	--

3. Определите соответствие «лечение перелома коронки с обнажением пульпы – описание»:

а. прямое покрытие б. ампутация в. высокая ампутация г. экстирпация	1. для закрытия нежизнеспособной пульпы потребуется внедрение в КК 2. для адекватного восстановления не требуется большого удаления тканей зуба, так как воспалительный процесс не распространился на всю коронковую пульпу 3. с момента травмы прошло более 2 часов или дней, нет возможности провести закрытие рога пульпы, так как имеется некротизированная ткань 4. с момента травмы не прошло более 2 часов, сохранилось достаточное количество жизнеспособных тканей и условия для фиксации временной пломбы
--	--

4. Определите соответствие «реакция на травму – описание»:

а. кровоизлияние б. внутренняя резорбция в. наружная резорбция г. прогрессирующая кальцификация КК д. некроз пульпы	1. КК полностью облитерирован, зуб с желтоватым оттенком 2. коронка изменена в цвете, фриз тест отрицательный, ЭОД >100 3. разрыв капилляров пульпы с образованием пигмента 4. васкуляризованная пульпа просвечивает через оставшуюся тонкую стенку коронки 5. развивается самостоятельно, без поражения пульпы, повреждение периодонта
--	---

5. Определите соответствие «нозология – описание»:

а. неполный вывих	1. полное или частичное повреждение комплекса тканей пародонта и смещение из лунки зуба
б. полный вывих	2. частичное смещение корня из альвеолы, сопровождающееся разрывом тканей периодонта на большем или меньшем протяжении
в. вколоченный вывих	3. выпадение из лунки

6. Определите соответствие «перелом корня – описание»:

а. поперечный	1. фрагменты параллельны продольной оси
б. вертикальный	2. образование нескольких линий перелома
в. косой	3. разлом корня проходит под углом к оси
г. оскольчатый	4. линия разлома проходит параллельно жевательной поверхности

7. Определите соответствие «период роста челюстей – описание»:

а. 1 (до 6 мес.)	1. рассасывание корней временных и интенсивный рост постоянных зубов
б. 2 (0,5-2,5 лет)	2. наличие в костях зачатков временных зубов
в. 3 (2,5-7 лет)	3. завершение смены временных зубов на постоянные
г. 4 (7-12 лет)	4. временные зубы прорезались, корни не сформированы

8. Определите соответствие «тип переломов в/ч – описание»:

а. нижний	1. излом проходит от корня носа по соединительному шву лобных отростков с носовыми костями, по внутреннему краю глазницы к нижнеглазничному отверстию
б. средний	2. излом проходит через грушевидное отверстие, носовую перегородку, по верху альвеолярного отростка к бугру в/ч
в. верхний	3. излом проходит по дну верхнечелюстной пазухи, через скуловую дугу к крыловидным отросткам

9. Определите соответствие «тип травмы при переломах в/ч – способ фиксации»:

а. нижний	1. шина Порты, Ванкевича, индивидуальные пластины
б. средний	2. S-образные крючки
в. верхний	3. остеосинтез (мини-пластинки, костный шов)

10. Определите соответствие «временное восстановление» при переломах без обнажения пульпы – описание»:

<p>а. фрагментарная реставрация б. реставрация композиционными материалами в. ортодонтическое кольцо г. коронка из нержавеющей стали</p>	<p>1. не эстетичен, но восстанавливает контакт с соседними зубами, хороший ретейнер для консервативного лечения, есть возможность проводить ЭОД 2. возможность сопоставить обломки зуба после травмы 3. не эстетичен, нет возможности проводить ЭОД, но защищает зуб при переломах по 4 классу 4. пломба покрывает всю поверхность перелома и восстанавливает апроксимальные контакты</p>
---	--

11. Определите соответствие «нозология во временных зубах – протокол лечения»:

<p>а. ушиб б. подвывих в. экстрозивный вывих г. боковой вывих д. интрузивный вывих е. полный вывих</p>	<p>1. спонтанная репозиция, при минимальных нарушениях – пришлифовывание, при выраженном нарушении – репозиция или удаление 2. самостоятельная репозиция, если верхушка корня смещена в сторону зачатка постоянного зуба – удаление 3. лечение не требуется 4. при минимальном смещении и незавершенном формировании корня аккуратная репозиция и наблюдение, при выраженном смещении и завершеном развитии корня – удаление 5. лечение не требуется, наблюдение, аппликация 0,1% хлоргексидина биглюконата на пораженный участок 2 раза в день в течение 1 нед. 6. реплантация временных зубов не рекомендована</p>
---	---

12. Определите соответствие «нозология во постоянных зубах – протокол лечения»»:

<p>а. трещина эмали б. перелом эмали в. перелом эмали-дентин (неосложненный)</p>	<p>1. приклеивание фрагмента, реставрация или биодентин или СИЦ 2. удаление фрагмента с последующей реставрацией, либо ортопедическое лечение</p>
--	--

г. перелом эмали- дентин (осложненный) д. перелом коронка-корень без обнажения пульпы	3. фиксация фрагмента, шлифовка краев или реставрация 4. частичная пульпотомия, с последующим закрытием рога препаратами кальция и герметичной реставрацией 5. лечение не требуется, либо герметизация композитом
---	---

13. Определите соответствие «травма мягких тканей ЧЛЮ у детей – описание»:

а. изолированная б. множественная в. сочетанная	1. разновидность травмы однонаправленного действия 2. одномоментная травма функционально-разнонаправленного действия 3. повреждение 1 органа
---	--

14. Определите соответствие «течение ожоговой болезни – описание»:

а. ожоговый шок б. остр. токсемия в. септикопиемия г. реконвалесценция	1. поступление плазмы обратно в кровеносное русло, нарастание анемии, отравление организма за счет поступление в кровеносное русло продуктами распада из омертвевших тканей 2. гноекровие, распространения токсинов микробов по организму, ожоговое истощение 3. нормализация функций организма 4. гипоксия, нарушение гемодинамики – сгущение крови за счет пропотевания плазмы в окружающие ткани, снижение давления, тахикардия
--	---

15. Определите соответствие «степень отморожения – описание»:

а. I степень б. II степень в. III степень г. IV степень	1. повреждаются все ткани, включая костную 2. расстройство кровообращения без необратимых последствий 3. некроз поверхностных слоев кожи до росткового слоя 4. тотальный некроз кожи, включая ростковый слой и подлежащие слои
--	---

16. Определите соответствие «перелом корня – описание»:

а. под коронкой б. в средней трети	1. линия разлома скрыта и защищена от инфицирования
---------------------------------------	---

в. ниже средней трети г. у верхушки д. вколоченный	2. перелом на границе верхушки и средней трети 3. уровень разлома близок полости рта, что увеличивает риск инфицирования 4. корень внедряется в альвеолярный отросток 5. характерен для детей, т.к. арех несформирован
--	---

17. Определите соответствие «формы заживления при переломах корней – описание»:

а. минерализованное б. соединительно-тканевое в. костно-тканевое г. формирование грануляционной ткани	1. между фрагментами происходит образование фиброзного соединения, напоминающая периодонтальную связку 2. между фрагментами происходит образование костной ткани 3. пульпа жизнеспособна в апикальном сегменте 4. в месте перелома формируется кальцифицированная мозоль
--	---

18. Определите соответствие «реакция зачатков постоянных зубов на травму – описание»:

а. гипоплазия б. раздвоение в. репаративный дентин	1. деструкция амелобластов с дальнейшей активацией одонтобластов для заполнения пространства 2. наблюдается при вколоченном вывихе или смещении фронтальных временных зубов 3. разрушение амелобластов и образование углублений на поверхности эмали постоянных зубов
--	---

19. Определите соответствия «форма ожогов СОР – описание»:

а. термический б. электротравма в. лучевой г. химический	1. нарушение протокола физиотерапевтических процедур 2. следствие контакта с химическими соединениями 3. следствие контакта с t раздражителями 4. следствие ионизирующего излучения
---	--

20. Определите соответствие «симптом ожога СОР – описание»:

а. термический б. электротравма в. лучевой г. химический	1. пленчатый радиомукозит 2. коагуляционный или колликвационный некроз 3. белесоватая зона, с последующим изъязвлением 4. гиперемия, отек, мацерация, отторжение поверхностного слоя
---	---

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

К врачу – стоматологу обратилась мама с 7-летним ребенком, который 4 часа назад упал с качели и сломал 1.1. Ребенок жалуется на ноющие боли при прикосновении к зубу, а так же при вдыхании холодного воздуха. Объективный статус: лицо симметричное, кожа чистая, регионарные ЛУ не увеличены. Коронка 1.1. имеет косой перелом, ПЗ вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненное, перкуссия болезненная, на t раздражители резкая болезненность.

Вопрос 1. Проведите диагностику.

Вопрос 2. Поставьте диагноз.

Вопрос 3. Определите методы лечения.

Вопрос 4. Укажите на возможные осложнения.

Вопрос 5. Диспансеризация.

Ситуационная задача 2

Ребенок 6 лет. Жалобы на изменение цвета коронки 2.1. и наличие свищевого хода. Со слов мамы 6 мес. назад ребенок упал с самоката и произошел перелом коронки. К врачу не обращались. В первые дни после травмы беспокоили боли от термических и механических раздражителей. В последние недели мама отмечает потемнение оставшейся части коронки. Объективный статус: лицо симметричное, кожа чистая, регионарные ЛУ не увеличены. 2.1. имеет косой перелом коронки в пределах дентина без обнажения пульпы. Зондирование и реакция на термические раздражители б/б. В проекции верхушки 2.1. СО гиперемирована, со свищевым ходом и гнойным отделяемым. Перкуссия болезненная.

Вопрос 1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Вопрос 2. В чем ошибка мамы при получении ребенком травмы?

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Составьте план лечения.

Вопрос 5. Диспансеризация. Исходы проводимого лечения.

Ситуационная задача 3

Парень 15 лет обратился к врачу–стоматологу с жалобами на боль в области н/ч справа, кровотечения, невозможность плотного смыкания зубных рядов. Анамнез: около часа назад в драке получил удар кулаком в область н/ч справа. Сознания не терял. Тошноту и головокружение отрицает. Объективный статус: нарушение

конфигурации лица за счет посттравматического отека мягких тканей, гематомы в области угла н/ч справа. При пальпации в области угла н/ч справа определяется костный выступ. Симптом нагрузки резко болезненный. Симптом подвижности отломков положительный. Открывание рта ограничено.

Вопрос 1. Укажите на необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Вопрос 2. Поставьте диагноз.

Вопрос 3. Составьте несколько вариантов лечения.

Вопрос 4. Возможные исходы лечения.

Вопрос 5. Реабилитация.

Ситуационная задача 4

Пациент А., 8 лет. Жалобы на отсутствие двух центральных резцов в/ч. Анамнез: травма произошла вчера (удар качелью), зубы родители мальчика принесли с собой (хранили в растворе перекиси водорода в холодильнике). Объективный статус: асимметрия лица за счет посттравматического отека в области верхней губы, регионарные ЛУ не увеличены, пальпация их б/б. В области в/ч наблюдается отсутствие 1.1., 2.1., лунки зубов под кровяным сгустком, СО отечна за счет посттравматической гематомы. КЛКТ: отсутствие 1.1., 2.1., в области лунок – инородных тел не обнаружено. Нарушение целостности альвеолярного отростка в/ч не выявлено.



Вопрос 1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.

Вопрос 2. Укажите классификацию нозологии.

Вопрос 3. Перечислите этапы лечения.

Вопрос 4. Укажите возможные осложнения при лечении.

Вопрос 5. Укажите сроки диспансерного наблюдения и прогноз.

