

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра стоматологии детского возраста

## **ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

**по детской терапевтической стоматологии**

модуль «*Детская стоматология*»

модуль «*Медицинская генетика*»

для специальности 060201 «Стоматология»

Казань 2014 год

УДК 616.31:614.2 – 053.2 (075.8)

ББК 566я73

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители:

*Е.В. Мамаева* – доктор медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Р.М. Сафина* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*М.Г. Габдрахманова* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рецензенты:

*А.В. Анохина* – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*И.И. Гиниятуллин* - доктор медицинских наук профессор кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Оценочные средства** по детской терапевтической стоматологии, модули «Детская стоматология» и «Медицинская генетика» по специальности 060105.65 «Стоматология»: Учебное пособие для студентов. /Е.В. Мамаева, Р.М. Сафина, М.Г. Габдрахманова – Казань: КГМУ, 2014. - 132 с.

Учебное пособие «Оценочные средства по детской терапевтической стоматологии» составлено по дисциплине «Детская стоматология» согласно рабочим программам «Детская стоматология» и «Медицинская генетика» и предназначено для студентов 4-5 курсов стоматологического факультета КГМУ.

В учебном пособии представлены различные системы оценочных критериев для текущего контроля знаний студентов при формировании профессиональных и общекультурных компетенций.

## Введение

**Актуальность.** Пособие «Оценочные средства по детской терапевтической стоматологии» составлено в соответствии с Федеральным государственным требованиям к основной рабочей программе по дисциплине «Детская стоматология», модуль «Детская стоматология» и модуль «Медицинская генетика», для специальности (040400) 060105.65 «стоматология», код квалификации выпускника 65 – специалист, форма обучения очная (4-5 курс, 250 часов). Издание содержит новые подходы к изучению и оценке дисциплины детская стоматология и медицинская генетика.

До настоящего времени контроль и оценка обучения студентов оставались традиционными и были направлены на оценку сформированных знаний, умений и навыков. Совсем не применялись новые инновационные технологии обучения, при которых оценочная деятельность преподавателя прочно связывается с самооценкой обучающихся.

**Цель учебного пособия:** Разработать новые оценочные критерии на различных этапах формирования профессиональных и общекультурных компетенций у студентов 4-5 курсов стоматологического факультета КГМУ по специальности 060105.65 «Стоматология», дисциплина «Детская стоматология», модули «Детская стоматология» и «Медицинская генетика».

### **Задачи учебного пособия:**

1. Разработать новые подходы к оценочной деятельности на различных этапах формирования компетенций у студентов.
2. Достичь систематизации и упорядоченности в оценочной деятельности.
3. Достичь объективности и прозрачности в оценке результатов обучения студентов.
4. Создать возможность студентам для самооценки результатов усвоения компетенций.

### *Дисциплина «Детская стоматология»*

#### **Комплект вопросов для коллоквиума**

#### **Раздел 1. Кариес временных и постоянных зубов у детей.**

1. Кариес временных зубов у детей первого и второго года жизни. Этиология, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика с пульпитом, периодонтитом. Методы лечения в зависимости от стадии процесса. Прогноз. Профилактика.
2. Кариес временных зубов у детей 4-6 лет. Наиболее частая локализация кариозных полостей. Диагностика, дифференциальная диагностика стадий процесса (поверхностный, средний, глубокий), выявление осложненных форм.
3. Начальный кариес временных и постоянных зубов. Клиника, методы обследования, дифференциальная диагностика с флюорозом и гипоплазией эмали. Диагностика начального кариеса.
4. Особенности оперативно-восстановительного лечения и выбор пломбировочных материалов при лечении кариеса зубов в молочном и постоянном прикусе.

5. Неоперативное лечение начального кариеса зубов в постоянном прикусе. Виды реминерализующей терапии, оценка ее эффективности, прогноз. Диспансеризация детей с начальным кариесом.
6. Средний кариес постоянных зубов с несформированными корнями. Методы диагностики, дифференциальный диагноз, особенности препарирования полостей в разных группах зубов. Выбор пломбировочного материала в зависимости от возраста ребенка, групповой принадлежности зуба, локализации кариозного дефекта.
7. Глубокий кариес. Реакция пульпы в зависимости от активности кариозного процесса. Клиника, методы диагностики. Дифференциальная диагностика со средним кариесом, пульпитом, периодонтитом. Показания к ЭОД и оценка результатов исследования.
8. Глубокий кариес. Особенности препарирования кариозных полостей. Лечебные прокладки, выбор пломбировочного материала в зависимости от активности кариозного процесса. Профилактика осложнений, прогноз.

### **Критерии оценки вопросов для коллоквиума**

Оценки **«отлично»** заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

### **Комплект тем рефератов**

1. Развитие, прорезывание и рассасывание корней временных зубов. Влияние на эти процессы общего состояния организма.
2. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей разного возраста. Влияние внешних и внутренних факторов на течение кариеса.
3. Особенности клинического течения кариеса временных зубов и постоянных с несформированными корнями. Дифференциальная диагностика, методы лечения. Индексы интенсивности кариеса и их определение.
4. Методы профилактики кариеса зубов у детей.
5. Методы лечения кариеса разной локализации временных и постоянных зубов. Реминерализующая терапия.
6. Особенности препарирования кариозных полостей во временных и постоянных

- несформированных зубах у детей разного возраста.
7. Особенности применения адгезивных технологий, самопротравливающиеся адгезивные системы. Выбор пломбировочного материала в детской практике.

### Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. Новизна реферированного текста. макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. Степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы
3. Обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. Соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. Грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Комплект ситуационных задач

#### Ситуационная задача № 1

Пациентка С., 12 лет, на этапе ортодонтического лечения обратилась с жалобами к детскому врачу – стоматологу–терапевту на появление в пришеечной области 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 белых пятен – матовых, без четких границ, занимающих от  $\frac{1}{6}$  до  $\frac{1}{4}$  вестибулярной поверхности. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной равняется 3,0 баллам. Слюна вязкая, тягучая; рН слюны равняется 6,4. ТЭР тест = 40%.

#### Вопросы

- 1 Поставьте терапевтический диагноз.
- 2 Перечислите дополнительные методы исследования.

- 3 Определите тактику комплексного лечения.
- 4 Каков прогноз терапевтической патологии?
- 5 Как выявляется кариесогенная ситуация в полости рта по состоянию слюны?
- 6 Какие современные средства гигиены вы можете порекомендовать?
- 7 Составьте индивидуальную программу профилактики.

(Ответ: Острый начальный кариес)

#### Ситуационная задача № 2

Больному 12 лет. При профилактическом осмотре в школе была выявлена аномалия прикуса. При объективном обследовании КПУ = 6, ГИ = 1,2.

Прирост интенсивности кариеса зубов за последний год составил 2 зуба. ТЭР –тест – 70%. Скорость слюноотделения 0,1 мл/мин., рН слюны 6,0

На медиальной поверхности 11 и 21 кариозные полости, края эмали неровные, дентин мягкий, светлый. Перкуссия, зондирование, температурные раздражители боли не вызывают. ЭОД = 6 мкА.

#### Вопросы

1. Диагноз 1.1, 2.1 зубов.
2. Составьте план лечения и профилактики.
3. Прогноз по кариесу.

#### Ситуационная задача № 3

Ребенок 2,5 года проживает в регионе с содержанием фтора в питьевой воде 0,2 мг/л, кп =14. Из анамнеза выявлено, что ребенок родился недоношенным, находится на грудном вскармливании последние 2 года жизни и часто болеет острыми респираторными заболеваниями. Вскоре после прорезывания зубов появлялись кариозные полости, распространявшиеся по шейке зубов, которые привели к отлому коронок 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 и исчезновению эмали с жевательной поверхности 5.5, 5.4, 6.5, 6.4, 7.5, 7.4, 8.5, 8.4 зубов.

#### Вопросы

1. Поставьте диагноз с учетом клиники и анамнеза.
2. Перечислите факторы риска, приведенные в задаче, которые привели к возникновению данной патологии твердых тканей зубов.
3. Какие формы данной патологии встречаются в этом возрасте и в чем их особенность?
4. Методы лечения данной патологии в этом возрасте.
5. Подберите оптимальный набор средств гигиены и составьте индивидуальную гигиеническую программу.

#### Ситуационная задача № 4

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 обнаружены меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, гладкая, болезненная реакция на температурные раздражители отсутствует. КПУ + кп = 6, гигиенический индекс = 2.

При сборе анамнеза выявлено: ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.

#### Вопросы

1. Предполагаемый диагноз для 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов:
  - 1) системная гипоплазия эмали
  - 2) флюороз
  - 3) начальный кариес
  - 4) очаговая гипоплазия эмали
  - 5) эрозия эмали
2. Какие дополнительные методы исследования или особенности анамнеза, скорее всего, подтвердят диагноз?

3. Составьте план лечения патологии 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов.
4. Перечислите факторы, активизирующие возникновение заболевания.
5. Фактором, ведущим в патогенезе данного заболевания, является:
  - 1) дисминерализация
  - 2) реминерализация
  - 3) деминерализация
  - 4) разрушение белков эмали
  - 5) разрушение углеводов эмали
6. Критерии оценки эффективности лечения данной патологии.

#### Ситуационная задача № 5

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на боль при жевании.

Объективно: Общее состояние ребенка удовлетворительное, сознание ясное, самочувствие хорошее. КПУ+кп = 9. 3.6 – на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, наполненная светлым размягченным дентином, зондирование безболезненно, перкуссия безболезненна, холодовой раздражитель вызывает кратковременную боль.

#### Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз для 3.6 зуба.
2. ЭОД при выявленной патологии в пределах:
  - 1) 2-4 мкА
  - 2) 10-12 мкА
  - 3) 20-30 мкА
  - 4) 40-60 мкА
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите этапы восстановления коронковой части зуба с применением светоотверждаемого пломбировочного материала.

#### Ситуационная задача № 6

На консультацию к детскому врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 3-х лет.

*Жалобы:* На интенсивное поражение зубов кариесом, выпадение пломб.

*Развитие настоящего заболевания:* Первые признаки поражения зубов в виде белых пятен в пришеечной области четырех верхних резцов мама обнаружила у ребенка в 1 год 2 месяца. На многих жевательных зубах дефекты появлялись в течение полугода после прорезывания.

*Анамнез:* Ребенок родился недоношенным. На грудном вскармливании находился до 2-х месяцев. Переболел гриппом в 1 год жизни, в последующие годы часто болел простудными заболеваниями.

*Объективно:* Ребенок худощавого телосложения, бледный. Лицо симметричное.

*Зубная формула:*

с	с	с	pt	pt	pt	pt	с	с	с
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с	с					п сп			

По переходной складке в области 52,51,61,62 слизистая оболочка пастозна, гиперемирована, имеются свищевые ходы. Зубы изменены в цвете. Дентин светлый, влажный, легко убирается экскаватором. Зондирование. Перкуссия, термометрия – безболезненны.

#### Вопросы

1. Поставьте диагноз заболеванию 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов.
2. Какие рентгенологические признаки характерны для данного заболевания?
  1. никаких

2. равномерное расширение периодонтальной щели
3. разрежение костной ткани округлой формы
4. разрежение костной ткани с нечеткими границами
3. В каком случае единственным методом лечения 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 является их удаление?
4. Какой метод лечения рекомендуется при данном заболевании?
5. Определите интенсивность кариеса.
6. Какое течение кариеса у ребенка?
7. Какой принцип лечения кариеса зубов Вы рекомендуете при данной патологии?

#### Критерии оценки решения ситуационных задач:

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

Оценка «**хорошо**» – студент 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**» – студент 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**» – студент 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.