5.4. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков

Комплект тестовых заданий

1. Определите соответствие «операция – возраст»:

а. хейлопластика	1. 3-6 лет
б. уранопластика	2. не позднее 1 года
в. вейлопластика	3. любой
г. френулопластика	4. не позже 6 лет
д. вестибулопластика	5. 7-8 лет

2. Определите соответствие «операция – цель»:

а. хейлопластики	1. ушивание расщелины неба,
б. уранопластики	удлинение мягкого неба, сужение
в. вейлопластики	среднего отдела глотки
г. френулопластики	2. уменьшение натяжения десны
д. вестибулопластики	3. восстановление анатомической
	формы верхней губ и носа
	4. предотвращение лизиса кости
	5. углубление преддверия рта

3. Определите соответствие:

а. фиброма	1. злокачественная
б. лимфогранулематоз	2. доброкачественная
в. атерома	
г. меланома	
д. миксома	

4. Определите соответствие:

а. фиброма	1. соединительнотканная природа
б. папиллома	2. эпителиальная природа
в. атерома	
г. гемангиома	
д. миксома	

5. Определите соответствие:

а. радиационные	1. биологический фактор
б. тератогенные яды	2. физический фактор
в. стрессы	3. химический фактор
г. вирусы и бактерии	4. психический фактор
д. механические	

6. Определите соответствие «название – метод профилактики ВПР»:

а. пропаганда ЗОЖ б. МГК в. профилактика инфекционных заболеваний, травматизма, стрессовых ситуаций у беременных г. ознакомление о возможных причинах возникновения ВПР д. пренатальная диагностика	1. индивидуальный 2. массовый
---	----------------------------------

7. Определите соответствие «нозология – группа ВПР ЧЛЮ»:

а. макродентия б. расщелина твердого неба в. синдром Крузона г. короткая уздечка д. синдром Пьера-Робена	1. отдельных анатомических образований 2. системные
--	--

8. Определите соответствие «возраст – норма глубины преддверия рта»:

а. 6-7 б. 8-9 в. 13-15	1. 6-8 мм 2. 9-14 мм 3. 4-5 мм
------------------------------	--------------------------------------

9. Определите соответствие «синдром – тип наследования»:

а. Стиклера б. Карпентера в. Крузона г. Папийона-Лефевра д. Гудмана	1. аутосомно-рецессивный 2. аутосомно-доминантный
---	--

10. Определите соответствие:

а. токсоплазмоз б. синдром Папийона-Лефевра в. синдром Ван Дер Вуда г. синдром Аперта д. синдром Франческетти	1. множественные ВПР мягких тканей и СОР 2. результат тератогенных воздействий 3. эктодермальная дисплазия 4. кораниофациальная дисплазия 5. челюстно-лицевая дисплазия
---	---

11. Определите соответствие «синдром – клинические проявления»:

а. Крузона б. Папийона-Лефевра	1. недоразвитие лицевого скелета, колобомы век, аплазии ушных раковин, экзофтальм, порок сердца и скелетные аномалии
-----------------------------------	--

в. Ван Дер Вуда г. Аперта д. Франческетти	2. изменения черепа за счет синастоза венечных швов в сочетании со сфеноэптоидомаксиллярной гипоплазией, полным сращением пальцев кистей и стоп, ВПР нёба 3. ХГКГ, ХГП тяжелой степени, пародонтолиз во временном и постоянном прикусе, ранняя потеря зубов, атрофия альвеолярных отростков 4. ВПР верхней губы и нёба, симметричные свищи нижней губы 5. преждевременное заращение швов черепа, с брахицефалией, экзофтальмом, гипертелоризмом, гипоплазией в/ч, ВПР верхней губы и неба, ЗЧА.
--	--

12. Определите соответствие «степень гипоплазии костной ткани (горизонталь) при врожденной расщелине альвеолярного отростка – размер»:

а. 1	1. 6-10 мм
б. 2	2. 2-4 мм
в. 3	3. до 1 мм
г. 4	4. 5-7 мм
д. 5	5. дефект всего альвеолярного отростка
е. 6	6. более 10 мм

13. Определите соответствие «степень гипоплазии костной ткани (вертикаль) при врожденной расщелине альвеолярного отростка – величина»:

а. 1	1. 2/3 высоты
б. 2	2. 1/2 высоты
в. 3	3. дефект всего альвеолярного отростка
г. 4	4. 1/3 высоты

14. Определите соответствие «степень – характеристика деформации»:

а. 0	1. красная кайма губы подтянута кверху или нависает в нижней части филтрума. В области недоразвитого края грушевидного отверстия – западение мягких тканей. Рост зубов на пораженной стороне неправильный, прикус не нарушен. Деформация носа с заметным уплощением крыла на стороне деформации, разница в расположении верхних полюсов ноздрей 3-4 мм. Периметр уплощенной ноздри одинаков с окружностью
б. 1	
в. 2	
г. 3	
д. 4	

отверстия здоровой ноздри. Костная пирамидка носа незначительно искривлена в здоровую сторону. Передний отдел хрящевой части перегородки носа выступает в сторону здоровой ноздри, а проксимально-нижний край частично блокирует носовой ход

2. практически отсутствуют искажения верхней губы и ЗЧС

3. небольшое уплощение и укорочение колонки фильтрума и западение тканей в носогубном желобке. По ходу рубца – искажения тканей. На Rg – недоразвитие края грушевидного отверстия. Крыло носа незначительно уплощено, с асимметрией ноздрей. Костная пирамидка носа симметрична. Проксимальный отдел смещен в сторону расщелины с прилежащим краем сошника, проходимость носовых путей не нарушена

4. губа выступает кпереди, нос с выраженной степенью деформации, респираторная функция нарушена. Выраженный дефект тканей крыла носа, стеноз отверстия ноздри, резкое искривление хрящевой части перегородки и сошника, с блокировкой носовых путей. Рубцовый дефект колумеллы, крыла носа

5. значительная деформация тканей верхней губы за счет грубых послеоперационных рубцов. Преддверие рта мелкое, рубцово-измененное, есть носо-ротовые соустья. В/ч на резко недоразвита, прогения. Выраженный дефект костной ткани в области грушевидного отверстия, значительное искривление передневерхнего отдела сошника. Резкое уплощение крыла носа и нависание над губой. Разница в расположении верхних полюсов ноздри достигает 6-8 мм. Кончик носа раздвоен. Отверстие ноздри на треть меньше здоровой, хрящевая перегородка расположена диагонально, сошник резко искривлен, носовое дыхание затруднено

15. Определите соответствие «нозология – характеристика»:

а. срединные кисты и свищи	<p>1. полные – одно выходное отверстие на коже, второе – у корня языка или слепого отверстия. Неполные – одно выходное отверстие в мягких тканях</p> <p>2. локализуется на корне (крыльях) носа, внутреннем (наружном) угле глазницы, надбровных дугах, околоушно-жевательной области, дне рта</p> <p>3. локализуется в области задненижнего полюса околоушной слюнной железы, под стволом лицевого нерва</p> <p>4. локализуется впереди от кивательной мышцы над сосудисто-нервным пучком шеи, рядом с внутренней яремной веной</p>
б. боковые кисты и свищи	
в. бронхиогенные кисты и свищи	
г. дермоидные кисты и свищи	

16. Определите соответствие «нозология – этиопатогенез»:

а. срединные кисты и свищи	<p>1. нарушение развития 2-й жаберной щели и глоточных карманов</p> <p>2. образуются в процессе развития языка, щитовидной железы</p> <p>3. результат тератогенных и мультифакторных воздействий в эмбриогенезе</p> <p>4. аутосомно-рецессивное или аутосомно-доминантное наследование</p>
б. боковые кисты и свищи	
в. бронхиогенные кисты и свищи	
г. дермоидные кисты и свищи	

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

Ребенку 1 месяц. Со слов мамы, жалобы на затрудненное сосание, беспокойный сон. Из анамнеза: ребенок доношенный, родился в срок, вес 2 кг 900 г, рост 50 см, вскармливание грудное, ребенок плохо набирает вес. При осмотре врачом-педиатром патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию к врачу–стоматологу. Объективный статус: конфигурация лица не изменена, регионарные ЛУ не пальпируются. СОР бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная, вплетается в кончик языка. Движение языка ограничены, при плаче ребенка кончик языка раздваивается.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Составьте план лечения.

Вопрос 3. Определите сроки оперативного вмешательства.

Вопрос 4. К каким нарушениям приводит патология, если ее не устранить.

Ситуационная задача 2

Мальчику 8 лет. Жалобы на наличие «щели» между верхними резцами. Объективный статус: лицо симметрично, регионарные ЛУ не увеличены, подвижные, пальпация их б/б. СО бледно-розового цвета, 1.1., 1.2., 2.1., 2.2. прорезались, между центральными резцами имеется щель размером 4 мм, уздечка верхней губы короткая, сильная, вплетается в межзубной десневой сосочек.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

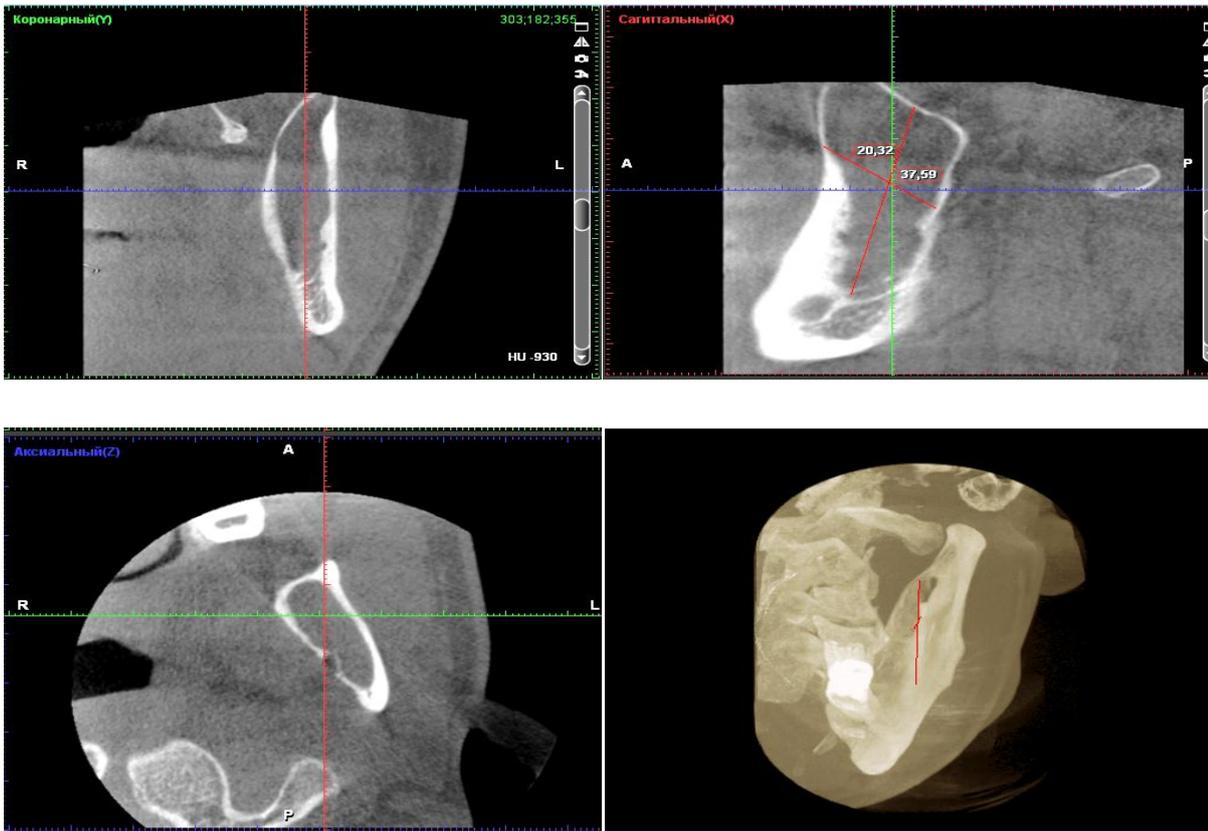
Вопрос 2. Составьте план лечения.

Вопрос 3. У какого специалиста в дальнейшем наблюдаются дети с данной нозологией.

Вопрос 4. Укажите сроки проведения операции.

Ситуационная задача 3

Пациент А., 16 лет. Жалобы на припухлость в области н/ч слева, тупые, ноющие, распирающие боли на протяжении всей н/ч слева. Анамнез: припухлость впервые обнаружили 1 год назад, болевой симптом отсутствовал. Со временем припухлость в области н/ч слева нарастала, деформируя челюстно-лицевую область, появился болевой симптом, незначительно купирующийся препаратами группы НПВС. К врачу стоматологу–хирургу не обращался. Объективный статус: Асимметрия лица за счет припухлости в области угла н/ч слева. Кожные покровы физиологической окраски. Региональные ЛУ не увеличены. По переходной складке преддверия рта в области н/ч слева выявлено выбухание СО физиологической окраски. Симптом Дюпюитрена положительный. Зубы интактны. ЭОД 3.1., 3.2., 3.3., 3.4., 3.5., 3.6., 3.7., 3.8 в пределах 5-6 мкА. Перкуссия б/б, реакция на t раздражитель б/б. Проведен дополнительный метод исследования, представленный на рисунке.



Вопрос 1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.

Вопрос 2. Назовите метод исследования, представленный на рисунке и его проекции.

Вопрос 3. Укажите этиологию нозологии.

Вопрос 4. Перечислите этапы лечения.

Вопрос 5. Укажите возможные осложнения при лечении.

Вопрос 6. Укажите сроки диспансерного наблюдения и прогноз.

Ситуационная 4

Пациент А., 6 лет. Жалобы ограничение открывания рта, эстетический дефект (асимметрия за счет искажения горизонтальной линии нижнего края н/ч), нарушение функции приема пищи – ребенок питается исключительно мягкой, перетертой пищей). В возрасте 1 года перенесла остр. гнойный отит среднего уха и контактный остеомиелит в области левого ВНЧС. Объективный статус: асимметрия лица за счет изменения продольной длины ветви н/ч слева. Кожные покровы физиологической окраски. Региональные ЛУ не увеличены. Ограничение открывание рта до 0,5 см. Прикус сменный. СОР бледно-розового цвета. Rg – в области левого ВНЧС суставная щель прослеживается на всем протяжении, но она

неравномерная. Суставная ямка, головка н/ч плоская, суставной бугорок не выражен.



Вопрос 1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.

Вопрос 2. Назовите стадии данной нозологии (Rg).

Вопрос 3. Назовите классификацию нозологии по Н.Н.Каспаровой.

Вопрос 4. Перечислите этапы лечения.

Вопрос 5. Укажите возможные осложнения при лечении.

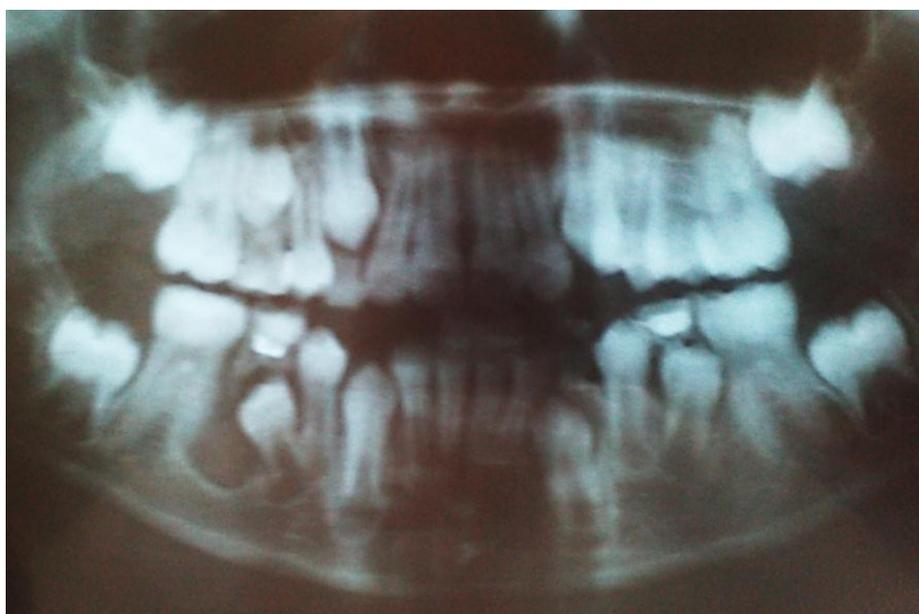
Вопрос 6. Укажите прогноз.

Ситуационная задача 5

Пациент Д. Жалобы: на припухлость в области н/ч справа. Данные симптомы пациентом отмечаются в течение 3-х месяцев. Ранее 8.5. зуб неоднократно лечен по поводу осложненного кариеса. Последнее обострение хр. процесса отмечалось 4 месяца назад, далее появилась припухлость в области н/ч справа, увеличивающаяся со временем в размерах, без воспалительных явлений. Соматический и аллергологический анамнез не отягощен. Объективный статус: асимметрия лица за счет припухлости в области н/ч справа. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, без высыпаний. Регионарные ЛУ не пальпируются. 8.5. зуб под пломбой,

пломбировочный материал состоятелен, коронка в цвете изменена (лечен по поводу осложненного кариеса методом девитальной ампутации), на раздражители не реагирует, подвижность отсутствует, перкуссия б/б. По переходной складке в области 4.4., 8.5., 4.6. определяется выбухание СО размером 2,0 x 3,0 см, без симптомов воспаления. При пальпации определяется симптом Дюпюитрена. ЭОД: 4.6. = 15 мкА, 4.4. = 80 мкА, 4.3 = 6 мкА. При проведении пункционной биопсии получена янтарная жидкость с кристаллами холестерина.

с							с	п
6	V	4	Ш	2	1	1	2	3 4 5 6
6	V	4	3	2	1	1	2	Ш 4 V 6
п							п	п/с п/с



Вопрос 1. Определите возраст ребенка.

Вопрос 2. Поставьте и обоснуйте диагноз.

Вопрос 3. Составьте план терапевтического и хирургического лечения.

Вопрос 4. Определите прогноз.

5.5. Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков.

Комплект тестовых заданий

1. Линия S-N соответствует основанию:
 1. н/ч
 2. заднего отдела основания черепа
 3. переднего отдела основания черепа
 4. в/ч
2. Линия основания н/ч проводится через точки:
 1. Sna-Snp
 2. Gn-Go
 3. N-S
 4. Ar-Go
3. Линия SpP соответствует основанию:
 1. н/ч
 2. заднего отдела основания черепа
 3. переднего отдела основания черепа
 4. в/ч
4. Линия, соответствующая основания в/ч называется плоскостью в/ч и проводится через точки:
 1. Sna-Snp
 2. Pg-Go
 3. N-Se
 4. Ar-Go
5. Обозначена плоскость:
 1. основания н/ч
 2. заднего отдела основания черепа
 3. переднего отдела основания черепа
 4. основания в/ч
6. Плоскость переднего основания черепа проводится через точки:
 1. Sna-Snp
 2. Pg-Go
 3. N-S
 4. Ar-Go
7. Какая линия обозначена на картинке:
 1. N-S
 2. SpP
 3. MP
 4. FH

8. Плоскость, проходящая через точки Or-Po:
1. основания н/ч
 2. франкфуртская горизонталь
 3. переднего отдела основания черепа
 4. основания в/ч
9. Линия соответствует:
1. N-S
 2. SpP
 3. MP
 4. FH
10. Обозначьте окклюзионную плоскость:
1. OcP
 2. SpP
 3. MP
 4. FH
11. Линия, соответствующая эстетической плоскости Риккетса проводится через точки:
1. Sna-Snp
 2. Pg-Go
 3. EN-DT
 4. N-S
12. Что дает построение линии Риккетса:
1. положение верхней и нижней губы
 2. положение кончика носа
 3. положение подбородка
 4. положение передних зубов
13. Увеличение угла SNA характерно для окклюзии:
1. мезиальной
 2. глубокой резцовой
 3. дистальной
 4. физиологической
14. Увеличение угла SNB характерно для окклюзии:
1. мезиальной
 2. глубокой резцовой
 3. дистальной
 4. физиологической
15. Увеличение параметров A-Snp характерно для окклюзии:
1. мезиальной
 2. лингвоокклюзии

3. дистальной
4. физиологической

16. Уменьшение параметров A-Snp характерно для окклюзии:

1. мезиальной
2. лингвоокклюзии
3. дистальной
4. физиологической

17. Определите соответствие (окклюзия – класс по Энглю):

1. мезиальная	а. 1
2. дистальная	б. 2
3. нейтральная	в. 3

18. Определите соответствие:

1. тортаномалия	а. перемещение по зубному ряду
2. транспозиция	б. поворот
3. дистопия	в. задержка прорезывания
4. ретенция	г. неправильное положение

19. Определите соответствие:

1. сужение н/ч	а. палатоокклюзия
2. смещение центра н/ч	б. лингвоокклюзия
3. сужение н/ч в язычную сторону	в. трансверзальная резцовая окклюзия

20. Определите соответствие «прикус – вредная привычка»:

1. открытый	а. закусывание нижней губы
2. дистальный	б. подкладывание кулачка под щеку
3. перекрестный	в. долгое сосание соски-пустышки

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

Ознакомьтесь с ситуацией: SNA – 81° (норма 82°±2°), SNB – 79° (норма 80°±2°), ANB – 0° (норма 2°±2°), NSL/MP– 42° (норма 32°±2°), NSL/Spp– 7° (норма 7°±2°), Spp/MP– 35° (норма 25°±2°), Spp/верхний резец – 110° (норма 115°±5°), MP/нижний резец – 95° (норма 95°±5°), межрезцовый угол – 125° (норма 125°±5°).



Вопрос 1. Опишите клиническую картину.

Вопрос 2. Проанализируйте результаты антропометрических методов исследования.

Вопрос 3. Проанализируйте результаты Rg методов исследования.

Вопрос 4. Поставьте диагноз.

Вопрос 5. Предложите план лечения.

Ситуационная задача 2

Ознакомьтесь с ситуацией: пациент М. 15 лет обратился в ДСП с жалобами на неправильное положение зубов. Клиническая картина:



Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Какие методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза.

Вопрос 3. Предложите план лечения.

Ситуационная задача 3

Ознакомьтесь с ситуацией: родители мальчика 8 лет обратились в ДСП с жалобами на эстетическую неудовлетворенность, проблемы с носовым дыханием. Объективный статус: сужение в/ч, обратное перекрытие во фронтальном отделе, 3 класс Энгля по клыкам, короткая уздечка языка. При общении с мальчиком отмечено «говорение носом».

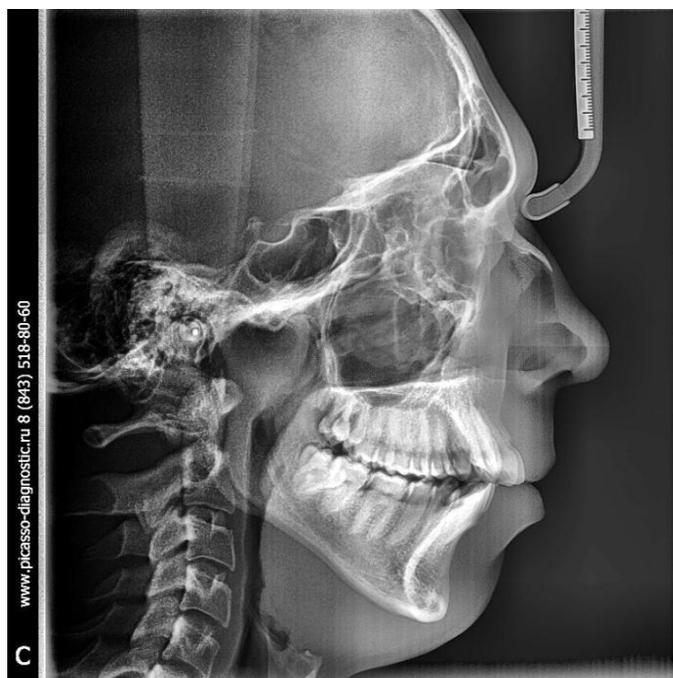
Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо применить.