#### Критерии оценки решения ситуационных задач

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ( $\frac{2}{3}$ ) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

#### Комплект тестовых заданий

##### Раздел «Кариес временных и постоянных зубов у детей»

1. Укажите эффективный и доступный метод диагностики очаговой деминерализации:
  1. визуальный
  2. метод витальной окраски+
  3. метод Rg исследования
  4. флюоресценция
  5. все перечисленные
2. Достаточным для практической работы врача методом определения активности кариеса зубов у детей являются:
  1. гигиенический индекс

2. ЦРТ – тест
3. индексы КПУ, кп, КПУ+кп+
4. лактобациллен тест
5. прирост интенсивности кариеса+
3. При диагностике кариеса к Rg прибегают:
  1. для диагностики скрытых кариозных полостей+
  2. для определения глубины распространения кариозного процесса
  3. для диагностики вторичного кариеса
  4. для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
  5. все перечисленное
4. Течение кариеса, характерное для детского возраста:
  1. хроническое
  2. острое+
  3. подострое
  4. острейшее
5. Признаки, характерные для острейшего течения кариеса у детей:
  1. единичные кариозные полости в ретенционных пунктах
  2. кариозные полости на контактных поверхностях
  3. множественные кариозные полости, в том числе и на иммунных поверхностях зубов+
  4. дентин светлый, размягченный+
6. Показания для проведения местной реминерализующей терапии у детей:
  1. хроническое течение кариеса
  2. острое и острейшее течение кариеса+
  3. гингивит
  4. флюороз
7. Герметизация фиссур у детей является:
  1. методом профилактики кариеса+
  2. методом лечения кариеса
  3. методом профилактики гипоплазии эмали
  4. методом профилактики флюороза
8. Дополнительный метод исследования при диф. диагностике кариеса в стадии пятна:
  1. зондирование
  2. Rg
  3. витальное окрашивание+
  4. окклюдодграмма
9. Диф. диагностика среднего кариеса у детей проводится:
  1. с хроническим периодонтитом+
  2. с очаговой деминерализацией эмали
  3. с острым очаговым пульпитом
  4. с острым диффузным пульпитом
10. Объем лечебных мероприятий при хроническом течении кариеса зубов:
  1. оперативно – восстановительное вмешательство+
  2. реминерализующая терапия
  3. общая патогенетическая терапия
11. Объем лечебных мероприятий при остром течении кариеса зубов:
  1. оперативно – восстановительное вмешательство+
  2. реминерализующая терапия+
  3. общая патогенетическая терапия
12. Объем лечебных мероприятий при острейшем течении кариеса зубов:
  1. оперативно – восстановительное вмешательство+
  2. реминерализующая терапия+

3. общая патогенетическая терапия+
13. При механической обработке среднего кариеса у детей не применяется:
1. шаровидный бор №3
  2. цилиндрический бор
  3. обратноусеченный бор+
  4. шаровидный бор №5
14. Кариозные дефекты на контактных поверхностях зуба отображаются на Rg:
1. в виде темных краевых узур+
  2. в виде светлых полос
  3. в виде пламени свечи
  4. в виде очагов склероза
15. Методом лечения начального кариеса является:
1. иссечение измененных тканей с последующим пломбированием
  2. гигиена полости рта с использованием лечебно – профилактических зубных паст +
  3. аппликация реминерализующих растворов+
  4. ультрафонофорез препаратов Са и F+
  5. все перечисленные выше
16. Принципы препарирования молочных зубов:
1. профилактическое расширение по Блэку
  2. щадящее в пределах пораженных тканей+
17. Что предполагает атравматическое восстановительное лечение:
1. инструментальное удаление некротизированных тканей и пломбирование СИЦ
  2. препарирование кариозной полости и пломбирование СИЦ
  3. химическое растворение некротизированных тканей и пломбирование СИЦ+
18. Наиболее часто в молочных зубах встречается:
1. глубокий кариес
  2. кариес в стадии пятна
  3. средний кариес+
  4. поверхностный кариес
  5. все вышеперечисленное
19. Для медикаментозной обработки кариозной полости при глубоком кариесе постоянных зубов при третьей степени активности применяется:
1. эвгенол
  2. спирт, эфир
  3. антисептики+
  4. воздух
  5. все выше перечисленное
20. Когда используют лечебные прокладки с гидроксидом кальция:
1. при начальном кариесе
  2. при хроническом среднем кариесе
  3. при остром среднем кариесе
  4. при острейшем среднем кариесе
  5. при хроническом глубоком кариесе
  6. при остром глубоком кариесе+
  7. при острейшем глубоком кариесе+
21. При лечении острых форм глубокого кариеса используются лечебные прокладки:
1. с гидроксидом кальция+
  2. с тимолом
  3. с эвгенолом+
  4. с гидроксиапатитом+
  5. с трикальцийфосфатом+

6. с резорцин – формалином
  7. с формокрезолом
  8. с антибиотиками
22. Пломбировочные материалы используемые при кариесе временных зубов:
1. СИЦ+
  2. цинкфосфатные цементы+
  3. силикатные цементы
  4. амальгама+
23. При лечении кариеса 54 зуба у ребенка 2 лет следует применять без прокладки пломбировочные материалы:
1. амальгаму
  2. силидонт
  3. лактадонт
  4. силицин
  5. СИЦ+
24. Без прокладки для отсроченного пломбирования в первое посещение постоянных несформированных резцов можно применять:
1. СИЦ +
  2. силидонт
  3. силицин
  4. эвикрол
  5. стомадент
25. При пломбировании глубокой кариозной полости 1 класса базовая прокладка ставится:
1. из фосфат цемента
  2. поликарбоксилатного цемента
  3. гибридного СИЦ двойного отверждения
  4. силикофосфатного цемента
  5. СИЦ тройного отверждения+
26. Профилактику кариеса зубов необходимо осуществлять:
1. в детском возрасте
  2. у подростков+
  3. у беременных
  4. у взрослых
  5. на протяжении всей жизни человека
27. При начальных формах кариеса временных зубов применяют:
1. иодиол
  2. нитрат серебра 20-30%+
  3. нитрат серебра 0,5%
  4. трипсин
  5. хемотрипсин
28. Для удаления протравки при лечении кариеса постоянных зубов необходимо:
1. промывание не менее 5 минут  
время нейтрализации кислоты струей воды должно соответствовать времени протравливания
  2. промывание до 15 секунд+  
длительность времени нейтрализации кислоты струей воды с поверхности эмали не имеет значения
  3. вообще не требуется промывания
29. Исход лечения начального кариеса считается успешным при:
1. пигментации пятна
  2. уменьшении размеров пятна
  3. ослаблении прокрашиваемости пятна

4. исчезновении пятна
  5. любом из указанных+
30. Тактика при случайной перфорации дна кариозной полости 55 зуба у ребенка 5 лет с декомпенсированным течением кариеса:
1. лечение биологическим методом – наложение кальцийсодержащей прокладки и пломбирование
  2. лечение методом витальной ампутации
  3. лечение методом девитальной ампутации+
  4. удаление зуба
  5. отсроченное пломбирование
31. После лечения кариеса могут возникать осложнения:
1. воспаление и некроз пульпы
  2. вторичный кариес+
  3. папиллит
  4. травматический верхушечный периодонтит
  5. нарушение окклюзии
32. Требование к препарированию полостей при работе с современными композиционными материалами:
1. допускается произвольное препарирование
  2. необходимо закруглять внутренние углы полостей+
  3. необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку
  4. закругление внутренних углов полостей не имеет значение+
  5. не названо
33. За счет чего пульпа может погибнуть после применения композиционных пломбировочных материалов, если допущена погрешность в правильном наложении прокладочного материала:
1. за счет диффузии щелочных соединений, входящего в состав прокладочного материала
  2. за счет диффузии свободных фосфорных кислот, входящих в состав композиционных материалов
  3. за счет диффузии патогенных микроорганизмов из ротовой жидкости+
  4. за счет свободных фосфорных кислот, входящих в состав прокладочного материала+
  5. не назван+
34. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать:
1. хорошей пластичностью, быстрым твердением
  2. механической прочностью, высокой адгезией+
  3. противовоспалительным действием
  4. одонтотропным действием
  5. не обладать токсичностью
35. Контактные пункты не создаются при пломбировании временных зубов:
1. до 4 лет
  2. с 4 лет
  3. до 6 лет+
  4. с 6 лет
36. После полимеризации завершающую обработку пломбы из композиционного материала можно начинать:
1. сразу после полимеризации+
  2. через 1 минуту
  3. через 2 минуты
  4. через 6 – 10 минут
  5. через 24 часа

37. Что назначается в качестве общей патогенетической терапии кариеса:

1. антибиотики
2. макроэлементы (Са, Р)+
3. микроэлементы (F)+
4. сульфаниламиды
5. десенсибилизирующие средства
6. витамины
7. препараты, повышающие резистентность организма
8. макролиды

#### **Критерии оценки тестовых заданий:**

Оценка «**отлично**» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «**хорошо**» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «**удовлетворительно**» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «**неудовлетворительно**» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**зачтено**», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**не зачтено**», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

#### **Ролевая игра (имитационные технологии)**

**1. Тема ролевой игры.** Первое посещение пациента с кариесом временных зубов и его родителей детской стоматологической поликлиники. (Раздел «Кариес временных зубов. Классификация, клиника, диагностика и лечение»).

**2. Концепция ролевой игры.** Двум – трем игрокам предлагается роль врача-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

**3. Роли:** 1) пациент с кариесом временных зубов, 2) родители пациента, 3) врач-стоматолог детский, 4) медсестра.

**4 Ожидаемые результаты.** Обсуждаются различные варианты поведения врача-стоматолога детского при первичном осмотре пациента с кариесом временных зубов. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с кариесом временных зубов. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	
5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	

Итого	
-------	--

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

86 – 100 баллов – **«отлично»**;

70 – 75 баллов – **«хорошо»**;

51 – 69 баллов – **«удовлетворительно»**;

менее 51 балла – **«неудовлетворительно»**.

### **Лекция-конференция (не имитационные технологии)**

по дисциплине «Детская стоматология»,

#### **1. Тема лекции-конференции.**

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

1 доклад «Циркулярный кариес временных зубов у детей»;

2 доклад «Особенности локализации кариозных полостей и течения кариеса временных зубов»;

3 доклад «Особенности течения кариеса постоянных зубов у детей».

**3. Ожидаемые результаты.** Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Кариеса временных зубов». (Раздел 2 Особенности течения кариеса временных зубов). В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы	
2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	
4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

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

86 – 100 баллов – **«отлично»**;

70 – 75 баллов – **«хорошо»**;

51 – 69 баллов – **«удовлетворительно»**;

менее 51 балла – **«неудовлетворительно»**.

### **Комплект вопросов для коллоквиума**

**Раздел 2.** Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения.

1. В каком периоде эмбрионального развития, в какой стадии развития корня происходят процессы развития пульпы временных зубов?
2. Чем можно объяснить быстрое распространение воспалительного процесса в пульпе временных зубов?
3. Почему при острых пульпитах временных зубов наблюдаются изменения со стороны общего состояния организма ребенка?
4. Что способствует быстрому переходу воспаления из пульпы в периодонт во временных зубах?
5. Какая электровозбудимость пульпы наблюдается при хронических формах пульпитов временных зубов?
6. Классификация пульпитов временных зубов.
7. Клиническое течение острых форм пульпитов временных зубов.
8. Клиническое течение хронических форм пульпитов временных зубов.
9. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпитов временных зубов.
10. Особенности лечения пульпитов временных зубов.
11. Биологический метод. Показания. Этапы.
12. Витальная ампутация. Показания. Этапы.
13. Витальная экстирпация. Показания. Этапы.
14. Девитальная ампутация. Показания. Этапы.
15. Девитальная экстирпация. Показания. Этапы.

**Раздел 3. Пульпит постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями. Этиология, патогенез.**

1. В каком периоде эмбрионального развития, в какой стадии развития корня происходят процессы развития пульпы постоянных зубов?
2. Чем можно объяснить быстрое распространение воспалительного процесса в пульпе постоянных зубов?
3. Почему при острых пульпитах постоянных зубов наблюдаются изменения со стороны общего состояния организма ребенка?
4. Что способствует быстрому переходу воспаления из пульпы в периодонт в постоянных зубах?
5. Какая электровозбудимость пульпы наблюдается при хронических формах пульпитов постоянных зубов?
6. Классификация пульпитов постоянных зубов.
7. Клиническое течение острых форм пульпитов постоянных зубов.
8. Клиническое течение хронических форм пульпитов постоянных зубов.
9. Особенности клинического течения острых форм пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями.
10. Особенности клинического течения хронических форм пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями.
11. Дифференциальная диагностика хронических форм пульпитов постоянных зубов.
12. Диагностика острых форм пульпитов постоянных зубов у детей.
13. Диагностика хронических форм пульпитов постоянных зубов у детей.
14. Классификация пульпита по Т.Ф. Виноградовой.

**Раздел 4. Методы лечения пульпитов постоянных зубов у детей. Ошибки, осложнения и методы их предупреждения. Прогноз.**

1. Факторы определяющие выбор метода лечения пульпита постоянных зубов у детей.
2. Каковы основные принципы биологического метода лечения постоянных зубов у детей?
3. Перечислите показания к проведению биологического метода лечения пульпита.
4. Осложнения, возникающие при биологическом методе лечения.

5. Показания к витальной ампутации постоянных зубов у детей. Этапы.
6. Показания к витальной экстирпации постоянных зубов у детей. Этапы.
7. Сущность девитального лечения пульпита постоянных зубов у детей.
8. Девитальные методы лечения пульпитов постоянных зубов у детей: ампутация, показания. Этапы.
9. Девитальная экстирпация. Показания. Этапы.
10. Эндодонтические материалы для пломбирования несформированных корней постоянных зубов у детей при лечении пульпита.
11. Эндодонтические материалы для пломбирования сформированных корней постоянных зубов у детей при лечении пульпита.
12. Эффективный метод лечения пульпита постоянных зубов у детей с несформированной верхушкой корня.
13. Ошибки при лечении пульпита постоянных зубов.
14. Осложнения возникающие в процессе лечения пульпита постоянных зубов у детей.
15. Отдаленные результаты лечения пульпита постоянных зубов у детей.

### **Критерии оценки вопросов для коллоквиума**

Оценки «отлично» заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

### **Комплект тем рефератов**

**Раздел 2.** Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения.

**Тема 1.** Анатомо- физиологические особенности строения пульпы в период формирования прорезывания зубов и рассасывания корней временных зубов.

**Тема 2.** Пульпит временных зубов. Этиология. Патогенез.

**Тема 3.** Особенности клинического течения пульпита временных зубов у детей.

**Тема 4.** Диагностика, дифференциальная диагностика пульпитов временных зубов у детей.

**Тема 5.** Особенности лечения пульпитов временных зубов у детей.

**Тема 6.** Выбор и обоснование метода лечения пульпита временных зубов у детей.

**Тема 7.** Возможность и целесообразность сохранения пульпы или ее части при

воспалении во временных зубах в различные возрастные периоды.