Вопрос 3. Составьте план лечения. Дайте рекомендации.

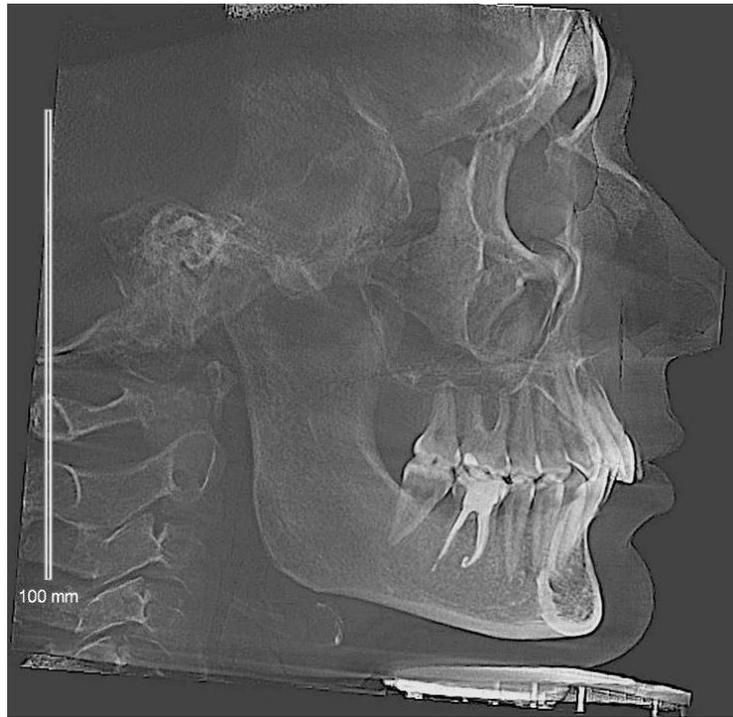
Ситуационная задача 4

Представлена ТРГ в боковой проекции пациента 17 лет.



Ситуационная задача 5

Межапикальный угол составляет 3 deg, параметр Wits увеличен до 5,3 мм, угол Beta составляет 28,1.



Вопрос 1. Можно ли по данным параметрам поставить диагноз по классу Энгля?

Вопрос 2. Если да, поставьте данный класс.

Вопрос 3. Что определяет угол Beta.

Вопрос 4. Что определяют при оценке параметра Wits.

5.6. Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект тестовых заданий

1. Метод диагностики новообразований у детей:

- а. Rg
- б. макроскопия послеоперационного материала
- в. цитологический
- г. морфологический
- д. клинический

2. Ведущий метод лечения новообразований у детей:

- а. лучевая терапия
- б. химиотерапия
- в. хирургический
- г. комбинированный
- д. гормонотерапия

3. Пузырьковые высыпания с серозным или кровянистым содержимым – патогномоничный признак:

- а. лимфангиомы
 - б. гемангиомы
 - в. ретенционной кисты
 - г. папилломы
 - д. фибромы
4. Обострение хр. остеомиелита сходно с:
- а. саркомой Юинга
 - б. остеогенной саркомой
 - в. фиброзной дисплазией
 - г. херувизмом
 - д. синдромом Олбрайта
5. Истинной доброкачественной опухолью:
- а. эозинофильная гранулема
 - б. остеома
 - в. херувизм
 - г. фолликулярная киста
 - д. синдром Олбрайта
6. Склерозирующая терапия показана при:
- а. ретенционной кисте
 - б. гемангиоме
 - в. папилломатозе
 - г. фиброматозе
 - д. папилломатозе и фиброматозе
7. Метод лечения капиллярных и ограниченных капиллярно-кавернозных гемангиом у детей:
- а. хирургический
 - б. химиотерапевтический
 - в. криодеструкция
 - г. Rg
 - д. комбинированный
8. Неодонтогенную этиологию имеет:
- а. цементома
 - б. мукоэпидермоидная опухоль
 - в. мягкая одонтома
 - г. твердая одонтома
 - д. фолликулярная киста
9. Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:
- а. морфологического исследования

б. пункционной биопсии

в. макроскопии

г. эхографии

д. КЛКТ

10. Особенность большинства новообразований у детей:

а. медленный рост

б. дизонтогенетическое происхождение

в. высокая чувствительность к R-терапии

г. высокая чувствительность к химиотерапии

д. высокая чувствительность к R-терапии и химиотерапии

11. Истинная доброкачественная опухоль:

а. эозинофильная гранулема

б. гигантоклеточный эпюлис

в. травматическая костная киста

г. фиброзная дисплазия

д. ангиодисплазия

12. Нестабильность размеров и склонность к воспалению характерны для:

а. гемангиом

б. лимфангиом

в. фибром

г. остеом

д. папилломатоза

13. Одонтогенные опухоли:

а. миксома челюсти

б. эозинофильная гранулема

в. амелобластома

г. саркома Юинга

д. хондрома

14. Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна:

а. гемангиома

б. нейрофиброматоз

в. лимфангиома

г. херувизм

д. гемангиома и лимфангиома

15. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица:

а. эозинофильная гранулема

б. саркома Юинга

в. синдром Олбрайта

г. нейрофиброматоз

д. ретикулярная саркома

16. Синдром Гарднера в ЧЛЮ:

а. врожденные свищи на нижней губе

б. врожденная расщелина твердого неба

в. лопухость

г. деформация ушных раковин, предушные свищи

д. множественные остеомы челюстных и лицевых костей

17. Тактика в отношении кисты прорезывания:

а. наблюдение

б. цистотомия с сохранением зуба

в. цистэктомия с удалением зуба

г. пункция кисты с цитологией

д. пункция кисты с цитологией и цистотомия с сохранением зуба

18. X гистиоцитозу:

а. нейрофиброматоз

б. эозинофильная гранулема

в. амелобластома

г. меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев

д. миксома челюстных костей

19. Электрокоагуляция как самостоятельный метод лечения:

а. кавернозной гемангиомы

б. солитарной телеангиоэктазии

в. пигментного невуса

г. лимфангиомы

д. волосатого невуса

20. Тестоватая консистенция:

а. гемангиома

б. флегмона

в. лимфангиома

г. фиброма

д. ангиодисплазия

Комплект ситуационных заданий

Ситуационная задача 1

Родители 7 летней девочки жалуются на незначительную деформацию в области углов н/ч и ночные боли. Болеет больше 1 мес., когда появилась деформация н/ч в области углов. Объективный статус: лицо асимметрично за счет увеличения объема костной ткани в области углов н/ч. Поверхность н/ч при пальпации плотная, бугристая, б/б. На Rg отмечается неравномерное истончение кортикальной пластинки н/ч с деструкцией костной ткани округлой формы, новообразования костной ткани вокруг очага разрежения и отсутствие четких границ со здоровой тканью. Кость выглядит как «пчелиные соты».

Вопрос 1. Какой диагноз можно предположить?

Вопрос 2. Опишите клинику данной нозологии.

Вопрос 3. Какие особенности отмечаются у данной нозологии в детском возрасте?

Вопрос 4. Опишите гистологическую картину данной нозологии.

Вопрос 5. Какова тактика лечения и прогноз?

Ситуационная задача 2

Ребенку 10 лет. Жалобы на наличие образований. Со слов родителей, ребенок ранее не жаловался и недавно сказал, что первые образования появились около 1 года назад, количество которых увеличивается. Объективный статус: на коже рук имеются вульгарные бородавки, на СО щек имеется множество мелких экзофитных выростов на более тонком основании и широкой верхушке в виде цветной капусты, белесоватого и розового цвета. Пальпация б/б. По линии смыкания зубов признаки травматизации. Подчелюстные ЛУ не пальпируются.

Вопрос 1. Установите диагноз.

Вопрос 2. Какие методы диагностики данной нозологии вы знаете?

Вопрос 3. Какова этиология и патогенез данной нозологии?

Вопрос 4. Какие особенности клиники вы знаете?

Вопрос 5. Назовите методы лечения.

Ситуационная задача 3

Пациент П., 17 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка в/ч справа. При осмотре обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 1.2., 1.3., 1.4. Пальпация б/б. В области

наибольшего выбухания определяется симптом «пергаментного хруста».

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Определитесь с дополнительными методами исследования?

Вопрос 3. Какие Rg снимки необходимы в процессе обследования?

Опишите Rg картину.

Вопрос 4. Какова этиология данной нозологии?

Вопрос 5. Лечение данной нозологии – показания, противопоказания.

Ситуационная задача 4

В хирургический стационар обратились родители ребенка 13 лет по поводу случайно обнаруженных на ОПТГ одонтогенных кист н/ч. Объективный статус: лицо ребенка с выступающими лобными буграми, широкой переносицей и широко расставленными глазами. Сходящееся косоглазие. На коже шеи и груди обнаруживаются элементы сыпи – полупрозрачные папулы гиперпигментированные диаметром 1-3 см. На боковых поверхностях ладоней отмечаются множественные точечные углубления в диаметре 1 мм и глубиной 1 мм. На ОПТГ в области моляров и фронтальной группы отмечаются симметрично расположенные участки радиолуценции.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы обследования.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Назовите этиологию и патогенез данной нозологии.

Вопрос 5. Укажите прогноз данной нозологии.

Ситуационная задача 5

В стационар обратились родители ребенка 6 месяцев, с жалобами на косметический дефект в виде ярко-красного пятна у ребенка на лбу справа. Анамнез: пятно у ребенка было с рождения, родители отмечают постепенное увеличение образования. Объективный статус: пятно ярко-красного цвета, размером 1,5 см х 2,0 см. При надавливании на пятно, оно бледнеет и меняет свою форму. На ощупь, пятно горячее окружающих его тканей, над кожей возвышается незначительно.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Расскажите классификацию данной нозологии.

Вопрос 3. Назначьте лечение.

Вопрос 4. Назовите возможные принципы лечения данной нозологии.

Вопрос 5. Перечислите возможные осложнения.

6.ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

6.1. Осложнения поражений твердых тканей зубов у детей и подростков.

Комплект ответов на тестовые задания

1 - в	2. а - 1; б - 3; в - 2; г - 3; д - 3				3 - а, г	4. а - 3; б - 1; в - 4; г - 5; д - 2			
5 - д	6. а - 1; б - 4; в - 2; г - 3				7 - г	8 - а, в	9 - б	10 - б	11 - а
12 - а	13 - б	14 - в	15 - а	16 - б	17 - в	18 - б	19 - б	20 - г	

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Остр. очаговый пульпит, обострение хр. форм пульпита, остр. верхушечный периодонтит, папиллит, невралгия тройничного нерва.

Ответ 2. К 04.01 – остр. диффузный пульпит.

Ответ 3. ЭОД, Rg.

Ответ 4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация, девитальная ампутация.

Ответ 5. Обезболивание, изоляция, препарирование КП, раскрытие ПЗ, ампутация и экстирпация пульпы, инструментальная и мед/обр. КК, Rg для определения рабочей длины КК, пломбирование КК, Rg, восстановление формы коронки.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Хр. гипертрофический пульпит.

Ответ 2. Перкуссия, ЭОД, Rg.

Ответ 3. Десневой полип, разрастание грануляций из периодонта в область бифуркации.

Ответ 4. Витальная экстирпация.

Ответ 5. 4.6. имеет 2 корня, 3 КК – медиально-щечный, медиально-язычный, дистальный.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Хр. гранулирующий периодонтит 1.1. и 1.2. (К 0.45).

Ответ 2. Апексификация направленная на формирование остеоцементного барьера.

Ответ 3. Травма с отрывом сосудисто-нервного пучка.

Ответ 4. Изоляция, измерение рабочей длины эндодонтического инструмента (длина должна быть короче на 1 мм длины Rg корня), инструментальная обработка стенок КК (щадящая), мед/обр. КК, пломбирование КК нетвердеющей пастой на основе гидроксида Са, Rg, пломбирование.

Диспансерное наблюдение – через 1 месяц, если паста на водной основе, через 3 месяца – если паста на масляной основе, с заменой эндодонтического материала. После формирования остецементного барьера – пломбирование КК постоянным пломбировочным материалом.

Ответ 5. Неблагоприятный.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Остр. очаговый пульпит, обострение хр. пульпита, остр. верхушечный периодонтит, папиллит, невралгия тройничного нерва.

Ответ 2. К 04.01 – остр. диффузный пульпит.

Ответ 3. ЭОД, Rg.

Ответ 4. Витальная экстирпация, девитальная экстирпация.

Ответ 5. Обезболивание, изоляция, раскрытие КП, раскрытие ПЗ, ампутация и экстирпация пульпы, инструментальная и мед/обр. КК, Rg диагностика для определения рабочей длины, пломбирование КК, Rg диагностика качества пломбирования КК, восстановление коронки.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. К 04.5 – хр. фиброзный периодонтит 1.5.

Ответ 2.

–хр. фиброзный периодонтит: расширение периодонтальной щели верхушки корня,

–хр. гранулирующий периодонтит: очаг разрежения без четких границ в виде языков пламени,

–хр. гранулематозный периодонтит: очаг разрежения у верхушки корня с четкими контурами округлой или овальной формы,

–обострение хр. периодонтита: соответствует одной из форм хр.периодонтита

Ответ 3. Хр. формы периодонтита дифференцируют между собой, с хр. гангренозным пульпитом, с хр. глубоким медленно прогрессирующим кариесом.

Ответ 4. Препарирование КП, изоляция, раскрытие ПЗ,

инструментальная, химическая и антисептическая обработки КК, временная obturation КК, временная пломба.

Ответ 5. Отсутствие боли, качественная obturation КК, восстановление анатомической формы и функции. Сроки диспансеризации: наблюдение через 1, 3, 6 мес.

6.2. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект ответов на тестовые задания

1. 1 - а, в, г, ж, и; 2 - б, в, г, ж, з; 3 - а, в, е, и	2. 1 - а, в; 2 - д, ж; 3 - а, в; 4 - б, г, е
3. 1 - а, б, г, д; 2 - а, в	4. 1 - б, в, г; 2 - а, ж, е, д, з
5. 1 - б, в, г, ж; 2 - а, г, е, з	6. 1 - а, в, г, д, ж; 2 - б, в, е
7. 1 - а, г, е; 2 - а, б, в, д	8. 1 - а, б, в, е, ж; 2 - а, б, в, г, д, ж; 3 - а, б, в, г, е
9. 1 - в; 2 - д; 3 - б	10. 1 - а, б, в, д, е, з; 2 - а, б, в, г, е, ж, з
11 - а	12 - в, г, д
13 - в, г	14 - б, в
15 - в	

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Остр. одонтогенный остеомиелит в/ч слева (К 10.2).

Ответ 2. Для установления диагноза в остр. период остеомиелита Rg данные неинформативны. Лабораторные исследования крови свидетельствуют об увеличении количества лейкоцитов до 15-30 тыс., повышении СОЭ до 30-50 мм, сдвиге лейкоформулы влево, наличии С-реактивного белка. В моче выявляются белок, эритроциты, лейкоциты.

Ответ 3. Диета – преимущественно молочно-растительная, питье – витаминизированное, в большом количестве. Медикаментозное лечение предусматривает введение дезинтоксикационных средств, одновременно вводят антибиотики, тропные к костной ткани. Назначают антигистаминные средства, препараты Са, витаминные комплексы, содержащие витамины группы А, Д, Е, В, С, неспецифические иммуномодуляторы. Хирургическое лечение начинают с удаления «причинного» зуба, вскрытия поднадкостничных абсцессов с обеих сторон альвеолярного отростка. При тяжелых формах остр. остеомиелита у детей старшего возраста в некоторых случаях можно с целью декомпрессии проводить перфорацию кортикальной пластинки в участке очага воспаления. Это вмешательство нужно делать вместе со вскрытием очагов

воспаления в близлежащих мягких тканях (абсцессов, флегмон). Раны дренируют, со 2 суток промывают антисептиками, протеолитическими ферментами, на 3-4 сутки назначают физиопроцедуры при эффективном дренировании раны – электрофорез, УФО, УВЧ, лазеротерапию, магнитотерапию. Снаружи на близлежащие к очагу воспаления мягкие ткани накладывают повязки с 5-10% ДМСО. Назначают частые полоскания рта антисептиками. Обязательно соблюдение правил гигиены рта.

Ответ 4. Хр. одонтогенный остеомиелит, гайморита, артрит ВНЧС, паротит, септическое состояние. Последствиями остеомиелитического процесса могут быть: деформация челюсти в результате гибели зон роста челюстей, частичная адентия постоянных зубов, анкилоз ВНЧС.

Ответ 5. Одонтогенный и неодонтогенный абсцесс, флегмона подглазничной, скуловой, подчелюстной области, периостит, сиалоаденит, саркома Юинга, нагноившаяся киста челюсти.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы (слюнокаменная болезнь) (К 11.5).

Ответ 2. Исследование железы по В.С. Коваленко, контрастная сиалография.

Ответ 3. Основной метод лечения - хирургический. Методика вмешательства зависит от локализации, размеров камня и изменений, происходящих в железе и протоке. В послеоперационный период проводится антигистаминная и обезболивающая терапия, назначается слюногонная диета.

Ответ 4. Воспалительные процессы слюнных желез без наличия камней, опухоли и опухолевидные заболевания слюнных желез, ретенционные кисты типа песочных часов, опухоли мягких тканей дна рта, эпидермоидные и дермоидные кисты.

Ответ 5. Слюнно-каменная болезнь – заболевание, при котором в протоках слюнных желез или в их паренхиме возникают конкременты, являющиеся препятствием для оттока слюны. В патогенезе важная роль принадлежит нарушению минерального обмена (повышение количества Са и Р в крови и слюне), авитаминозу А и др. Органическая основа камней составляет до 30%, 70% – соли Са, Mg, Fe. Камни частично растворимы в воде, величина и форма их разнообразны, зависят от локализации и количества. Слюнно-

каменная болезнь наблюдается в основном в подчелюстных слюнных железах, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями (проток S-образный, длинный, неравномерный по ширине, проходит ниже, чем устье). Околоушная слюнная железа поражается редко, потому что проток её широкий, направлен сверху вниз. Подъязычные слюнные железы имеют очень короткие и широкие, вертикально расположенные протоки, поэтому камни в них не формируются.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Остр. гнойный периостит н/ч от 5.5. (К 10.2).

Ответ 2. ЭОД = 100 кА. Rg – патологическая радиолуценция в переапикальных тканях кости, глубокая КП, сообщающаяся с ПЗ.

Ответ 3. Общее лечение, с применением антибиотиков в условиях стационара. Хирургическое лечение: местное обезболивание (анестетик без вазоконстрикторов); удаление причинного зуба; послабляющий горизонтальный разрез СО альвеолярного отростка до кости, по выходящей части; установка дренажа; ежедневные перевязки.

Ответ 4. Остеомиелит, перелом альвеолярного отростка, повреждение зачатка постоянного зуба, асфиксия, коллапс, обморок, аллергическая реакция, анафилактический шок, кровотечение из лунки.

Ответ 5. Сроки, парность и последовательность прорезывания постоянных зубов.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Абсцесс левой клыковой ямки (подглазничной области) (К 12.2).

Ответ 2. Развернутый анализ крови – увеличенное СОЭ, числа лейкоцитов, сдвиг лейкоформулы влево. При пункции – гной.

Ответ 3. Остр. гнойный периостит левой в/ч, одонтогенный остеомиелит левой в/ч, флегмона подглазничной области.

Ответ 4. Общее лечение, с применением дезинтоксикационной терапии, антибиотиков в условиях стационара. Хирургическое лечение: местное обезболивание; разрез тканей, выше переходной складки верхнего преддверия и параллельно ей; проникновение в клыковую ямку (придерживаясь кости), установка дренажа; ежедневные перевязки.

Ответ 5. Распространение гнойного инфильтрата в подглазничное или щечное пространства; сепсис; бактериоимия; ДВС синдром;

септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келоидные рубцы; рецидив.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Обострение хр. гнойного лимфаденита боковой поверхности шеи (L04).

Ответ 2. Развернутый анализ крови – увеличенное СОЭ, числа лейкоцитов, сдвиг лейкоформулы влево. УЗИ – структура узлов равномерно гипоэхогенная (плотность зон от 0 до 10 усл. ед.), что свидетельствует о наличии жидкости в них. Данные термографии «горячей зоны» – разница t симметричных участков $1,4^{\circ}\text{C}$ (серозный процесс); разница t симметричных участков $1,6-2,6^{\circ}\text{C}$ (гнойный процесс). При пункции – гной.

Ответ 3. Общее лечение, с применением дезинтоксикационной терапии, антибиотиков в условиях стационара. Хирургическое лечение: премедикация; масочный наркоз; вскрытие гнойного очага; обработка антисептиками; установка дренажа; ежедневные перевязки.

Ответ 4. Аденофлегмона; флегмона; абсцесс; сепсис; бактериемия; медиастенит; ДВС синдром; септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келлоидные рубцы.

Ответ 5. Ведущая роль в этиологии лимфаденитов принадлежит стафилококку. ЛУ выполняют важные и многокомпонентные функции в организме – барьерно-фильтрационную, иммунопозитическую, резервуарную. Вся лимфатическая система состоит из центральных (тимус, сумка Фабрициуса) и периферических (вторичных) лимфатических органов (ЛУ, селезенка, скопление лимфоидной ткани в глотке, брыжейка и т.п.). При попадании микроорганизмов в регионарный ЛУ они уничтожаются лимфоцитами, но в ряде случаев регионарный ЛУ может стать «оазисом» для них. В таком случае происходит размножение бактерий и постепенной увеличение ЛУ. В дальнейшем происходит разрыв капсулы регионарного ЛУ.

6.3. Травматические повреждения в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект ответов на тестовые задания

1. а - 2, б - 4, в - 1, г - 3	2. а - 3, б - 1, в - 5, г - 4, д - 2	
3. а - 4, б - 3, в - 2, г - 1	4. а - 3, б - 4, в - 5, г - 1, д - 2	
5. а - 2, б - 3, в - 1	6. а - 4, б - 1, в - 3, г - 2	
7. а - 2, б - 4, в - 1, г - 3	8. а - 3, б - 1, в - 2	9. а - 1, б - 3, в - 2
10. а - 2, б - 4, в - 1, г - 3	11. а - 3, б - 5, в - 4, г - 1, д - 2, е - 6	
12. а - 5, б - 3, в - 1, г - 4, д - 2	13. а - 3, б - 1, в - 2	
14. а - 4, б - 1, в - 2, г - 3	15. а - 2, б - 3, в - 4, г - 1	
16. а - 3, б - 1, в - 2, г - 5, д - 4	17. а - 4, б - 1, в - 2, д - 3	18. а - 3, б - 2, в - 1
19. а - 3, б - 1, в - 4, г - 2	20. а - 4, б - 3, в - 1, г - 2	

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Сбор анамнеза, ЭОД, Фризтест, Rg диагностика для определения перелома корня.