**Тема 8.** Показания к хирургическому методу лечения. Методики проведения.

**Тема 9.** Витальная ампутация во временных зубах. Показания. Этапы.

**Тема 10.** Девитальная ампутация. Показания. Этапы.

**Тема 11.** Девитальная экстирпация. Показания. Этапы.

**Тема 12.** Девитализирующие препараты. Показания к применению.

**Раздел 3.** Пульпит постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика

**Тема 1** Пульпиты постоянных зубов. Этиология. Патогенез. Диагностика.

**Тема 2.** Классификация пульпитов постоянных зубов у детей.

**Тема 3.** Особенности клинического течения пульпитов постоянных зубов у детей со сформированными и несформированными корнями.

**Тема 4.** Дифференциально- диагностические признаки острых форм пульпита у детей.

**Тема 5.** Дифференциально-диагностические признаки хронических форм пульпита постоянных зубов у детей.

**Тема 6.** Рентгенологические изменения в тканях при пульпите.

**Тема 7.** Клиника острого гнойного пульпита в постоянных зубах с несформированными корнями.

**Тема 8.** Клинические методы исследования при пульпитах постоянных зубов у детей.

**Раздел 4.** Методы лечения пульпитов постоянных зубов у детей. Ошибки, осложнения и методы их предупреждения. Прогноз

**Тема 1.** Возрастная коррекция показаний к выбору метода лечения заболеваний пульпы у детей 4-15 лет.

**Тема 2.** Консервативный (биологический) метод лечения пульпита постоянных зубов у детей.

**Тема 3.** Витальная ампутация в постоянных зубах Показания. Этапы.

**Тема 4.** Метод глубокой ампутации. Показания. Этапы.

**Тема 5.** Витальная экстирпация в постоянных зубах Показания. Этапы.

**Тема 6.** Девитальная ампутация в постоянных зубах. Показания. Этапы.

**Тема 7.** Девитальная экстирпация. Показания. Этапы.

**Тема 8.** Апексогенез. Методика. Этапы. Критерии оценки результатов эндодонтического лечения методом апексогенеза.

**Тема 9.** Эндодонтические манипуляции при лечении пульпита постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями.

**Тема 10.** Формокрезол-терапия временных зубов.

### Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. Новизна реферированного текста. Макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. Степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал;

	- умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы
3. Обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. Соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. Грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Комплект ситуационных задач

**Раздел 2.** Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения.

#### Ситуационная задача № 1.

Ребенок 5-ти лет. Жалоб не предъявляет. Во время профилактического осмотра выявлена глубокая кариозная полость на жевательной поверхности 5.5 зуба, выполненная размягченным дентином. При эвакуации дентина полость зуба легко вскрывается, дает болезненную реакцию, появляется кровоточивость. На температурные раздражители – холод болезненная реакция, которая держится некоторое время после прекращения действия раздражителя.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные исследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 2.

Ребенок 5-ти лет жалоб не предъявляет. Во время профилактического осмотра на жевательно-дистальной поверхности 7.5 зуба выявлена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Объективно: в глубине полости зуба отмечается болезненность при зондировании, перкуссия зуба слабо болезненна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. План лечения.

Вопрос 4. Дополнительные методы исследования

Вопрос 5. Назовите необходимые муцифицирующие препараты для лечения.

#### Ситуационная задача № 3.

При обследовании полости рта у ребенка пяти лет обнаружена глубокая кариозная

полость на вестибулярной поверхности 7.5 зуба. Во время экскавации размягченного дентина полость зуба полость зуба вскрыта. Зондирование болезненно, перкуссия безболезненна.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Необходимые дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 4.

Ребенок 7 лет жалуется на сильные самопроизвольные боли в области 6.3 зуба, появились два назад. Родители отмечают плохой сон и аппетит ребенка. Объективно: Незначительная асимметрия мягких тканей левой щеки. Ребенок боится открыть рот. Слюна вязкая. Слизистая оболочка полости рта в области зуба отечна и гиперемирована. На дистальной поверхности зуба глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование полости и перкуссия зуба болезненны.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Необходимые методы исследования.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 5.

Во время плановой санации у ребенка 6-ти лет обнаружена глубокая кариозная полость в области 7.5 зуба, сообщающаяся с полостью зуба. Вскрытая пульпа серого цвета.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Специальные методы исследования необходимые для окончательного диагноза.

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 6.

Ребенок 8 лет предъявляет жалобы на небольшую болезненность и кровоточивость в области 8.5 зуба при приеме пищи. Объективно: глубокая кариозная полость на жевательно-дистальной поверхности данного зуба, заполненная слабо болезненным полипом. Зондирование болезненно, перкуссия зуба безболезненна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Метод лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 7.

Жалобы на постоянную ноющую боль, усиливающуюся при накусывании, появившуюся на второй день после наложения девитализирующей пасты - АРС в области 7.3 зуба, перкуссия резко болезненна, зондирование безболезненно.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения боли.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 8.

После проведения ампутирующего метода лечения 65 зуба, после девитализации возникла болезненность, которая не позволяет закончить ампутиацию.

Вопрос 1. Ваши действия в создавшейся ситуации.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика

Вопрос 5. Дополнительные методы исследования

#### Ситуационная задача № 9.

Ребенок 2 лет отказывается от твердой пищи, последнюю ночь плохо спал. Коронки 5.1, 6.1 меловидного цвета, эмаль и дентин размягчены, после их удаления вскрылась болезненная кровоточащая пульпа.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача №10

Ребенок 4 лет. Обратился в поликлинику для санации полости рта. Жалоб нет. На контактной поверхности 5.4 зуба кариозная полость. При удалении размягченного дентина вскрыта болезненная, кровоточащая пульпа. Зондирование болезненно. Перкуссия безболезненна

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 11

Ребенок 8 лет. Жалоб нет. На жевательной поверхности 5.5 зуба глубокая кариозная полость. При зондировании вскрыта болезненная кровоточащая пульпа. Перкуссия безболезненна

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 12

Ребенку 6 лет. Явился для санации полости рта. Жалоб нет. Объективно: зуб 7.4 изменен в цвете (темнее соседних). На дистальной поверхности зуба 7.4 - глубокая кариозная полость, выполненная марким налетом. Кариозная полость сообщается с полостью зуба, зондирование дна кариозной полости и точки сообщения с полостью зуба безболезненно. При глубоком зондировании отмечается болезненность. Перкуссия зуба безболезненна, неприятный запах изо рта.  $PLI= 2,6$ ,  $KPI= 1,5$ .  $KPUз+kпуз=7$ . Прикус нейтральный.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 13

Ребенку 6 лет. Жалобы на кровоточивость из зуба 5.4 и болезненность при попадании жесткой пищи, иногда длительную боль от мороженого. Объективно: на дистальной поверхности зуба 5.4 - кариозная полость частично заполненная красной, болезненной и кровоточащей при зондировании тканью.  $KPUз+kпуз=8$ ;  $OHI-S=0,9$ ;  $KPI=0,8$ . Прикус нейтральный, бугры временных клыков хорошо выражены.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

- Вопрос 2. Причина возникновения болей.  
 Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.  
 Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.  
 Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 14

Ребенку 4 года. Жалобы на приступообразные самопроизвольные боли, усиливающиеся ночью в области верхней челюсти слева. Ребенок несколько раз просыпался ночью. Зуб заболел вчера. Объективно: на мезиальной поверхности зуба 6.4 - глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. После удаления некротизированного дентина со дна кариозной полости, обнаружено сообщение с полостью зуба. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Перкуссия слегка чувствительна. РЛI=0,5, кпуз=10. Прикус мезиальный.

- Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.  
 Вопрос 2. Причина возникновения болей.  
 Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.  
 Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.  
 Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 15

Ребенку 5 лет. Жалобы на кратковременные самопроизвольные боли с длительными безболевыми промежутками в зубе 7.5 Со слов матери, зуб беспокоит несколько часов. Были 3 болевых приступа продолжительностью 15-20 минут. Ранее зуб не болел. Объективно: на жевательной поверхности зуба 7.5 - глубокая кариозная полость, выполненная светлым, рыхлым дентином. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. Слизистая оболочка в области зуба 7.5 обычного цвета. РЛI=1,7 кпуз=3. Прикус перекрестный.

- Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.  
 Вопрос 2. Причина возникновения болей.  
 Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.  
 Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.  
 Вопрос 5. Этапы лечения.

### Раздел 3. Пульпит постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика

#### Ситуационная задача № 1.

Ребенок 7 лет получил травму 1.1 с отломом коронки вблизи пульпы, но без ее обнажения.

- Вопрос 1. Ваши действия в создавшейся ситуации.  
 Вопрос 2. Дифференциальная диагностика  
 Вопрос 3. Дополнительные методы исследования  
 Вопрос 4. Этиология и патогенез данной патологии  
 Вопрос 5. Ваш прогноз

#### Ситуационная задача № 2

Ребенок 7,5 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли 1.1 зуба, возникающие от действия температурных и механических раздражителей. Утром в школе ребенок получил травму 1.1 зуба с отломом коронки и обнажением пульпы.

- Вопрос 1. Ваши действия в создавшейся ситуации.  
 Вопрос 2. Дифференциальная диагностика  
 Вопрос 3. Дополнительные методы исследования  
 Вопрос 4. Этиология и патогенез данной патологии  
 Вопрос 5. Ваш прогноз

#### Ситуационная задача № 3

Ребенок 12 лет во время игры в хоккей получил травму 1.1, 2.1. Произошел отлом

коронки 1.1, 2.1 зубов, с обнажением пульпы.

Вопрос 1. Ваши действия в создавшейся ситуации.

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика

Вопрос 3. Дополнительные методы исследования

Вопрос 4. Этиология и патогенез данной патологии

Вопрос 5. Ваш прогноз

#### Ситуационная задача № 4.

Ребенок 11 лет жалуется на неприятные ощущения в области 3.6 зуба после приема пищи, которая продолжается в течение длительного времени. Объективно: глубокая кариозная полость на жевательной поверхности 3.6 зуба. Полость зуба частично вскрыта, зондирование болезненно, перкуссия безболезненно.

Вопрос 1. Поставьте диагноз

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 4. Этиология и патогенез данной патологии.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 5.

Больной А., 10 лет. Жалобы на резкую боль при приеме пищи, разговоре. Из анамнеза выявлено, что в области фронтальных зубов был нанесен удар тупым предметом два дня назад. Объективно: слизистая оболочка в области фронтальных зубов гиперемирована, местами синюшная, десневые сосочки резко отечны. Часть коронки 2.1 зуба, отломлена, пульпа, отечная, набухшая, ярко-красного цвета, резко болезненная при зондировании. Зуб слегка подвижен. Холод вызывает боль. Перкуссия болезненна. На рентгенограмме - структура кости не нарушена. Периодонтальная щель у 2.1 зуба расширена.

Вопрос 1. Поставьте диагноз

Вопрос 2. Ваши действия в данной ситуации.

Вопрос 3. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 6

Больной Б., 12 лет предъявляет жалобы на боли в зубе, появляющиеся от термических раздражителей. Два дня назад провели лечение хронического пульпита 1.6 зуба под инфильтрационной анестезией. Был проведен ампутирующий метод лечения, на устья корневых каналов наложена паста из смеси антибиотиков.

Вопрос 1. Укажите причины возникновения осложнения.

Вопрос 2. Ваши действия в данной ситуации.

Вопрос 3. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 7.

Больной М., 15 лет. Жалобы на пульсирующие боли в области 1.5 зуба, иррадиирующие в висок. Из анамнеза установлено, что ранее не лечился. Объективно: слизистая оболочка в области 1.5 зуба не изменена. На жевательной поверхности 1.5 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Зондирование и перкуссия болезненно. При вскрытой полости зуба выделяется экссудат. От холода боль успокаивается. ЭОД-45 мкА. На рентгенограмме - дно кариозной полости истончено, с полостью зуба не сообщается. Изменений в области верхушки корня нет.

Вопрос 1. Укажите причины данного заболевания.

Вопрос 2. Ваши действия в данной ситуации

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 4. Поставьте диагноз

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 8

Больной Д., 12 лет. Жалобы на боли в области 1.5 зуба во время приема пищи, усиливающиеся к вечеру. Зуб ранее не болел, не лечен. Объективно: десна, окружающий зуб, не изменена. На апроксимальной поверхности 1.5 зуба кариозная полость, полость зуба не вскрыта, стенки и дно кариозной полости размягчены. Зондирование дна полости местами болезненно, перкуссия безболезненна. Возникает продолжительная боль после орошения холодной водой. На рентгенограмме: глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Корни 1.5 зуба сформированы.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика

Вопрос 3. Этиология и патогенез данного заболевания.

Вопрос 4. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №9

Ребенку 8 лет поставлен диагноз хронический фиброзный пульпит 1.6 зуба. Кроме этого у ребенка имеется еще восемь пораженных зубов кариесом.

Вопрос 1. Укажите активность кариозного процесса в данном случае.

Вопрос 2. Причины данного заболевания

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 4. Дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №10.

Больной В., 15 лет Жалобы на наличие кариозной полости в 3.6 зубе, застревание пищи, иногда длительные боли. Из анамнеза выявлено, что зуб ранее болел от холодного и сладкого, не лечен. Объективно: слизистая оболочка вокруг 3.6 зуба не изменена. На жевательной поверхности 3.6 зуба глубокая кариозная полость, боль при зондировании. Перкуссия безболезненная. Электрометрия 43 мкА. На рентгенограмме - кариозная полость не сообщается с полостью зуба, отмечается слой вторичного дентина, изменения у верхушки корней отсутствуют.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №11.