Ответ 2. Перелом коронки с повреждением пульпы (S 02.5)

Ответ 3. В зубах с несформированным корнем при точечном обнажении пульпы и обращении в первые часы после травмы проводят биологический метод лечения (прямое покрытие пульпы материалами на основе гидроокиси Са). В настоящее время с успехом используется метод частичной пульпотомии. Этапы: после проведения инфильтрационной анестезии осуществляют антисептическую обработку линии перелома, стерильным алмазным бором в области вскрытой пульпы создают углубление 1-2 мм с одновременным иссечением части коронковой пульпы. После остановки кровотечения и мед/обр. на область эндодонтической раны наносят твердеющий материал, содержащий гидроокись Са. Лечебную повязку и линию перелома закрывают СИЦ. В течение 2-3 нед. проводят динамическое наблюдение за состоянием пульпы (ЭОД или клинический осмотр). При положительной динамике проводят либо реставрацию методом неинвазивного препарирования, либо фиксацию стандартных поликарбоксилатных временных коронок, либо коронок, изготовленных лабораторным путем.

Ответ 4. Периодонтит, остановка развития корня.

Ответ 5. Через 1 неделю проводят клинический осмотр, через 6-8 недель – клинический осмотр + Rg, через 1 год – клинический осмотр + Rg.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Сбор анамнеза, Rg диагностика степени развития корня, ЭОД.

Ответ 2. Нужно было сразу обратиться за помощью в ДСП, т.к. несмотря на травму в пределах дентина токсины через широкие дентинные каналы проникают в пульпу, вызывая ее гибель.

Ответ 3. Перелом коронки без повреждения пульпы (S 02.51).

Ответ 4. Эндодонтическое лечение с пломбированием КК препаратами Са или созданием пробки МТА для дальнейшей апексификации, с последующим пломбированием гуттаперчей и реставрацией.

Ответ 5. Признаки обострения апикального периодонтита, апексификация. Через 6-8 нед. проводят клинический осмотр + Rg, через 1 год – осмотр + Rg.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Сбор анамнеза, определение локального статуса, Rg.

Ответ 2. Перелом н/ч в области угла справа (S 02.6).

Ответ 3. Шинирование, остеосинтез посредством металлических пластинок или металлических спиц. Лекарственные препараты: антибиотики, НПВС, препараты Са и витамин Д.

Ответ 4. Образование костной мозоли, ЗЧА, неправильное сращение костей, неврит лицевого нерва.

Ответ 5. Физиотерапия: УФО, магнитотерапия, УВЧ-терапия, электрофорез. Механотерапия с 4-5 недели после снятия шин.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Полный вывих 1.1., 2.1. (S 02.3). Гематома мягких тканей в области фронтального отдела в/ч (S 02.5).

Ответ 2. S 03.2 Вывих зуба (S 03.20 Люксация, S 03.21 Интрузия и экструзия, S 03.22 Экзартикуляция)

Ответ 3. ПХО раны, удаление кровяного сгустка, создание ложа для реплантации, эндодонтическое лечение 1.1, 2.1. (вне рта), реплантация, шинирование.

Ответ 4. Отторжение реплантационных зубов, некроз мягких тканей.

Ответ 5. Через 5 недель – снятие шинирующих элементов, Rg контроль в течение 1 года после травмы.

6.4. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области, болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков

Комплект ответов на тестовые задания

1.а - 2; б- 1; в - 4; г – 5; д - 3	2.а - 3; б- 1; в - 2; г - 4;д- 5
3.а - 2; б- 1; в - 2;г- 1; д- 2	4.а - 1;б - 2; в - 2; г - 1;д - 1
5.а - 2; б- 3;в - 4; г - 1;д - 2	6.а - 2;б- 1;в - 2;г- 2;д- 1
7.а - 1; б- 1; в - 2;г - 1; д - 2	8.а - 3; б - 1; в - 2
9.а - 2;б - 1;в - 2;г - 1;д - 1	10.а - 2; б - 3;в- 1; г - 4; д - 5
11.а - 5;б - 3;в - 4;г- 2;д- 1	12.а - 3;б - 2;в - 4;г - 1;д - 6;е - 5
13.а - 4; б- 2;в - 1;г - 3	14.а - 2;б -3; в - 1;г - 5;д- 4
15.а - 1; б - 4; в - 3; г - 2	16.а - 2;б - 1;в - 4;г - 3

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Короткая уздечка языка.

Ответ 2. Миогимнастика для мышц языка с целью восстановления подвижности кончика языка и нормализации нарушенных функций, логопедическое лечение, при наличии ЗЧА – ортодонтическое лечение.

Ответ 3. При невозможности сосания оперативное вмешательство необходимо проводить в условиях родильного дома или в период новорожденности. По функциональным (речевым) показанием, либо по морфологическим показаниям (патология прикуса) оперативное вмешательство проводят с 6-7 лет.

Ответ 4. Нарушение глотания и речи (неправильное произношение шипящих, свистящих звуков, буквы «р», «л», «с»), ортодонтическая патология.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Короткая уздечка верхней губы.

Ответ 2. Оперативное лечение, миогимнастика, ортодонтическое лечение.

Ответ 3. Оптимальным сроком оперативного лечения короткой уздечки верхней губы является возраст 7-8 лет (после прорезывания постоянных фронтальных зубов).

Ответ 4. Ортодонт.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Амелобластома н/ч слева (D 16.5).

Ответ 2. КЛКТ н/ч. Коронарная, аксиальная, сагиттальная проекции и 3-D макет.

Ответ 3. Амелобластома н/ч – доброкачественное новообразование эпителиального происхождения, которое состоит из атипичных клеток эмалевого слоя зубного зачатка. Мутированные ткани при этом теряют способность контролировать свой процесс деления.

Ответ 4. Частичная резекция н/ч с замещением дефекта аутооттрансплантатом.

Ответ 5. При щадящем удалении новообразования возможен рецидив. Частичная резекция возможна только в период деактивации зон роста н/ч.

Ответ 6. Сроки диспансерного наблюдения 2 года до периода полного приживления костного трансплантата. Прогноз при полном удалении образования благоприятный.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Вторичный деформирующий остеоартроз левого ВНЧС (M19.2).

Ответ 2. I стадия: остеоартрита – воспаление и гибель костного вещества, II стадия – разрушение головки н/ч и начальной репарации, суженная светлая линия суставной щели (2-3 года), III стадия – выраженной репарации, обширная зона костеобразования и деформация височной кости, линия прямая, неравномерная (3-5 лет), IV стадия – полная потеря конгруэнтности сустава. Сплошная зона костеобразования.

Ответ 3.

1. Первично-костные повреждения и заболевания ВНЧС:

– врожденная патология ВНЧС.

– ВЗ суставных концов костей: остеоартрит, вторичный деформирующий остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз.

2. Функциональные заболевания ВНЧС и исходы в подростковом возрасте.

– юношеская дисфункция ВНЧС: болевой синдром дисфункции, привычный вывих.

– ВЗ и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит, деформирующий юношеский артроз.

Ответ 4. Оперативное лечение: методики удаления патологической ткани и восстановление формы анатомических структур элементов ВНЧС

Ответ 5. Костный анкилоз ВНЧС.

Ответ 6. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный, т.к. большинство методов оперативного лечения возможны только после 12 лет. У данных пациентов практически всегда формируется патология ЗЧС.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. 9,5 – 10 лет.

Ответ 2. Одонтогенная зубосодержащая радикулярная киста н/ч справа. Предварительный диагноз выставлен на основании основных и дополнительных методов обследования. Заключительный диагноз выставляется на основании гистологического исследования.

Ответ 3. Эндодонтическое лечение 4.4., операция «цистотомия в области н/ч справа» или метод «щадящей цистэктомии», диспансерное наблюдение ребенка до прорезывания 4.5.

Ответ 4. Прогноз благоприятный.

6.5. Врожденные и приобретенные аномалии развития у детей и подростков

Комплект ответов на тестовые задания

1 - 1	2 - 2	3 - 4	4 - 1	5 - 3	6 - 3	7 - 1	8 - 2
9 - 4	10 - 1	11 - 3	12 - 1	13 - 3	14 - 1	15 - 3	16 - 1
17. 1 - в, 2 - б, 3 - а	18. 1 - б, 2 - а, 3 - г, 4 - в	19. 1 - а, 2 - в, 3 - б	20. 1 - в, 2 - а, 3 - б				

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Объективный статус: длинное узкое лицо с асимметрией губ и нижней трети лица, напряжением и смещением средней линии и подбородка вправо при смыкании, узкими носовыми путями, низкой позицией языка, выпуклый профиль. Аномалии положения верхних передних зубов.

Ответ 2. Индекс Тонна $30: 25 = 1,2$ (непропорциональность размеров резцов). Сужение в области премоляров и укорочение в/з ряда (1,5 мм, 6 мм, 2,5 мм). Меньшее сужение в области моляров н/ч (4 мм).

3. На ТРГ: ретроинклинация н/ч на 10° «по часовой стрелке» и увеличение базального угла (на 10°). Удлинение нижней трети лица, низкая неправильная позиция языка. На ОПТГ: обструкция носовых ходов с искривлением носовой перегородки, адентия 1.8.

Ответ 4. Дисфункция дыхания, смыкания губ и позиции языка. Нейтральная окклюзия. Сужение и укорочение верхнего зубного ряда. 1.2, 2.2. – небное положение; 2.3. – вестибулярное, супраокклюзионное, тортоаномалийное положение.

Ответ 5. Консультация ЛОР-врача. Ортодонтическая коррекция с целью нормализации формы и размеров зубных дуг, положения зубов, языка и окклюзии с добавлением двухчелюстного функционального трейнера и миогимнастики для дыхания, губ, языка и мышц подбородка.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Диагноз: дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия, диастема на в/ч, аномалия положения зубов.

Ответ 2. ОПТГ, ТРГ в боковой проекции, анализ КДМ, фотометрия.

Ответ 3. Ортодонтическая коррекция с целью нормализации формы и размеров зубных дуг, положения зубов, языка и окклюзии. По показаниям – ортохирургия.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Диагноз: мезиальная окклюзия, обратная резцовая дизокклюзия, двухсторонняя палатоокклюзия, аномалия положения зубов.

Ответ 2. ОПТГ, ТРГ в боковой проекции, анализ КДМ, фотометрия, электромиография.

Ответ 3. Консультация ЛОР-врача. Пластика уздечки языка. Миогимнастика. Ортодонтическое лечение в/ч и н/ч на съемной технике, с расширением в/ч.

Ситуационная задача 4

Ответ 1. SNA, SNB, β -угол, Snp-Sna, Me-Go.

Ответ 2. Тип роста челюсти определяется по углу NSL-ML равный в среднем $32^\circ \pm 2$. Если больше 34° – вертикальный тип роста, если меньше 30° – горизонтальный.

Ответ 3. Профиль лица определяют по величине SNA, SNB. При уменьшении параметров – ретрогнатический профиль, при

увеличении параметров – прогнатический, при средних параметрах – ортогнатический.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. По данным параметрам можно поставить диагноз по классу Энгля.

Ответ 2. Скелетный 1 класс с тенденцией ко второму классу.

Ответ 3. Угол Beta показывает сагиттальное взаимоотношение челюстей, без учета ротации челюстей и положения основания черепа. В норме равно $27-35^{\circ}$. При увеличении параметров – третий скелетный класс, при уменьшении – второй скелетный класс.

Ответ 4. Параметр Wits указывает на степень диспропорции развития фронтальных участков апикальных базисов челюстей.

6.6. Новообразования в челюстно-лицевой области у детей и подростков

Комплект ответов на тестовые задания

1 - г	2 - в	3 - а	4 - а	5 - б	6 - б	7 - в	8 - б	9 - а	10 - б
11 - б	12 - б	13 - в	14 - б	15 - в	16 - д	17 - а	18 - б	19 - б	20 - в

Комплект ответов на ситуационные задания

Ситуационная задача 1

Ответ 1. Хондросаркома н/ч (С 41.1).

Ответ 2. При локализации на н/ч опухоль проявляется в виде утолщения. Положителен симптома Венсана, расшатывание и выпадение зубов. При локализации на в/ч, наблюдается припухлость, подвижность зубов, затрудненное носовое дыхание, носовые кровотечения и экзофтальм. При прорастании опухоли в крылонебную ямку появляется тризм. Поражение ВНЧС приводит к ограничению подвижности н/ч, смещению подбородка в здоровую сторону, болям при жевании. Жалобы на головные и зубные боли. При пальпации – твердая, бугристая опухоль, с выраженным сосудистым рисунком. Метастазирование происходит гематогенно – чаще в легкие.

Ответ 3. В детском возрасте хондросаркома клинически ничем не отличается от остеогенной саркомы.

Ответ 4. Гистологическое подтверждение – крупные круглые гигантские клетки с 2 или более гиперхромными ядрами; мелкие

низкодифференцированные клетки и островки гиалинового хряща; относительная малоклеточность (в некоторых случаях клетки преобладают над основным веществом).

Ответ 5. Резекция в пределах здоровых тканей единым блоком с окружающими мягкими тканями (электрорезекция). Хондросаркомы не чувствительны к лучевой терапии, хотя в некоторых случаях лучевая предоперационная терапия проводится. Прогноз неблагоприятный, выживаемость низкая, т.к. погибает около 90% пациентов (50% в течение 1 года); метастазирование – в любые органы и ткани.

Ситуационная задача 2

Ответ 1. Остроконечные кондиломы (папилломы) СОР (D 10).

Ответ 2. – клинический осмотр и диф. диагностика (контагиозный моллюск, широкие кондиломы при сифилисе); – гистология; – ПЦР–диагностика (определение и типирование ВПЧ); – иммунологическое исследование (наличие в крови антител к ВПЧ).

Ответ 3. ВПЧ передается от человека к человеку, причем одновременно можно заразиться несколькими типами папилломовируса. ВПЧ обитает в клетках кожи и СО, длительное время может протекать латентно. В клетках должно накопиться достаточное количество вируса, чтобы возникли клинические симптомы. Размножение ВПЧ и его количество в организме зависят от уровня иммунной защиты. Под действием различных факторов, снижающих местный и общий иммунитет, происходит активация вируса, его размножение и развитие проявлений. ВПЧ поражает эпителиальные клетки (особенно, зону перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический), может находиться в двух формах: эписомальной (вне генома – доброкачественная) и интросомальной – интегрированной (в составе генома – злокачественная). При латентном течении ВПЧ существует в эписомальной форме, не приводя к патологическим изменениям в клетках и не вызывая клинических проявлений. Размножившись ВПЧ изменяет рост и развитие эпителиальных клеток. Они начинают усиленно и бесконтрольно делиться, происходит разрастание участка кожного покрова или СО, с образованием остроконечной кондиломы. При постоянном механическом повреждении кондиломы могут увеличиваться до 3-5.

Ответ 4. Кондиломы во рту и на губах приносят дискомфорт и косметический дефект, подвергаясь малигнизации чаще, чем остальные из-за постоянного травмирования. Они способны к малигнизации (озлокачествлению). Такое отрицательное свойство зависит от того, насколько онкогенный вирус проник в организм. Существуют не менее 40 вирусов с высокой или повышенной онкогенностью. Одними из них являются 13 и 32 штаммы.

Ответ 5.

- удаление при помощи лазера – метод малотравматичен, обладает высокой точностью, не оставляет рубец; используется для удаления папиллом на языке, под языком, внутренней поверхности щеки.
- криодеструкция – замораживание новообразования жидким азотом на губах и в уголках рта.
- удаление при помощи скальпеля используется только при отсутствии альтернативного лечения, т.к. после операции существует риск формирования рубца; чаще используется для удаления крупных кондиллом.

Ситуационная задача 3

Ответ 1. Радикулярная киста в/ч справа (К 04.8).

Ответ 2. Данные анамнеза: давность заболевания, наблюдались ли ранее признаки воспаления, данные о состоянии зубов в области кисты. Rg, ЭОД причинных и соседних зубов. Цитологическое исследование пунктата.

Ответ 3. Внутриротовой, прицельный Rg, КЛКТ.

Гомогенное просветление костной ткани округлой формы, окруженное четким тонким ободком кортикальной костной ткани; с погруженным корнем «причинного» зуба; замыкающая костная пластинка у верхушки корня разрушена. Корни соседних зубов дивергируют. Типичная Rg картина кист наблюдается не у всех пациентов. Если киста н/ч прорастает в мягкие ткани, то на фоне гомогенного просветления кости округлой формы с четкими краями появляется дополнительный более интенсивный участок разрежения, по своим очертаниям соответствующий дефекту кости. Киста оказывает равномерное давление на окружающую ее кость, сопротивляемость которой обусловлена анатомическими особенностями строения н/ч. При этом довольно быстро атрофируется губчатое вещество кости н/ч, а область наружной и внутренней косых линий в значительной мере сохраняется. На Rg на

фоне просветления костной ткани появляются «перегородки» (остатки косых линий н/ч или других анатомических образований), создающие впечатление многокамерной кисты, что служит поводом заподозрить наличие кистозной формы адамантиномы или остебластокластомы.

Ответ 4. Основной причиной появления радикулярной кисты является наличие воспалительного процесса, в результате чего организм формирует соединительнотканную капсулу для изоляции очага инфекции. Чаще кисты образуются у пациентов с длительно существующим кариозным процессом, пульпитом и периодонтитом либо вследствие неграмотного стоматологического вмешательства. Частый предшественник радикулярной кисты – гранулематозный периодонтит. Нередко причиной образования радикулярной кисты становится травма зуба, перенесенное инфекционное заболевание, снижение иммунитета.

Ответ 5. При лечении кист применяют цистотомию и цистэктомию. В случае кисты, имеющей связь с верхнечелюстной пазухой, показаны ороназальные цистэктомия или цистотомия с синусотомией (гайморотомией). Возможна двухэтапная операция. Показания к операции зависят от этиопатогенеза, размеров кисты и количества зубов, вовлеченных в ее зону:

- цистэктомия заключается в полном удалении оболочки кости с глухим зашиванием раны;
- цистотомия – удаление передней стенки кисты большого диаметра, в результате чего киста сообщается с преддверием или собственно ртом. Благодаря операции устраняется внутрикистозное давление и начинается аппозиционный рост кости, постепенно происходит уплощение и уменьшение полости вплоть до полного исчезновения. Операция менее сложна, нетравматична, легче переносится пациентами, однако длительно сохраняется послеоперационный дефект, за которым требуется уход. Предоперационная подготовка пациентов для цистотомии касается только причинного зуба. Остальные зубы, хотя и вовлечены в зону кисты, остаются прикрытыми ее оболочкой. После операции в динамике проводят ЭОД интактных зубов, расположенных в зоне кисты, не реагирующих на ток. Со временем чувствительность их постепенно восстанавливается (в противном случае требуется эндодонтия).

Ситуационная задача 4

Ответ 1. Синдром Горлина–Гольца: базальноклеточный рак (Q 82.8 – другие уточненные врожденные аномалии кожи).

Ответ 2. Биопсия, гистология.

Ответ 3. Опухоли, расположенные в центральной части лица, на ушных раковинах и их окружности, подлежат иссечению по методу Мосса — с интраоперационной микроскопией замороженных горизонтальных срезов (для определения объема операции). Для мелких опухолей используют электрокоагуляцию.

Ответ 4. Предполагается, что Синдром Горлина–Гольца обусловлен мутацией в опухоль-супрессорном гене, локализованном на участке q31 хромосомы 9. Тип наследования – аутосомно-доминантный, с различной пенетрантностью.

Ответ 5. Множественные злокачественные опухоли кожи требуют настороженности. Многократные операции могут привести к образованию грубых рубцов. Новые опухоли появляются в течение всей жизни, поэтому пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

Ситуационная задача 5

Ответ 1. Смешанная гемангиома лобной области (D 18.0).

Ответ 2. По происхождению: врожденные и приобретенные. По глубине: поверхностные и глубокие. По месту расположения: в мягких тканях и костях. По строению: капиллярные, кавернозные и смешанные. По сосудам из которых происходят: артериальные, венозные, артериовенозные.

Ответ 3. Оперативное удаление опухоли: двукратная обработка операционного поля 70% спиртом; иссечение двумя полукруглыми разрезами с учетом анатомо-топографической особенности участка; гемостаз; послойное ушивание; асептическая повязка. Общее лечение: ненаркотические анальгетики, антигистаминные средства.

Ответ 4. Диатермокоагуляция, склерозирование, криодиструкция, эмболиз сосудов.

Ответ 5. Кровотечение, изъязвление, вторичное инфицирование. Крупные капиллярные и смешанные гемангиомы могут приводить к депонированию тромбоцитов и тромбоцитопении с развитием синдрома Казабаха-Мерритт.

7. ИМИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

7.1. Деловые (ролевые игры)

7.1.1. Тема: «Первое посещение пациента с нарушением носового дыхания, наличием вредной привычки: закусывание нижней губы и его родителей ДСП».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача – стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с нарушением носового дыхания и вредной привычкой, 2) родители пациента, 3) врач – стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача – стоматолога детского при первичном осмотре пациента с нарушением носового дыхания. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты мероприятий с целью профилактики возможных аномалий прикуса у ребенка. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения, диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

7.1.2. Тема: «Первое посещение пациента с остр. гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа и его родителей ДСП».

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врач – стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с остр. гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа, 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с остр. гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа. Отрабатывается навык общения с ребенком, пример уверенного поведения, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты патологии у пациента с остр. гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа. Составляются алгоритмы диагностики и лечения, составляются протоколы ведения,

диспансеризации и реабилитации. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

7.1.3. Тема: «Первое посещение пациента с синдромом Дауна и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врач – стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с синдромом Дауна, 2) родители пациента, 3) врач – стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача – стоматолога детского при первичном осмотре пациента с синдромом Дауна. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с синдромом Дауна и возможности медико-генетического консультирования родителей, планирующих рождение последующих детей. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

7.1.4. Тема: «Первое посещение пациента с хр. фиброзным пульпитом 5.5. и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача – стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с хр. фиброзным пульпитом 5.5., 2) родители пациента, 3) врач – стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача – стоматолога детского при первичном осмотре пациента с хр. фиброзным пульпитом 5.5. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты патологии у пациента с хр. фиброзным пульпитом 5.5. Записываются алгоритмы диагностики и лечения патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

7.1.5. Тема: «Первое посещение пациента с обострением хр. периодонтита 8.5. и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль врача – стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с обострением хр. периодонтита 8.5., 2) родители пациента, 3) врач–стоматолог детский, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения врача–стоматолога детского при первичном осмотре пациента с обострением хр. периодонтита 8.5. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра. Обсуждаются различные варианты патологии у пациента с обострением хр. периодонтита 8.5. Записываются алгоритмы диагностики и лечения патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

7.1.6. Тема: «Первое посещение пациента 8 лет с палатокклюзией и мезиальной окклюзией и его родителей ДСП»

Концепция: 2–3 игрокам предлагается роль ортодонта, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

Роли: 1) пациент с ортодонтической патологией, 2) родители пациента, 3) ортодонт, 4) медсестра.

Ожидаемые результаты. Обсуждаются различные варианты поведения ортодонта при первичном осмотре пациента с ортодонтической патологией. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты течения ортодонтической патологии. Записываются алгоритмы диагностики и лечения ортодонтической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал».

7.2. Лекции–конференции

7.2.1. Тема: «Неотложные состояния в стоматологии детского возраста».

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Анафилактический шок на приеме у врача –стоматолога детского»;

2 доклад «Коллапс на приеме у врача – стоматолога детского»;

3 доклад «Острая сердечная недостаточность на приеме у врача – стоматолога детского».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Неотложных состояний в стоматологии детского возраста». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.2. Тема: «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей»

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Проявление воспалительных заболеваний ЧЛО у детей у от 5 до 14 лет»;

2 доклад «Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний ЧЛО у детей»;

3 доклад «Новые технологии в лечении воспалительных заболеваний ЧЛО у детей».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Особенностей проявления воспалительных заболеваний ЧЛО у детей». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.3. Тема: Стоматологические проявления генетической патологии.