Ребенку 12 лет. Жалобы на неполноценную пломбу в зубе 1.4 и боль при приеме пищи от температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти справа, длительно не проходящую после устранения причины. Из истории болезни: зуб 1.4 лечили год назад по поводу кариеса дентина, была наложена пломба из стеклоиономерного цемента. Указано на беспокойное поведение ребенка во время лечения. Состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита.

Объективно: лицо симметрично, дыхание смешанное, глотание смешанное, губы сухие.

На медиально-окклюзионной поверхности 1.4 некачественная пломба с нарушенным краевым прилеганием и изменением цвета твердых тканей вокруг нее. После удаления пломбы обнаружена глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование дна болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. Прикус открытый. КПУЗ = 5; ОНI-S = 1,6; КПИ = 1.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №12.

Ребенку 10 лет. Жалобы на изменение цвета коронки зуба 1.2. Из анамнеза: год назад во время занятий спортом ребенок ударился зубами при падении, отломалась часть коронки. После удара зуб болел от термических раздражителей и при накусывании. Боль купировалась самостоятельно, к стоматологу не обращались.

Объективно: отсутствует  $\frac{1}{2}$  коронки зуба 1.2. Коронка серого цвета, на десне в области проекции корня свищ, перкуссия безболезненная. Обнаружено сообщение с полостью зуба, зондирование пульпы безболезненное.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №13

Ребенку 8 лет. Жалобы на самопроизвольные боли в зубе 3.6, возникшие вчера. Боли усиливались при приеме холодной пищи и в ночное время. В течение ночи было несколько болевых приступов. Зуб ранее не болел и не лечился. Объективно: лицо симметричное, подчелюстные лимфоузлы не пальпируются, СОПР розового цвета. На жевательной поверхности зуба 3.6 - глубокая кариозная полость, заполненная светлым размягченным дентином. Зондирование дна кариозной полости после частичного препарирования резко болезненно в одной точке. Полость зуба закрыта, перкуссия безболезненна, десна в области зуба 3.6 не изменена. КПУз+кпуз = 3, ОНІ-S = 1,1, КПИ = 1, прикус нейтральный.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №14

Ребенку 13 лет. Жалобы на длительные ноющие боли в зубе 2.7, усиливающиеся от термических раздражителей, при попадании пищи. Боли беспокоят в течение недели. Ранее зуб был лечен по поводу глубокого кариеса. Пломба выпала полгода назад. Объективно: лицо симметрично. Рот приоткрыт, входы в полость носа щелевидной формы. Красная кайма губ сухая. СОПР розового цвета. Короткая уздечка языка. На жевательной поверхности зуба 2.7 - глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным пигментированным дентином. После частичного препарирования обнаружено сообщение с полостью зуба. При зондировании определяется болезненная, кровоточащая точка. Перкуссия зуба 2.7 слегка болезненна. Прикус дистальный. КПУз = 6, ОНІ-S = 1,7, КПИ = 1,2.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача №15

Ребенку 10 лет. Жалобы на боли от механических, термических раздражителей в зубе 2.1. Вчера вечером, во время игры в хоккей, произошел отлом коронки зуба 2.1. Ранее зуб не лечился. Объективно: незначительный отек мягких тканей верхней губы. Целостность слизистой оболочки верхней губы не нарушена, СОПР без патологии. Мелкое преддверие полости рта. Имеется косой перелом коронки зуба 2.1 с точечным вскрытием полости зуба. Зондирование резко болезненно в точке вскрытия. Перкуссия и

пальпация зуба 2.1 болезненны. Десна в области зубов 1.1 и 2.1 не изменена. Прикус нейтральный. КПУз+кпуз = 5, индекс гигиены по Силнес-Лоу - 1,9, КПИ = 1.

Вопрос 1. Причины данного заболевания

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Укажите возможные причины осложнения данного заболевания.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

**Раздел 4. Методы лечения пульпитов постоянных зубов у детей. Ошибки, осложнения и методы их предупреждения. Прогноз.**

Ситуационная задача № 1.

Ребенок 9 лет. Коронка 1.1 зуба несколько изменена в цвете. На контактной поверхности глубокая кариозная полость. После удаления размягченного дентина: вход в полость зуба свободен, зондирование в канале болезненно, перкуссия безболезненно. Неприятный запах из зуба.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

Ситуационная задача № 2.

У ребенка 13 лет гипертрофический пульпит 1.6. Кариозная полость на жевательной поверхности выполненная гипертрофированной пульпой, при зондировании отмечается кровоточивость и болезненная реакция, перкуссия безболезненная

Вопрос 1. Этиология и патогенез гипертрофического пульпита.

Вопрос 2. Причина возникновения болей.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Необходимые лечебные мероприятия.

Вопрос 5. Этапы лечения.

Ситуационная задача № 3

Больной Б., 12 лет. Жалобы на наличие кариозной полости в зубе, застревание пищи, боли, иногда длительные. Зуб ранее болел в основном от холодного и сладкого, не лечен. Объективно: Слизистая оболочка в области 3.7 зуба не изменена. На жевательной поверхности 3.7 зуба глубокая кариозная полость, дно и стенки плотные, пигментированные, боль при зондировании. Перкуссия безболезненна. ЭОД – 45 мкА. На рентгенограмме - дно кариозной полости истончено, не сообщается с полостью зуба, отмечается слой вторичного дентина, изменения у верхушки корней отсутствуют.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Ситуационная задача № 4

Больной Р., 7 лет. Жалобы на самопроизвольные, приступообразные боли в области 3.6 зуба. Боли появились три дня тому назад, усиливающиеся при действии раздражителей. Часто болевые приступы появляются в ночное время, но недлительные. Объективно: слизистая оболочка без изменений. Коронка 3.6 зуба без изменений. Обнаружена глубокая кариозная полость в области шейки зуба. Дно полости размягчено и пигментировано. После удаления размягченного дентина обнаружено точечное истончение дентина, где просвечивает ярко- красная пульпа. Зондирование резко болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. Возникают приступообразные боли при действии холодных раздражителей. ЭОД- 23 мкА.

- Вопрос 1. Поставьте диагноз.
- Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.
- Вопрос 3. Этапы лечения.
- Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневого канала.
- Вопрос 5. Реабилитационный период.

#### Ситуационная задача № 5

Ребенку 12 лет, поставлен диагноз: обострение хронического фиброзного пульпита 3.6 зуба. Эпилепсия.

- Вопрос 1. Тактика врача в данной ситуации.
- Вопрос 2. Дополнительные методы исследования.
- Вопрос 3. Поставьте диагноз.
- Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.
- Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 6

При остром гнойном пульпите 4.5 зуба с ярко выраженными явлениями со стороны периодонта, в первое посещение не была наложена паста для девитализации. Проведенные в первое посещение лечебные мероприятия способствовали стиханию, острых явлений в пульпе и позволили во второе посещение приступить к ее девитализации.

- Вопрос 1. Какие лечебные мероприятия были проведены в данном случае и почему.
- Вопрос 2. Поставьте диагноз.
- Вопрос 3. Дифференциальная диагностика.
- Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.
- Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 7.

Ребенку 10 лет поставлен диагноз: острый очаговый пульпит 1.1 зуба.

- Вопрос 1. Составьте план лечения.
- Вопрос 2. Дополнительные методы исследования.
- Вопрос 3. Дифференциальная диагностика
- Вопрос 4. Методика лечения.
- Вопрос 5. Реабилитационный период.

#### Ситуационная задача № 8.

Ребенку 14 лет поставлен диагноз: хронический гипертрофический пульпит 3.6 зуба.

- Вопрос 1. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
- Вопрос 2. Последовательность лечебных мероприятий.
- Вопрос 3. Дифференциальная диагностика.
- Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.
- Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 9

Больной Д., 14 лет. Жалобы на боли в области 2.5 зуба, во время приема пищи, усиливающиеся к вечеру. Зуб ранее был лечен по поводу острого частичного пульпита. Объективно: на апроксимальной поверхности 2.5 зуба кариозная полость, полость зуба вскрыта, стенки, и дно кариозной полости размягчены, зондирование и перкуссия болезненны.

- Вопрос 1. Поставьте диагноз.
- Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.
- Вопрос 3. Этапы лечения.
- Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.
- Вопрос 5. Реабилитационный период.

## Ситуационная задача № 10.

Больной Ш., 12 лет. Жалобы на боли вовремя и после приема пищи. Избегает жевать правой стороны. Зуб запломбирован. Объективно: Десна в области 1.5 зуба слегка гиперемирована, имеются зубные отложения. На жевательной поверхности 1.5.зуба кариозная полость, имеются остатки пломбы, дентин размягченный, сообщение с полостью зуба не обнаружено. Зондирование зуба и перкуссия болезненны.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Варианты лечения.

Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

## Ситуационная задача № 11.

Отец привел мальчика 8 лет, который сломал зуб 1.2 в школе на уроке физкультуры. Ребенок жалуется на боль при прикосновении к зубу.

Объективно: зуб 1.2 отломан на  $\frac{1}{2}$  высоты коронки. Линия перелома проходит горизонтально, полость зуба вскрыта. Пульпа обнажена, резко болезненная при зондировании. Перкуссия зуба болезненная. Слизистая оболочка в области фронтальных зубов верхней челюсти не изменена.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Варианты лечения.

Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

## Ситуационная задача № 12.

Ребенку 9 лет. Жалобы на периодически появляющиеся ноющие боли в зубе 4.6, возникающие при приеме горячей пищи. Боли беспокоят около двух недель. Зуб ранее лечен по поводу кариеса, пломба выпала около года назад. К врачу не обращался. Объективно; лицо симметрично, подчелюстные лимфоузлы не пальпируются. В полости рта коронки зубов 5.5 и 7.4 разрушены на  $\frac{2}{3}$ , на десне в области этих зубов - свищевые ходы. На апроксимально-медиальной поверхности зуба 4.6 - глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, пигментированным размягченным дентином. После частичного препарирования выявлено сообщение с полостью зуба в одной точке. Зондирование дна кариозной полости безболезненно, глубокое зондирование болезненно. Перкуссия зуба 4.6 чувствительна. Десна в области 4.6 не изменена. Коронка зуба имеет серый цвет. Из полости зуба - гнилостный запах. КПУз+кпуз = 8, ОНІ-S=1,7, КПИ=1,5, прикус дистальный.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Варианты лечения.

Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

## Ситуационная задача № 13

Ребенку 12 лет. Явился с целью санации полости рта. Жалоб нет. Зуб ранее лечен по поводу глубокого кариеса, пломба выпала около месяца назад. Объективно: на окклюзионной поверхности зуба 3.6 - глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином и остатками пищи. Зондирование кариозной полости болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. После частичного препарирования выявлено сообщение кариозной полости с полостью зуба, вход в полость зуба безболезненный. КПУз = 8. ОНІ-S=2,1, КПИ=1,5.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Варианты лечения.

Вопрос 4. Материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

**Критерии оценки решения ситуационных задач:**

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

Оценка «**хорошо**» – студент 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**» – студент 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**» – студент 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.

### Критерии оценки решения ситуационных задач

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ( $\frac{2}{3}$ ) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

### Комплект тестовых заданий

**Раздел 2.** Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения.

1. Форма пульпита, наиболее часто выявляемая при плановой санации полости рта у детей с временным прикусом:
  - 1) острый серозный частичный пульпит
  - 2) острый диффузный пульпит
  - 3) + хронический фиброзный пульпит
  - 4) хронический гангренозный пульпит
  - 5) хронический гипертрофический пульпит
  - 6) хронический, в стадии обострения
2. Острый серозный диффузный пульпит у детей нужно дифференцировать:
  - 1) + с обострением хронического периодонтита
  - 2) + с острым очаговым пульпитом
  - 3) со средним кариесом
  - 4) с хроническим фиброзным пульпитом
3. Противопоказанием к применению девитальной ампутации при лечении пульпита в молочных зубах является:
  - 1) + острый диффузный пульпит с распространением воспалительного процесса на периодонт
  - 2) хронический фиброзный пульпит
  - 3) хронический гангренозный пульпит
  - 4) хронический гипертрофический пульпит
4. Причина возникновения сильных болей сразу после наложения мышьяковистой пасты при лечении хронических пульпитов у детей:
  - 1) + наложение большого количества мышьяковистой пасты
  - 2) наложение малого количества мышьяковистой пасты
  - 3) + наложение тугой повязки
  - 4) нарушение техники проведения анестезии
5. Показанием к применению девитальной ампутации является:
  - 1) отлом инструмента в КК
  - 2) пульпит в однокорневом зубе
  - 3) пульпит во многокорневых зубах
  - 4) + рассасывающиеся корни молочных зубов
6. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов пульпита объясняется:

- 1) + несовершенством методов диагностики пульпитов
  - 2) поздним обращением больных
  - 3) особенностью клинического течения, выражающегося в закрытой полости зуба
  - 4) гиперэргическим характером воспаления
  - 5) не назван
7. Метод лечения пульпита 5.5 зуба у детей в возрасте от 4 до 7 лет:
- 1) биологический метод
  - 2) + метод девитализации с последующей мумификацией
  - 3) витальная ампутация
  - 4) витальная экстирпация
  - 5) не назван
8. После лечения пульпита методом девитальной ампутации с проведением резорцин – формалинового метода в 7.5 зубе отмечается боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет:
- 1) грубой механической травмы пульпы при лечении
  - 2) раздражения пульпы медикаментами
  - 3) некроза пульпы
  - 4) + хронического воспаления пульпы
  - 5) распада пульпы
9. Предпочтительным методом лечения хронического пульпита в стадии обострения у ребенка 5 лет является:
- 1) биологический метод
  - 2) витальная ампутация коронковой пульпы
  - 3) высокая ампутация
  - 4) + девитальная ампутация
  - 5) девитальная экстирпация
10. Мумифицирующее действие на пульпу оказывает:
- 1) цинкоксид – эвгеноловая паста
  - 2) паста из антибиотиков
  - 3) гидроокись кальция
  - 4) + резорцин – формалиновая паста
11. Какие эндодонтические материалы используются для пломбирования сформированных корней 85 зуба при лечении пульпита методом витальной экстирпации:
- 1) штифты гуттаперчевые
  - 2) фосфат цемент
  - 3) твердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 4) + нетвердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 5) мумифицирующие пасты
  - 6) + цинкоксидэвгеноловая паста
12. Какие эндодонтические материалы используются для пломбирования сформированных корней 85 зуба при лечении пульпита методом девитальной экстирпации:
- штифты гуттаперчевые
  - фосфат цемент
  - твердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - нетвердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - + мумифицирующие пасты
  - цинкоксидэвгеноловая паста

**Раздел 3.** Пульпит постоянных зубов со сформированными и несформированными корнями. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика

1. ЭОД при хронических пульпитах постоянных зубов:
  - 1) + 2 – 6 мкА
  - 2) 20 – 60 мкА
  - 3) свыше 150 мкА
2. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной в одной точке характерны для:
  - 1) среднего кариеса
  - 2) глубокого кариеса
  - 3) + хронического фиброзного пульпита
  - 4) хронического гангренозного пульпита
  - 5) хронического периодонтита
3. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:
  - 1) самопроизвольные
  - 2) +от раздражителей
  - 3) при накусывании на зуб
  - 4) разлитые
  - 5) иррадирующие по ходу ветвей тройничного нерва
4. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:
  - 1) хроническом фиброзном
  - 2) +хроническом гангренозном
  - 3) хроническом гипертрофическом
  - 4) хроническом, в стадии обострения
  - 5) остром очаговом
5. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), регионарные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:
  - 1) +остром диффузном
  - 2) хроническом гангренозном, вне стадии обострения
  - 3) хроническом гипертрофическом
  - 4) остром очаговом
  - 5) хроническом фиброзном
6. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:
  - 1) +диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии развития
  - 2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
  - 3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
  - 4) диагноза
  - 5) групповой принадлежности
7. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:
  - 1) +перелом части коронки зуба
  - 2) нарушения техники препарирования кариозной полости
  - 3) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
  - 4) не леченный кариес
  - 5) наследственная предрасположенность
8. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:
  - 1) острый очаговый пульпит
  - 2) острый диффузный пульпит
  - 3) хронический фиброзный пульпит
  - 4) хронический гангренозный пульпит
  - 5) +хронический гипертрофический пульпит
9. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:
  - 1) острого очагового

- 2) острого диффузного
  - 3) +хронического фиброзного
  - 4) хронического гангренозного
  - 5) хронического гангренозного в стадии обострения
10. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:
- 1) самопроизвольные
  - 2) постоянные
  - 3) +при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
  - 4) иррадирующие
  - 5) от температурных раздражителей
11. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:
- 1) +боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадирующие
  - 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
  - 3) переходная складка свободная, безболезненная при пальпации
  - 4) боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными промежутками, локальные
  - 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость
12. Симптомы, характерные для острого очагового пульпита
- 1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадирующие
  - 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
  - 3) переходная складка свободная, безболезненная при пальпации
  - 4) +боли от раздражителей, приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
  - 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость

**Раздел 4. Методы лечения пульпитов постоянных зубов у детей. Ошибки, осложнения и методы их предупреждения. Прогноз**

1. При хроническом гангренозном пульпите в зубах со сформированными корнями применяют:
  - 1) биологический метод
  - 2) метод витальной ампутации
  - 3) метод высокой ампутации пульпы
  - 4) + метод девитальной экстирпации
2. Укажите наиболее эффективные метод обезболивания при витальной экстирпации нижних постоянных резцов:
  - 1) инфильтрационная анестезия
  - 2) аппликационная анестезия
  - 3) проводниковая анестезия
  - 4) +проводниково – инфильтрационная анестезия
  - 5) ни одна из названных
3. Укажите наиболее рациональный метод обезболивания при экстирпации пульпы у постоянного нижнего моляра:
  - 1) электрообезболивание
  - 2) общее обезболивание
  - 3) аппликационное обезболивание
  - 4) + проводниковое обезболивание
  - 5) акупунктура
4. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует:
  - 1) антибиотики
  - 2) + гидроокись кальция

- 3) кортикостероиды
  - 4) эвгенол
  - 5)  $\text{KMnO}_4$
5. Когда рекомендуется метод непрямого закрытия пульпы:
- 1) +при остром глубоком кариесе
  - 2) при ятрогенном пульпите
  - 3) при остром пульпите
  - 4) при хроническом фиброзном пульпите
6. Метод лечения острого пульпита 14 зуба с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса:
- 1) биологический метод
  - 2) экстирпационный метод
  - 3) +метод витальной ампутации
  - 4) метод девитальной ампутации
  - 5) не назван
7. Какой из методов лечения пульпита 24 зуба у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы:
- 1) биологический метод
  - 2) +метод витальной ампутации
  - 3) метод девитальной ампутации
  - 4) метод девитальной экстирпации
  - 5) не назван
8. Укажите, какой из перечисленных этапов витальной ампутации наиболее важный для достижения цели:
- 1) формирование кариозной полости
  - 2) ампутация пульпы
  - 3) правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
  - 4) снятие крышки полости зуба
  - 5) +все выше перечисленное
9. Наиболее эффективные методы при лечении пульпа постоянных зубов у детей с не полностью сформированной верхушкой корня является:
- 1) метод диатермокоагуляции
  - 2) метод витальной ампутации
  - 3) +метод высокой ампутации
  - 4) метод девитальной ампутации
  - 5) метод витальной экстирпации
10. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения пульпита в зубах с несформированными корнями:
- 1) +завершение формирования корня зуба
  - 2) формирования корня зуба за счет одного цемента
  - 3) гиперцементоз верхушки корня зуба
  - 4) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
  - 5) стабилизация первоначальной ситуации
11. Предпочтительным методом лечения хронического фиброзного пульпита в 74 зубе у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам является:
- 1) биологический метод
  - 2) витальная ампутация
  - 3) девитальная ампутация
  - 4) девитальная экстирпация
  - 5) +удаление зуба
12. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании

и кровоточивости из КК в 25 зубе ранее леченом по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой:

- 1) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба
  - 2) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпиты
  - 3) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
  - 4) +провести под обезболиванием тщательную инструментальную медикаментозную обработку и запломбировать КК
  - 5) не названа
13. Какие эндодонтические материалы используются для пломбирования сформированных корней 44 зуба при лечении пульпита экстирпационным методом:
- 1) +штифты гуттаперчевые
  - 2) фосфат цемент
  - 3) +твердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 4) нетвердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 5) мумифицирующие пасты
  - 6) цинкоксидэвгеноловая паста
14. Какие эндодонтические материалы используются для пломбирования несформированных корней 44 зуба при лечении пульпита:
- 1) штифты
  - 2) фосфат цемент
  - 3) твердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 4) +нетвердеющие пасты на основе гидроксида кальция
  - 5) мумифицирующие пасты
  - 6) цинкоксидэвгеноловая паста

### Критерии оценки тестовых заданий:

Оценка «отлично» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «хорошо» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «удовлетворительно» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «неудовлетворительно» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста. Результаты тестирования студента оцениваются как «зачтено», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «не зачтено», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

### Ролевая игра (имитационные технологии)

**1. Тема ролевой игры.** Первое посещение детской стоматологической поликлиники пациента с хроническим фиброзным пульпитом 5.5 зуба. (Раздел 2. Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения).

**2. Концепция ролевой игры.** Двум – трем игрокам предлагается роль врача-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

**3. Роли:** 1) пациент с хроническим фиброзным пульпитом 5.5 зуба, 2) родители пациента, 3) врач-стоматолог детский, 4) медсестра.

**4 Ожидаемые результаты.** Обсуждаются различные варианты поведения врача-стоматолога детского при первичном осмотре пациента с хроническим фиброзным пульпитом 5.5 зуба. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические

навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с хроническим фиброзным пульпитом 5.5 зуба. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	
5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### **Лекция-конференция (не имитационные технологии)**

**1. Тема лекции-конференции.** Пульпит временных зубов. (Раздел 3. Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения).

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

1 доклад «Острый серозный очаговый пульпит временных зубов»

2 доклад «Острый серозный диффузный пульпит временных зубов»;

3 доклад «Острый гнойный пульпит временных зубов»;

4 доклад «Хронический фиброзный пульпит временных зубов»;

5 доклад «Хронический гипертрофический пульпит временных зубов»;

6 доклад «Хронический гангренозный пульпит временных зубов».

**3. Ожидаемые результаты.** Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Пульпит временных зубов». (Раздел 3. Пульпит временных зубов у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности лечения).

В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы	
2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	
4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Комплект вопросов для коллоквиума

**Раздел 5.** Анатомо-физиологические особенности строения периодонта у детей.

Периодонтит временных зубов: клиническая картина, диагностика, выбор метода лечения

1. Анатомо- физиологические особенности строения периодонта в период формирования корней.
2. Анатомо- физиологические особенности строения периодонта в период прорезывания корней.
3. Анатомо- физиологические особенности строения периодонта в период рассасывания корней.
4. Классификация периодонтитов временных зубов.
5. Физиологическая и патологическая резорбция.
6. Влияние хронического периодонтита на процессы развития зубов.
7. Этиология у детей различного возраста.
8. Патогенез периодонтитов у детей различного возраста.
9. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика периодонтитов у детей.
10. Хронический гранулирующий периодонтит временных зубов.
11. Клиническое течение гранулирующего периодонтите временных зубов.
12. Рентгенологическая диагностика гранулирующего периодонтите временных зубов.
13. Показания к эндодонтическому лечению или удалению зуба.
14. Методы эндодонтического лечения временных резцов и моляров.
15. Оценка эффективности лечения временных резцов и моляров.
16. Обострение хронического периодонтита зубов у детей различного возраста.
17. Особенности клинического проявления хронического периодонтита зубов у детей различного возраста.
18. Диагностика, дифференциальный диагноз хронического периодонтита зубов у детей различного возраста.
19. Лечение хронического периодонтита зубов у детей различного возраста, динамика процесса. Прогноз.
20. Какой метод лечения хронического периодонтита применяется в молочных зубах со сформированными корнями?
21. Клиника периодонтитов у детей различного возраста.

22. Дифференциальная диагностика периодонтитов у детей различного возраста.
23. Типы резорбции корней временных зубов по Виноградовой Т.Ф.
24. Что необходимо учитывать при анализе теней на Rg снимке - перечислите все этапы
25. Рентгенодиагностика заболеваний периодонта.
26. Рентгенологическая характеристика патологической резорбции в периодонте молочных и постоянных зубов.
27. Влияние хронического гранулирующего периодонтита зуба на состояние зачатка постоянного зуба.
28. Симптомы характерные для острых форм периодонтитов.
29. Симптомы характерные для различных форм хронических периодонтитов у детей.
30. Отличительные признаки хронического гранулематозного периодонтита от хронического гранулирующего периодонтита.
31. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
32. Чем можно объяснить резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить
33. Перечислите требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов.
34. Что является ведущим показанием для удаления молочного зуба с хроническим периодонтитом.
35. Вид резорбции корней, обуславливающий наиболее раннее удаление молочного зуба.

#### **Раздел 6. Периодонтит постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями**

1. Этиология периодонтита постоянных зубов у детей.
2. Патогенез периодонтита постоянных зубов у детей.
3. Классификация периодонтита постоянных зубов у детей.
4. Особенности клинического течения периодонтита постоянных зубов у детей.
5. Дифференциальная диагностика периодонтита постоянных зубов у детей.
6. Лечение периодонтита постоянных зубов у детей.
7. Материалы для пломбирования корневых каналов при лечении постоянных зубов у детей.
8. Физиотерапия при периодонтитах постоянных зубов у детей - показания, методики и средства.
9. Показания к удалению зубов при периодонтитах постоянных зубов у детей.
10. Этиология острых периодонтитов постоянных зубов у детей.
11. Особенности клинического проявления периодонтитов постоянных зубов у детей в зависимости от групповой принадлежности зуба,
12. Особенности клинического проявления периодонтитов постоянных зубов у детей в зависимости от возраста ребенка.
13. Особенности оказания первой медицинской помощи при периодонтитах постоянных зубов у детей.
14. Динамика периодонтитов постоянных зубов у детей, исходы.
15. Этиология хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
16. Клиника хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями
17. Методы диагностики хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями.
18. Эндодонтическое лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями по этапам, выбор паст и пломбировочных материалов.