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1 доклад «Стоматологические проявления хромосомных болезней»;

2 доклад «Стоматологические проявления моногенных синдромов»;

3 доклад «Стоматологические проявления мультифакториальной патологии».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Стоматологических проявлений генетической патологии». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.4. Тема: «Пульпит временных зубов».

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

- 1 доклад «Остр. серозный очаговый пульпит временных зубов»
- 2 доклад «Остр. серозный диффузный пульпит временных зубов»;
- 3 доклад «Остр. гнойный пульпит временных зубов»;
- 4 доклад «Хр. фиброзный пульпит временных зубов»;
- 5 доклад «Хр. гипертрофический пульпит временных зубов»;
- 6 доклад «Хр. гангренозный пульпит временных зубов».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Пульпита временных зубов». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.5. Тема: «Периодонтит постоянных зубов».

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

- 1 доклад «Анатомо-физиологические особенности строения периодонта постоянных зубов»;
- 2 доклад «Клиника периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями»;
- 3 доклад «Клиника периодонтита постоянных зубов со сформированными корнями».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Периодонтита постоянных зубов». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.6. Тема: Патология прикуса.

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

- 1 доклад «Мезиальная окклюзия»;
- 2 доклад «Дистальная окклюзия»;
- 3 доклад «Вертикальная резцовая окклюзия и дизокклюзия»
- 4 доклад «Глубокая резцовая окклюзия и дизокклюзия»
- 5 доклад «Трансверзальная резцовая окклюзия и дизокклюзия»;
- 6 доклад «Палатоокклюзия»;
- 7 доклад «Лингвоокклюзия»;
- 8 доклад «Вестибулоокклюзия».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Патологий прикуса». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

7.2.7. Тема: Сочетанная ортодонтическая патология.

Концепция: Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

- 1 доклад «Дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия и аномалия положения зубов»;
- 2 доклад «Мезиальная окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия, обратная резцовая дизокклюзия и аномалия положения зубов»;
- 3 доклад «Трансверзальная резцовая окклюзия и аномалия положения зубов»;

4 доклад «Двухсторонняя палатоокклюзия, дистальная окклюзия и аномалия положения зубов».

Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Сочетанных ортодонтических патологий». В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

8. ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вопрос №1. Организация амбулаторной стоматологической помощи детям.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 3, С. 19].

Вопрос №2. Методы обследования детей со стоматологическими заболеваниями.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 12, 13, 14, 15, С. 98].

Вопрос №3. Местное обезболивание при лечении стоматологических заболеваний у детей. Показания к санации рта в условиях общего обезболивания.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 18, С. 172, Глава 17, С. 157].

Вопрос №4. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Рекомендуемая основная литература:

Детская челюстно-лицевая хирургия. Руководство к практическим занятиям /Под ред. О.З. Топольницкого, А.П. Гургенадзе – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 168с. [Занятие 1]

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 1].

Вопрос №5. Пульпит. Особенности клинического течения и лечения во временных, постоянных зубах с несформированными и завершившими свое формирование корнями.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 26, 27, С. 237].

Вопрос №6. Периодонтит. Особенности клинического течения. Методы лечения в разные возрастные периоды. Инструменты, лекарственные средства и пломбировочные материалы в эндодонтии детского возраста.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 28, С. 257].

Вопрос №7. Рентгенологический метод обследования в детской стоматологии.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 15, С. 121].

Вопрос №8. Организация хирургического отделения детской стоматологической поликлиники.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с.– (Серия «Национальные руководства»). [Глава 1].

Вопрос №9. Местная анестезия (виды, способы). Показания к общему обезболиванию.

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 17, С. 157].

Вопрос №10. Операции на альвеолярном отростке: операции удаления временных и постоянных зубов, ретенированных, сверхкомплектных зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 4, 5, 6, 7, 8].

Вопрос №11. Цистотомия, цистэктомия.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 5, 7].

Вопрос №12. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Дисфункции, артриты, артрозы, анкилозы. Диагностика. Принципы лечения.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 17, 18].

Вопрос №13. Обнажение коронки постоянного зуба для наложения вытяжения, компактостеотомия, резекция верхушки корня, гемисекция и др. зубосохраняющие операции.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 4, 5, 7].

Вопрос №14. Одонтогенные воспалительные процессы. Оценка общего состояния ребенка. Преморбидный фон. Принципы диагностики и лечения. Выбор лекарственной терапии. Показания к госпитализации.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 8, 9].

Вопрос №15. Периодонтит, периостит, остеомиелит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 8].

Вопрос №16. Показания к удалению зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с.– (Серия «Национальные руководства»). [Глава 4].

Вопрос №17. Лимфадениты, абсцессы, флегмоны. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 8].

Вопрос №18. Заболевания слюнных желез. Диагностика. Принципы лечения. Диспансеризация.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 13].

Вопрос №19. Повреждения челюстно-лицевой области у детей. Травмы мягких тканей, зубов, костей. Лечение, реабилитация.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 21, 22].

Вопрос №20. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и челюстных костей. Принцип онкологической настороженности. Диагностика, принципы лечения, диспансеризация.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 23, 24, 25, 26, 27].

Вопрос №21. Аномалии прикрепления мягких тканей к лицевому скелету (уздечки губ, языка, тяжи, мелкое преддверие рта). Диагностика, показания к хирургическому лечению.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 6].

Вопрос №22. Организация оказания помощи детям с врожденными пороками развития лица и челюстей. Классификация врождённых пороков развития.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 16, 29].

Вопрос №23. Импедансная оценка ортодонтических сил.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. – 640 с. [Глава 12].

Вопрос №24. Методы оценки регионарного кровоснабжения и микроциркуляции в тканях пародонта при ортодонтическом лечении аномалий прикуса; ретенции и дистопии зубов.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 9].

Вопрос №25. Сроки оказания специализированной помощи детям с врождёнными пороками лица и челюстей.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 16].

Вопрос №26. Основные этапы реконструктивно-восстановительных операций и сроки их проведения.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 25, 26, 27, 28, 29].

Вопрос №27. Методы функциональной диагностики при реабилитации детей и подростков на этапах реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.

Рекомендуемая основная литература:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия /Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 25].

Вопрос №28. Осложнения в ортодонтии. Причины и меры предупреждения.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 20].

Вопрос №29. Принципы оказания ортодонтической помощи детям и подросткам. Развитие и рост мозгового и лицевого скелета.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 2, 3].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 9, С. 70].

Вопрос №30. Рост и развитие челюстных костей от рождения до периода формирования постоянного прикуса. Временный прикус, сменный прикус, стирание временных зубов, закладка, минерализация и сроки прорезывания постоянных зубов; постоянный прикус.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 3].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 9, С.70].

Вопрос №31. Методы клинической диагностики. Исследование функции зубо-челюстно-лицевой системы (жевание, дыхание, глотание, речь).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 6, 7, 8, 9, 10].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 12, С.98].

Вопрос №32. Биометрические методы изучения диагностических моделей челюстей (изучение размеров временных и постоянных зубов, изучение длины зубных рядов, изучение соотношений сегментов зубных дуг, изучение расположения зубов, изучение формы зубных дуг).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 6, 7].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 13, 14, С. 110].

Вопрос №33. Рентгенологические методы диагностики (внутриротовая Rg, панорамная Rg, ортопантомография, ТРГ, томография ВНЧС).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 8].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 15, С. 121].

Вопрос №34. Классификация зубочелюстных аномалий (классификация зарубежных авторов, классификация отечественных авторов, классификация ВОЗ).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 4].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 4, С. 28].

Вопрос №35. Принципы планирования ортодонтического лечения (показания, противопоказания, планирование ортодонтического лечения с учетом состояния твердых тканей зубов, состояния тканей пародонта).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава10, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Вопрос №36. Биомеханика ортодонтического перемещения зубов. Физиологические, морфологические и функциональные изменения в зубочелюстной лицевой системе при воздействии ортодонтических аппаратов).

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 11, 12].

Вопрос №37. Классификация ортодонтических аппаратов по типу действия, виду опоры, месту расположения, способу фиксации, виду конструкции.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Вопрос №38. Съёмные и несъёмные ортодонтические аппараты, внутриротовые и внеротовые аппараты, комбинированные аппараты. Активные элементы, различные приспособления. Технология их изготовления.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Вопрос №39. Профилактические мероприятия в ортодонтии.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 20].

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 4, С. 28].

Вопрос №40. Клиника, диагностика и лечение аномалий положения зубов в вертикальном, трансверсальном и сагиттальном направлениях.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Вопрос №41. Протезирование детей и подростков (показания, виды протезов, сроки пользования).

Рекомендуемая основная литература:

Детская терапевтическая стоматология /Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой, 2-е изд.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с. – (Серия «Национальные руководства»). [Глава 36, 37, С. 377].

Вопрос №42. Принципы ретенции результатов ортодонтического лечения.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 640 с. [Глава 19].

Вопрос №43. Ретенционные аппараты, виды, конструкции, сроки ретенции.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 19].

Вопрос №44. Рецидивы, причины и предупреждение.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 19].

Вопрос №45. Методы функциональной диагностики в оценке ортодонтических сил при активации съёмной и несъёмной аппаратуры.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 10].

Вопрос №46. Электромиографический контроль восстановления функциональной активности жевательных мышц при ортодонтическом лечении аномалий прикуса.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 9].

Вопрос №47. Электромиография в оценке эффективности миотерапии в ортодонтии.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 9].

Вопрос №48. Комплексная функционально-диагностическая оценка при реабилитации больных после хирургическо-ортодонтического лечения аномалий прикуса и недоразвития челюстей.

Рекомендуемая основная литература:

Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций /Л.С. Персин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с. [Глава 10].

Ссылки на использованные источники:

Библиоклуб.ру. Режим доступа: <http://biblioclub.ru>

БиблиоРоссика. Режим доступа: <http://bibliorossica.com>

Институт Философии Российской Академии Наук. Режим доступа: <http://iphras.ru>

Коллекция Библиотека МГМУ им. Сеченова. Режим доступа: <http://emll.ru>

МегаОбучалка. Режим доступа: <http://megaobuchalka.ru>

Модуль поиска Интернет. Режим доступа: <http://dgma.ru>

Модуль поиска перефразирований Интернет // <http://medicinapediya.ru>

Научная электронная библиотека Elibrary. Режим доступа: elibrary.ru

Обмен медицинскими знаниями. Модуль поиска Интернет. Режим доступа: <http://medznate.ru>

Российская государственная библиотека. Режим доступа:
<http://dlib.rsl.ru>

ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека.
Режим доступа: <http://studentlibrary.ru>

ЭБС ВООК.ru - электронно-библиотечная система. Режим доступа:
<https://book.ru>

Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ. Режим доступа:
<http://elib.kirovgma.ru>

Электронно-библиотечная система Лань. Режим доступа:
<http://e.lanbook.com>

Электронно-библиотечная система Первого Санкт-Петербургского
ГМУ им. акад. И.П. Павлова. Режим доступа: <http://1spbgmu.ru>

Электронно-библиотечная система ФГБОУ ВО Тверской ГМУ.
Режим доступа: <http://tvgmu.ru>

ibooks.ru - электронная библиотечная система. Режим доступа:
<http://ibooks.ru>

refwin.ru. Режим доступа: <http://refwin.ru>

StudFiles.Режимдоступа:<http://studfiles.ru>

**Стоматология детского возраста:
учебно-методическое пособие для аспирантов
(специальность «Стоматология» 14.01.14)**

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета

Подписано в печать 21.09.2018 г.
Формат 60x84¹/₁₆. Печатных листов 6.
Бумага офсетная, тираж 100. Заказ Ф-51.

Отпечатано в



г. Казань, ул. Муштари, 11, тел. 259-56-48.

E-mail: meddok2005@mail.ru