19. Контроль эффективности лечения хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями
20. Осложнения хронического гранулирующего периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями, прогноз.
21. Этиология хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями.
22. Клиника хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями.
23. Методы диагностики хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями. Дифференциальная диагностика.
24. Рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями.
25. Возможности эндодонтического лечения хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями и его особенности.
26. Выбор паст и пломбировочных материалов при лечении хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями.
27. Контроль эффективности лечения хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями и прогноз.
28. Осложнения хронического гранулематозного периодонтита с несформированными корнями.
29. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов временных зубов.
30. Этиология периодонтитов постоянных зубов у детей.
31. Особенности патогенеза периодонтитов постоянных зубов у детей.
32. Какие пломбировочные материалы можно использовать для пломбирования корневых каналов постоянных зубов у детей?
33. Какие медикаментозные средства применяются для обработки корневых каналов при остром гнойном периодонтите, остром серозном периодонтите, мышьяковистом периодонтите.
34. 34. Чем отличается хронический гранулирующий периодонтит от хронического гранулематозного периодонтита?
35. Какие симптомы характерны для острых форм периодонтитов (серозного и гнойного)?
36. Какие химические средства применяются для расширения узких труднопроходимых каналов?
37. Назовите, какие импрегнирующие методы применяются для лечения труднопроходимых каналов.
38. Симптомы характерные для хронических форм периодонтитов постоянных зубов у детей (фиброзного, гранулирующего, гранулематозного)
39. Дифференциальная диагностика хронических форм периодонтитов постоянных зубов у детей (фиброзного, гранулирующего, гранулематозного).

**Раздел 7. Ошибки и осложнения при лечении периодонтитов временных и постоянных зубов. Апексогенез и апексификация**

1. Осложнения возникающие в процессе лечения периодонтитов временных зубов.
2. Осложнения возникающие в процессе лечения периодонтитов постоянных зубов.
3. Критерии оценки результатов лечения зубов с несформированными корнями методом апексогенеза.
4. Критерии оценки результатов эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями методом апексификации.
5. Консервативное эндодонтическое лечение хронического периодонтита в зубах с несформированными корнями.
6. Этапы эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями при апексификации.

7. Тактика врача при мышьяковистом периодонтите временных зубов.
8. Тактика врача при мышьяковистом периодонтите постоянных зубов у детей.
9. Средства для разжижения и нейтрализации некротических масс при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей.
10. Материалы для пломбирования коневых каналов временных зубов.
11. Материалы для пломбирования коневых каналов постоянных зубов у детей.
12. Ошибки при лечении периодонтитов временных зубов.
13. Ошибки при лечении периодонтитов постоянных зубов у детей.
14. Современные представления об апексификации.
15. Современные представления об апексогенезе.
16. Этапы формирования зубочелюстной системы.
17. Какой тип резорбции корней молочных зубов является физиологическим?
18. Перечислите основные функции периодонта.
19. Чем можно объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала однокорневых зубов?
20. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба?
21. Что является ведущим при лечении хронических периодонтитов временных и постоянных зубов?
22. Апексификация: показания, этапы лечения, критерии оценки результатов лечения.
23. Апексогенез: показания, этапы лечения, критерии оценки результатов лечения
24. Какие препараты гидроксида кальция используются при эндодонтическом лечении: апексификации апексогенезе.
25. Ошибки в период и после лечения зубов.

#### **Критерии оценки вопросов для коллоквиума**

Оценки «отлично» заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

#### **Комплект тем рефератов**

**Раздел 5.** Анатомо-физиологические особенности строения периодонта у детей.  
Периодонтит временных зубов: клиническая картина, диагностика, выбор

метода лечения

**Тема 1.** Воспаление периодонта. Этиология. Патогенез. Классификация периодонтита.

**Тема 2.** Частота верхушечного периодонтита временных зубов у детей, охваченных санацией.

**Тема 3.** Хронические формы периодонтита временных зубов. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

**Тема 4.** Лечение хронического периодонтита временных зубов.

**Тема 5.** Материалы для пломбирования корневых каналов временных зубов.

**Тема 6.** Острые и обострившиеся хронические периодонтиты временных зубов.

**Тема 7.** Хронический гранулирующий периодонтит временных зубов у детей. Клиника, диагностика. Лечение.

**Тема 8.** Влияние хронического гранулирующего периодонтита на состояние зачатка постоянного зуба.

**Тема 9.** Влияние хронического периодонтита на процессы развития зубов.

**Тема 10.** Оказание неотложной помощи при периодонтитах временных зубов.

**Раздел 6.** Периодонтит постоянных зубов у детей с несформированными и сформированными корнями.

**Тема 1.** Периодонтит постоянных зубов у детей.

**Тема 2.** Дифференциальная диагностика острых и хронических форм постоянных зубов у детей.

**Тема 3.** Хронический гранулематозный периодонтит постоянных зубов у детей. Дифференциальная диагностика. Лечение.

**Тема 4.** Лечение острых форм периодонтита постоянных зубов.

**Тема 5.** Лечение хронических форм периодонтита постоянных зубов у детей.

**Тема 6.** Консервативно-хирургические методы лечения больных с периодонтитом.

**Тема 7.** Материалы для пломбирования корневых каналов постоянных зубов у детей.

**Тема 8.** Острые и обострившиеся хронические формы периодонтита постоянных зубов у детей.

**Тема 9.** Эндодонтическое лечение при периодонтите: механическая и медикаментозная обработка корневых каналов.

**Тема 10.** Инструментарий для расширения устья корневых каналов, для расширения корневых каналов. Стандартизация.

**Тема 11.** Техника расширения корневого канала. Методики: 1. Step Back и 2. Grown Down.

**Тема 12.** Методика расширения канала от меньшего размера к большему.

**Тема 13.** Методика расширения канала от большего к меньшему.

**Тема 14.** Способы пломбирования (обтурации) корневого канала.

**Раздел 7.** Ошибки и осложнения при лечении периодонтитов временных и постоянных зубов. Апексогенез и апексификация.

**Тема 1.** Диагностика ошибок при эндодонтическом лечении периодонтитов временных и постоянных зубов.

**Тема 2.** Перфорация дна и стенки зуба

**Тема 3.** Материалы, применяемые при лечении перфорации дна полости зуба и корневых каналов.

**Тема 4.** Перфорация корня зуба. Причины.

**Тема 5.** Консервативное лечение перфораций корня.

**Тема 6.** Отлом эндодонтического инструмента в корневом канале зуба.

**Тема 7.** Основные ошибки при подготовке корневых каналов к обтурации.

**Тема 8.** Неадекватная обтурация корневых каналов.

**Тема 9.** Апексогенез и апексификация.

**Тема 10.** Особенности лечения хронического периодонтита постоянного зуба с несформированными корнями.



### Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. Новизна реферированного текста. макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. Степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы
3. Обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. Грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – **«отлично»**;

70 – 75 баллов – **«хорошо»**;

51 – 69 баллов – **«удовлетворительно»**;

менее 51 балла – **«неудовлетворительно»**.

### Комплект ситуационных задач

**Раздел 5.** Анатомо-физиологические особенности строения периодонта у детей.  
Периодонтит временных зубов: клиническая картина, диагностика, выбор метода лечения

#### Ситуационная задача № 1

Родители ребенка 4 лет обратились к врачу с жалобами на отказ ребенка от еды, плохой сон. Ребенок беспокоен, жалуется на боли в области 5.5 зуба. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 градуса. При осмотре ребенка отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей правого щеки. Слизистая оболочка полости рта в области 5.5 зуба гиперемирована и отечна. На дистальной поверхности 5.5 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненно. На температурные раздражители зуб не реагирует.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Опишите этапы лечения.

Вопрос 5. Каков прогноз заболевания?

#### Ситуационная задача № 2.

Во время проведения плановой санации у ребенка 7 лет выявлено, что коронка 5.5 зуба сильно разрушена кариозным процессом. Полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненны.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Каков прогноз данного заболевания.

Вопрос 5. Факторы риска данного заболевания.

#### Ситуационная задача № 3.

Больной 3., 5 лет. Жалобы на периодические боли в зубе. Зуб ранее был лечен год назад в связи с острой болью. Объективно: десневой край у зуба пастозный, отечный, при надавливании из пародонтального кармана выделяется экссудат. На жевательной поверхности 7.5 зуба кариозная полость, имеются остатки пломбы и сообщение с полостью зуба, зондирование устьев каналов слабо болезненно, перкуссия зуба болезненна. На рентгенограмме - деструкция костной ткани в области верхушек корней 7.5 зуба и межкорневой перегородки с нечеткими границами.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Опишите этапы лечения.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения.

#### Ситуационная задача № 4.

При плановой санации полости рта у ребенка 5 лет обнаружено изменение цвета 6.3 зуба. Перкуссия слабо болезненна. На слизистой оболочке имеется свищевой ход.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную. Диагностику.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Вопрос 5. Пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов.

#### Ситуационная задача № 5.

Ребенок 6 лет обратился с жалобами на боль в 7.5 зубе. Температура тела ребенка 37,5 град. Поставлен диагноз: Обострение хронического гнойного периодонтита 7.5 зуба.

Вопрос 1. Определите тактику лечения данного пациента.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 6.

Жалобы на боли при жевании и накусывании в области 5.5 зуба. Объективно: кариозная полость на жевательной поверхности, полость зуба вскрыта, зондирование в области устья корневых каналов безболезненно, перкуссия резко болезненно. Слизистая оболочка в области данного зуба гиперемирована, отечена, пальпация по переходной складке болезненна.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Этапы лечения.

Вопрос 4. Пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

Ситуационная задача № 7.

Ребенок 6 лет предъявляет жалобы на задержку пищи в области 8.5 зуба неприятные ощущения в зубе после еды. При обследовании установлено: слизистая оболочка в области зуба гиперемирована, отечна, имеется свищ. Коронка сильно разрушена, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия зуба безболезненны. На рентгенограмме имеется очаг разрежения костной ткани в области бифуркации корней зуба с четкими границами.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Вопрос 5. Прогноз.

Ситуационная задача № 8.

В корневой канал 5.2 зуба вросли грануляции. Поставлен диагноз Хронический гранулирующий периодонтит 5.2 зуба.

Вопрос 1. Выберите метод лечения.

Вопрос 2. План лечения.

Вопрос 3. Материалы для пломбирования корневых каналов

Вопрос 4. Дифференциальная диагностика.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

**Раздел 6. Периодонтит постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями.**

Ситуационная задача № 1

Пациент О., 8 лет. Получил травму зуба 1.1, катаясь на качелях. За помощью обратился на следующий день после падения. Жалобы на болезненные ощущения при употреблении пищи.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие методы дополнительные необходимо провести?

Вопрос 3. Выберите метод лечения.

Вопрос 4. Опишите основные этапы лечения.

Ситуационная задача № 2

Ребенку 13 лет. Год назад получил травму по верхним зубам. Жалобы на косметический дефект. Объективно: выявлен поперечный перелом коронки 2.1 зуба в пределах эмали и дентина. Зондирование линии перелома болезненно. Перкуссия безболезненна. На рентгенограмме у верхушки 2.1 зуба определяется очаг разрежения костной ткани с четкими контурами, диаметром около 3 мм.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Что стало причиной возникновения очага деструкции в костной ткани?

Вопрос 3. Обоснуйте и выберите план лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Пломбировочные материалы для пломбирования корневого канала.

Ситуационная задача № 3

При санации полости ребенка 10 лет выявлено глубокая кариозная полость на дистальной поверхности 1.1 зуба. Зондирование и перкуссия безболезненны. При вскрытии полости зуба определяются гнилостные массы коронковой части пульпы. При инструментальной обработке корневого канала отмечаются болезненность и кровоточивость в его глубине.

Вопрос 1. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 2. Какие методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Опишите этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 4

При проведении плановой санации у ребенка 10-ти лет выявлена разрушенная коронка 3.6 зуба. Зондирование полости и перкуссия безболезненны. При обработке полость зуба вскрыта, болезненных ощущений при этом ребенок не предъявляет.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 3. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 4. Этапы лечения.

Вопрос 5. Перечислите пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов.

#### Ситуационная задача № 5

Жалобы на боли при жевании в области 4.2 зуба. Накануне была травма этого зуба. Слизистая оболочка полости рта в области 4.2 зуба не изменена, коронка интактна, имеется незначительная подвижность. На рентгенограмме - расширение периодонтальной щели.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Опишите этапы лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Прогноз данного заболевания.

#### Ситуационная задача № 6

Больной Р., 16 лет. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность, отлом части коронки 1.5 зуба. Зуб ранее был лечен по поводу осложненного кариеса. Отлом коронки произошел около полугода назад. Сопутствующих заболеваний нет. Объективно: Внешний осмотр без патологических изменений. Подчелюстные лимфатические не увеличены. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка без патологических изменений. КПУ= 6. Индекс Федорова - Володкиной = 1. Коронка 1.5 зуба разрушена на 1/2, отсутствует щечная стенка. Полость зуба раскрыта, корневой канал свободно проходим. Перкуссия безболезненная. На рентгенограмме – расширение периодонтальной щели.

Вопрос 1. Поставьте диагноз

Вопрос 2. План лечения.

Вопрос 3. Этапы эндодонтического лечения.

Вопрос 4. Пломбировочные материалы для пломбирования корневого канала.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

#### Ситуационная задача № 7

Больной Ж., 14 лет. Жалобы на косметическую неудовлетворенность. Два года назад была травма (ушиб клюшкой). Зуб ранее не лечен. Объективно: Слизистая оболочка вокруг 2.2 зуба не изменена. Коронка интактного зуба сильно изменена в цвете. Перкуссия зуба слабо болезненна. ЭОД 125 мкА. На рентгенограмме – разрежение костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Опишите этапы лечения.

Вопрос 4. Этапы эндодонтического лечения.

Вопрос 5. Реабилитационный период.

#### Ситуационная задача № 8

Больная А., 14 лет. Жалобы на боли ноющего характера, усиливающиеся при накусывании на зуб. Зуб болит в течение двух дней. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые. Прикус ортогнатический. Индекс КПУ=11. Индекс Федорова-Володкиной =2, окрашивание слабое. На дистальной поверхности 1.1 зуба большая

кариозная полость. Дно и стенки выстланы размягченным дентином. Полость зуба вскрыта. Зондирование зуба безболезненно, перкуссия резко болезненно. Слизистая переходной складки гиперемирована, болезненная при пальпации. На рентгенограмме – в области корня разрежение костной ткани с неровными краями.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Опишите этапы лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов.

#### Ситуационная задача № 9

Ребенок 9 лет жалуется на потемнение коронки 2.1 зуба. Около года тому назад была травма этого зуба, за помощью к стоматологу не обращался. Объективно: слизистая оболочка полости рта в области 2.1 зуба не изменена, коронка интактна, сероватого цвета. На термические раздражители зуб не реагирует. ЭОД- 200 мкА, перкуссия зуба слабо болезненна.

Вопрос 1. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Поставьте окончательный диагноз.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

#### Ситуационная задача № 10

Ребенку 10 лет. Жалобы на острые боли в зубе 1.4, иррадиирующие в висок, припухлость правой щеки, повышение температуры тела до 38С, боли в зубе 1.4 появились два дня назад, носили приступообразный характер, усиливались от холодного и ночью. Вчера вечером появились боли от горячего, промежутки между приступами боли сократились. Ночью повысилась температура тела, появилась припухлость щеки. Объективно: асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области верхней челюсти справа. Подчелюстные лимфоузлы слева не пальпируются, справа пальпируются несколько лимфоузлов, диаметром до 10 мм, округлые, гладкие, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, слегка болезненные при пальпации. СОПР розового цвета, короткая уздечка верхней губы. На апроксимально-дистальной поверхности зуба 1.4. - глубокая кариозная полость, заполненная светлым размягченным дентином. Зондирование дна кариозной полости безболезненно, перкуссия 1.4 болезненна, десна и переходная складка в области 1.. гиперемированы, слегка отечны, болезненны при пальпации. При частичном препарировании кариозной полости зуба 1.4 вскрылась полость зуба, выделилась капля гноя. Прикус нейтральный, диастема. КПУз+кпуз = 4, ОНІ-S = 0,7, КПИ = 0,7.

Вопрос 1. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 2. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 3. Поставьте окончательный диагноз.

Вопрос 4. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 5. Этапы лечения.

### Раздел 7. Ошибки и осложнения при лечении периодонтитов временных и постоянных зубов. Апексогенез и апексификация.

#### Ситуационная задача № 1

Больной М., 5 лет. Жалобы: на застревание пищи. Из анамнеза выявлено, что зуб был пломбирован год тому назад по поводу кариеса (со слов матери). Пломба выпала. Объективно: десна в области 5.4 зуба гиперемирована, имеется свищевой ход. Кариозная полость на жевательной поверхности, дентин размягченный. Сообщение с полостью зуба не выявлено. Зондирование дна полости зуба безболезненно. Перкуссия безболезненно.

Рентгенография: дно кариозной полости истончено, корни зуба 5.4 сформированы, не резорбированы. Разрежение костной ткани в области верхушки корня с нечеткими контурами.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Этапы лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Проведите дополнительные методы исследования.

#### Ситуационная задача № 2

Больной Р., 14 лет. Жалобы: на боли ноющего характера, усиливающиеся при накусывании на зуб в области 1.1 зуба. Зуб болит в течение двух дней, ранее был лечен по поводу осложненного кариеса. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, Прикус ортогнатический, Индекс КПУ равен 11. Индекс Федорова-Володкиной равен двум, окрашивание слабое. На дистальной поверхности 1.1 зуба глубокая кариозная полость. Дно и стенки выстланы размягченным дентином. Полость зуба вскрыта, Зондирование безболезненно. Перкуссия резко болезненно. Слизистая переходной складки в области верхушки корня гиперемирована, болезненная при пальпации. На рентгеновском снимке: в области корня разрежение костной ткани с неровными краями.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Этапы лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Проведите дополнительные методы исследования.

#### Ситуационная задача № 3

Больной П. 14 лет. Жалобы: на эстетическую неудовлетворенность 2.1 зуба. Зуб ранее был лечен по поводу пульпита. Объективно: глубокая кариозная полость со значительным разрушением дистальной коронковой части и угла зуба. Дно и стенки полости зуба плотные, без размягченного дентина. Индекс КПУ равен-8, индекс Федорова-Володкиной-2. Прикус ортогнатический. На рентгенограмме канал запломбирован рентгеноконтрастным веществом до верхушечного отверстия.

Вопрос 1. Поставьте диагноз.

Вопрос 2. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 3. Этапы лечения.

Вопрос 4. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 5. Проведите дополнительные методы исследования.

#### Ситуационная задача № 4

Ребенку 12 лет поставлен диагноз: хронический фиброзный верхушечный периодонтит 1.6 зуба. Установлено, что медиальный корневой канал зуба плохо проходим. Определите тактику врача при лечении данного больного.

Вопрос 1. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения

#### Ситуационная задача №5

Ребенку 10 лет поставлен диагноз: хронический верхушечный периодонтит 2.2 зуба. На рентгенограмме определяется сформированность корня на 2/3 величины.

Вопрос 1. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения

## Ситуационная задача № 6

Ребенку 5 лет поставлен диагноз: мышьяковистый периодонтит 6.5 зуба.

Вопрос 1. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения

## Ситуационная задача № 7

При рентгенологическом обследовании ребенка 12 лет отмечено расширение периодонтальной щели в области верхушек 1.1 и 2.1 зубов. Коронки зубов интактны.

Вопрос 1. Обоснуйте план лечения.

Вопрос 2. Этапы лечения.

Вопрос 3. Проведите дифференциальную диагностику.

Вопрос 4. Проведите дополнительные методы исследования.

Вопрос 5. Этапы эндодонтического лечения

**Критерии оценки решения ситуационных задач:**

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

Оценка «**хорошо**» – студент 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**» – студент 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**» – студент 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.

**Критерии оценки решения ситуационных задач**

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ( $\frac{2}{3}$ ) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

**Комплект тестовых заданий**

**Раздел 5.** Анатомо-физиологические особенности строения периодонта у детей.  
Периодонтит временных зубов: клиническая картина, диагностика, выбор метода лечения

1. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста
  - 1) острый периодонтит
  - 2) + хронический гранулирующий периодонтит
  - 3) хронический гранулематозный периодонтит
  - 4) хронический фиброзный периодонтит
  - 5) хронический периодонтит в стадии обострения
2. Решающим тестом при диф. диагностике острого периодонтита и пульпита:
  - 1) перкуссия
  - 2) + ЭОД
  - 3) характер болей
  - 4) термометрия
  - 5) Rg
3. В каких зубах чаще встречается хронический фиброзный периодонтит:
  - 1) в постоянных зубах в несформированными корнями
  - 2) + в постоянных зубах со сформированными корнями
  - 3) в молочных зубах с несформированными корнями
  - 4) в молочных зубах со сформированными корнями
4. В каких зубах чаще встречается хронический гранулематозный периодонтит:
  - 1) в постоянных зубах в несформированными корнями
  - 2) + в постоянных зубах со сформированными корнями
  - 3) в молочных зубах с несформированными корнями
  - 4) в молочных зубах со сформированными корнями
5. Какой периодонтит чаще диагностируется в молочных зубах:
  - 1) хронический фиброзный
  - 2) + хронический гранулирующий
  - 3) хронический гранулематозный
6. Какой метод лечения хронического периодонтита применяется в молочных зубах со сформированными корнями:
  - 1) биологический метод
  - 2) + эндодонтическое лечение
  - 3) ампутация, с применением резорцин – формалиновой пасты
7. В случае мышьяковистого периодонтита необходимо:
  - 1) провести ампутацию и оставить тампон с камфаро – фенолом под повязку
  - 2) провести экстирпацию и запломбировать КК
  - 3) провести экстирпацию и оставить турунду с эвгенолом
  - 4) провести физиотерапию до стихания острых явлений, не удаляя повязки
  - 5) + провести экстирпацию и оставить турунду с 5% унитиолом
  - 6) + провести экстирпацию пульпы и оставить турунду с 1% иодиолом
8. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию:
  - 1) проводниковое обезболивание
  - 2) + аппликационное обезболивание
  - 3) ингаляционный наркоз
  - 4) инфильтрационное обезболивание
  - 5) внутрикостное обезболивание
9. Диф. симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба:
  - 1) + боль от температурных раздражителей
  - 2) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
  - 3) наличие вскрытой полости зуба
  - 4) наличие закрытой полости зуба
  - 5) не названы
10. Вид резорбции, наиболее часто обуславливающий раннее удаление 6.5 зуба:

- 1) резорбция идиопатическая
  - 2) резорбция в результате новообразований
  - 3) + патологическая резорбция при хроническом воспалении
  - 4) физиологическая резорбция (Ш тип в области бифуркации)
  - 5) не назван
11. Показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является:
- 1) возраст ребенка
  - 2) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
  - 3) + характер деструктивных изменений в периодонте, степень распространения процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
  - 4) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
  - 5) не названо
12. Какой метод лечения периодонтита 74 зуба в 5 лет следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом:
- 1) резекцию верхушки
  - 2) +. удаление зуба
  - 3) эндодонтическое лечение
  - 4) консервативный метод
  - 5) реплантацию
13. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из КК:
- 1) при хроническом фиброзном периодонтите
  - 2) при кистогранулеме
  - 3) + при хроническом гранулирующем периодонтите
  - 4) при хроническом гранулематозном периодонтите
  - 5) не названа
14. Резорцин – формалиновая паста является материалом для пломбирования КК молочных зубов:
- 1) при инструментально доступном КК
  - 2) + при инструментально недоступном КК
  - 3) + при инструментально недоступном КК моляров
  - 4) при фиброзном периодонтите
  - 5) + находящихся на начальных стадиях физиологической резорбции
15. Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить:
- 1) обострением воспалительного процесса
  - 2) + вращением грануляционной ткани в КК
  - 3) неправильным лечением
  - 4) применением концентрированных препаратов
  - 5) не назван
16. Какой метод можно использовать при хроническом гранулирующем периодонтите в молочном зубе с плохо проходимыми КК:
- 1) серебрения
  - 2) + резорцин – формалиновый
  - 3) диатермокоагуляцию
  - 4) электрофорез
  - 5) не назван
17. Для приготовления резорцин – формалиновой пасты используются препараты:
- 1) 10% формалин + резорцин + окись цинка
  - 2) + 40% формалин + резорцин + окись цинка
  - 3) 40% формалин + резорцин + белая глина

- 4) 10% формалин + резорцин + дентин порошок
18. Какой метод эндодонтического лечения используется в зубах с несформированными корнями при сохранности «ростковой зоны»:
- 1) + апексогенез
  - 2) Апексификация
19. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого пульпита и периодонтита является:
- 1) перкуссия
  - 2) +электродонтодиагностика
  - 3) характер болей
  - 4) термометрия
  - 5) рентгенодиагностика
20. В каких зубах встречается хронический фиброзный периодонтит?
- 1) в постоянных зубах с несформированными корнями
  - 2) +в постоянных зубах со сформированными корнями
  - 3) в молочных зубах с несформированными корнями
  - 4) в молочных зубах со сформированными корнями
21. В каких зубах встречается хронический гранулематозный периодонтит?
- 1) в постоянных зубах с несформированными корнями
  - 2) +в постоянных зубах со сформированными корнями
  - 3) в молочных зубах с несформированными корнями
  - 4) в молочных зубах со сформированными корнями
22. Какой периодонтит чаще диагностируется в молочных зубах?
- 1) хронический фиброзный
  - 2) +хронический гранулирующий
  - 3) хронический гранулематозный
23. В молочных зубах чаще диагностируется:
- 1) острый периодонтит
  - 2) +обострение хронического периодонтита
24. Какой метод хронического периодонтита применяется в молочных зубах со сформированными корнями?:
- 1) биологический метод
  - 2) +эндодонтическое лечение.
  - 3) ампутация с применением мумифицирующей пасты
25. В случае мышьяковистого периодонтита необходимо:
- 1) сделать ампутацию и оставить тампон с камфаро-фенолом под повязку
  - 2) +провести экстирпацию пульпы и запломбировать корневой канал
  - 3) провести экстирпацию пульпы и оставить турунду с эвгенолом
  - 4) прибегнуть к физиотерапии до стихания острых явлений, не удаляя повязки
  - 5) +провести экстирпацию пульпы и оставить турунду с 5% раствором унитиола
  - 6) +провести экстирпацию пульпы и оставить турунду с 1% раствором иодиола
26. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию:
- 1) проводниковое обезбоживание
  - 2) +апликационное обезбоживание
  - 3) ингаляционный наркоз
  - 4) инфильтрационное обезбоживание
  - 5) внутрикостное обезбоживание
27. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является:

- 1) +боль от температурных раздражителей
  - 2) боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
  - 3) наличие вскрытой полости зуба
  - 4) наличие закрытой полости зуба
  - 5) не названы
28. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба:
- 1) резорбция идиопатическая
  - 2) резорбция в результате новообразований
  - 3) +патологическая резорбция при хроническом воспалении
  - 4) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)
  - 5) не названо.
29. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является:
- 1) возраст ребенка
  - 2) сроки прорезывания постоянного зуба- заместителя
  - 3) +характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
  - 4) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке в области больного зуба)
  - 5) не названо.
30. Какой метод лечения периодонтита временного моляра в 5 лет следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом?
- 1) резекцию верхушки корня
  - 2) +удаление зуба
  - 3) гемисекцию
  - 4) консервативный метод
  - 5) реплантацию
31. Хронический гранулематозный периодонтит от хронического гранулирующего периодонтита отличается:
- 1) цветом зуба
  - 2) +давностью анамнеза
  - 3) степенью подвижности зуба
  - 4) рентгенологической симптоматикой
  - 5) укорочением звука при перкуссии
32. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
- 1) при хроническом фиброзном периодонтите
  - 2) при кистогранулеме
  - 3) +при хроническом гранулирующем периодонтите
  - 4) при хроническом гранулематозном периодонтите
  - 5) не названа

## **Раздел 6. Периодонтит постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями**

1. Острый инфекционный периодонтит является исходом:
  - 1) + острого диффузного пульпита
  - 2) травмы зуба
  - 3) + хронического фиброзного пульпита
2. В случае мышьяковистого периодонтита необходимо:
  - 1) провести ампутацию и оставить тампон с камфаро – фенолом под повязку

- 2) провести экстирпацию и запломбировать КК
  - 3) провести экстирпацию и оставить турунду с эвгенолом
  - 4) провести физиотерапию до стихания острых явлений, не удаляя повязки
  - 5) + провести экстирпацию и оставить турунду с 5% унитиолом
  - 6) + провести экстирпацию пульпы и оставить турунду с 1% иодиолом
3. Размягченный инфицированный дентин со стенок КК удаляется:
- 1) + с целью уменьшения степени инфицирования КК
  - 2) с целью стерилизации КК
  - 3) с целью расширения КК
  - 4) с целью лучшего прилегания пломбировочного материала к стенкам КК
4. Как часто используются пасты на основе гидроксида кальция при эндодонтическом лечении постоянных зубов с несформированными корнями:
- 1) один раз
  - 2) + меняют через 1 месяц, а затем через каждые 3 месяца
  - 3) меняют через каждый месяц
  - 4) меняют через каждые 3 месяца
5. Физиотерапевтический метод лечения обострений периодонтитов после пломбирования КК:
- 1) Гидротерапия
  - 2) Микроволны
  - 3) УВЧ
  - 4) + электрофорез новокаина
  - 5) гелий – неоновый лазер
6. УВЧ – терапия показана:
- 1) при кариесе
  - 2) + при хроническом периодонтите
  - 3) при гипоплазии
  - 4) при остром периодонтите
  - 5) при хроническом пульпите
7. Электрофорез – это:
- 1) применение с лечебной целью электрического тока
  - 2) применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты
  - 3) + введение лекарственных веществ в ткани посредством тока
  - 4) введение лекарственных веществ в ткани посредством излучения
  - 5) введение лекарственных веществ посредством ультразвука
8. Какое вещество следует применять для внутриканального электрофореза во фронтальных зубах при периодонтитах:
- 1) + трипсин
  - 2) дистиллированную воду
  - 3) азотнокислое серебро
  - 4)  $KMnO_4$
  - 5) фурацилин
9. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронического периодонтита при пломбировании на уровне верхушечного отверстия КК 11 зуба?
- 1) дельтовидным разветвлением макроканала
  - 2) плохой предварительной медикаментозной обработкой
  - 3) отсутствием герметичности пломбирования КК и снижением реактивности организма
  - 4) плохой инструментальной обработкой КК
  - 5) + все перечисленное
10. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации некротических масс при хроническом периодонтите у детей является:

- 1) H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
  - 2) антибиотики широкого спектра действия
  - 3) антисептик
  - 4) ЭДТА
  - 5) + не назван
11. При лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей проводят:
- 1) + инструментальную обработку КК
  - 2) + медикаментозную обработку КК
  - 3) + применение физиотерапевтических методов лечения
  - 4) использование мумифицирующих средств
  - 5) не названо
12. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного зуба с несформированной верхушкой корня проводят:
- 1) удаление зуба
  - 2) резекцию верхушки
  - 3) + на I этапе – пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами, на II – пломбирование КК твердеющей пастой или гуттаперчей
  - 4) пломбирование КК твердеющими пастами до верхушки
  - 5) пломбирование КК твердеющими пастами с длительным антисептическим действием до верхушки
13. Хронический гранулематозный периодонтит от хронического гранулирующего периодонтита различается:
- 1) цветом зуба
  - 2) анамнезом
  - 3) степенью подвижности зуба
  - 4) + Rg симптоматикой
  - 5) укорочение звука при перкуссии
14. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из КК:
- 1) при хроническом фиброзном периодонтите
  - 2) при кистогранулеме
  - 3) + при хроническом гранулирующем периодонтите
  - 4) при хроническом гранулематозном периодонтите
  - 5) не названа
15. Резорцин – формалиновая паста является материалом для пломбирования КК молочных зубов:
- 1) при инструментально доступном КК
  - 2) + при инструментально недоступном КК
  - 3) + при инструментально недоступном КК моляров
  - 4) при фиброзном периодонтите
  - 5) + находящихся на начальных стадиях физиологической резорбции
16. Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить:
- 1) обострением воспалительного процесса
  - 2) + вращением грануляционной ткани в КК
  - 3) неправильным лечением
  - 4) применением концентрированных препаратов
  - 5) не назван
17. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного:
- 1) + нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым

- 2) да, при условии хорошего освобождения КК и выведении антибиотиков в периапикальные ткани
  - 3) да, если есть показания к разрезу по переходной складке
  - 4) да, при выведении за верхушку кортикостероидов
  - 5) не назван
18. Какой из инструментов является самым эффективным при расширении КК?
- 1) пульпоэкстрактор
  - 2) дрельбор
  - 3) + бурав
  - 4) развертка
  - 5) не назван
19. Какой из инструментов предназначен для срезания стенок КК и придания ему цилиндрической формы:
- 1) бурав
  - 2) дрельбор
  - 3) + развертка
  - 4) рашпиль
  - 5) не назван
20. Последовательность применения инструментов для эндодонтии:
- 1) + глубиномер, пульпоэкстрактор, бурав, рашпиль, дрельбор, развертка, каналонаполнитель, штопфер
  - 2) пульпоэкстрактор, глубиномер, бурав, рашпиль, дрельбор, развертка, каналонаполнитель, штопфер
21. Последовательность применения инструментов такая, как они расположены в наборе инструментов для эндодонтии против часовой стрелки
- 1) бурав, рашпиль, дрельбор, развертка, глубиномер, пульпоэкстрактор, штопфер
  - 2) не назван
22. ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах:
- 1) 1 – 6 мкА
  - 2) 20 – 60 мкА
  - 3) + 100 – 200 мкА
23. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии эмали при хроническом периодонтите молочного зуба:
- 1) до начала минерализации
  - 2) + в период минерализации
  - 3) после полного формирования коронки зуба
  - 4) все вышеизложенное
  - 5) ни одного из вышеизложенных
24. Для пломбирования КК 26 зуба с несформированной верхушкой используют:
- 1) резорцин – формалиновая паста
  - 2) резорцин – формалиновая смесь
  - 3) + цинкоксид – эвгеноловая паста
  - 4) фосфат – цемент
  - 5) + паста на основе гидроксида кальция
25. Какая из паст для пломбирования КК с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронического периодонтита 3.5 зуба у детей:
- 1) резорцин – формалиновая паста
  - 2) серебряная паста Гениса
  - 3) эвгеноловая паста
  - 4) + паста на основе гидроксида кальция

- 5) ни одна из перечисленных
26. Наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию 16 или 26 зубов представляет:
- 1) дистальный небный канал
  - 2) + медиальный щечный канал
  - 3) щечный канал
  - 4) дистальный щечный канал
  - 5) небный канал
27. Требования к материалам для пломбирования КК:
- 1) биологическая толерантность и хороший герметизм пломбирования
  - 2) хорошая видимость, Rg контрастность
  - 3) антимикробное и стимулирующее действие на регенерацию тканей периодонта
  - 4) хорошая адгезия к стенкам КК
  - 5) + все перечисленные выше
28. В каких зубах встречается хронический периодонтит?
- 1) в постоянных зубах с несформированными корнями
  - 2) +в постоянных зубах со сформированными корнями
  - 3) в молочных зубах с несформированными корнями
  - 4) в молочных зубах со сформированными корнями
29. Размягченный инфицированный дентин со стенок корневого канала удаляется с целью:
- 1) +уменьшения степени инфицирования корневого канала
  - 2) стерилизации корневого канала
  - 3) расширения корневого канала
  - 4) лучшего прилегания пломбировочного материала к стенкам корневого канала
30. Хронический гранулематозный периодонтит от хронического гранулирующего периодонтита различается:
- 1) цветом зуба,
  - 2) давностью анамнеза,
  - 3) степенью подвижности зуба,
  - 4) +рентгенологической симптоматикой,
  - 5) укорочение звука при перкуссии.
31. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является?
- 1) перкуссия,
  - 2) +электродонтодиагностика,
  - 3) характер болей,
  - 4) термометрия,
  - 5) рентгенодиагностика.
32. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
- 1) при хроническом фиброзном периодонтите,
  - 2) при кистогранулеме,
  - 3) +при хроническом гранулирующем периодонтите,
  - 4) при хроническом гранулематозном периодонтите,
  - 5) не названа.
33. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов является:
- 1) +инструментальная обработка корневых каналов
  - 2) +медикаментозная обработка корневых каналов зубов
  - 3) применение физиотерапевтических методов лечения

- 4) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
  - 5) не названо
34. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является:
- 1) удаление зуба
  - 2) резекция верхушки корня
  - 3) +на 1 этапе- пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами, на 11- пломбирование корневого канала твердеющей пастой или гуттаперчей
  - 4) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
  - 5) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием
35. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести при остром течении периодонтита или его осложнении?
- 1) отпрепарировать кариозную полость
  - 2) пломбирование канала
  - 3) проведение резорцин- формалинового метода
  - 4) расширение канала
  - 5) + обеспечить отток экссудата через каналы корней
36. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
- 1) резорцин- формалиновая паста
  - 2) серебряная паста Гениса
  - 3) +эвгеноловая паста
  - 4) препараты на основе гидроксида кальция
  - 5) ни одна из перечисленных
37. Требованиями, предъявляемыми к материалам для пломбирования корневых каналов, являются:
- 1) биологическая толерантность и хороший герметизм пломбирования
  - 2) хорошая видимость, рентген контрастность
  - 3) антимикробное и стимулирующее действие на регенерацию тканей периодонта
  - 4) хорошая адгезия к стенкам канала
  - 5) +все перечисленное
38. Какие этапы последовательно выделяют при эндодонтическом лечении зубов с несформированными корнями- апексификации?
- 1) мероприятия направленные на рост корня и формирование физиологического апикального отверстия
  - 2) +мероприятия, направленные на замыкание просвета апикального отверстия
  - 3) +пломбирование корневого канала
39. Какой метод эндодонтического лечения используется в зубах с несформированными корнями при сохранности «ростковой зоны»?
- 1) апексогенез
  - 2) +апексификация
40. Какой метод эндодонтического лечения называется апексификацией?
- 1) метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на завершение роста и формирование физиологического апикального сужения
  - 2) +метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на стимуляцию образования остеоцементного барьера
  - 3) метод эндодонтического лечения зубов со сформированными корнями,

направленный на obturацию корневого канала до физиологического отверстия

- 4) метод эндодонтического лечения корней молочных зубов в стадии физиологической резорбции
- 5) метод эндодонтического лечения корней молочных зубов в стадии патологической резорбции

#### **Раздел 7. Ошибки и осложнения при лечении периодонтитов временных и постоянных зубов. Апексогенез и апексификация**

1. Какой метод эндодонтического лечения используется в зубах с несформированными корнями при гибели «ростковой зоны»:
  - 1) апексогенез
  - 2) +.апексификация
2. Какой метод эндодонтического лечения называется апексогенезом:
  - 1) + метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на завершение роста корня и формирование физиологического апикального сужения
  - 2) метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на стимуляцию образования остеоцементного барьера
  - 3) метод эндодонтического лечения в зубах со сформированными корнями, направленный на obturацию КК до физиологического отверстия,
  - 4) метод эндодонтического лечения молочных зубов в стадии физиологической резорбции
  - 5) метод эндодонтического лечения молочных зубов в стадии патологической резорбции
3. Какой метод эндодонтического лечения называется апексификацией:
  - 1) метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на завершение роста корня и формирование физиологического апикального сужения
  - 2) + метод эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями, направленный на стимуляцию образования остеоцементного барьера
  - 3) метод эндодонтического лечения в зубах со сформированными корнями, направленный на obturацию КК до физиологического отверстия
  - 4) метод эндодонтического лечения молочных зубов в стадии физиологической резорбции
  - 5) метод эндодонтического лечения молочных зубов в стадии патологической резорбции
4. Консервативное эндодонтическое лечение хронического периодонтита в зубах с несформированными корнями направлено:
  - 1) + на ликвидацию воспалительных явлений в периапикальных тканях
  - 2) + на рост корня и формирование физиологического апикального сужения
  - 3) на создание условий для замыкания просвета в апикальной части и формирование апикального упора
5. Какие стоматологические материалы используются для эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями:
  - 1) цементы
  - 2) + пасты на основе гидроксида кальция
  - 3) пасты с эвгенолом
  - 4) мумифицирующие пасты
6. Какие этапы выделяют при – апексогенезе:
  - 1) + мероприятия, направленные на рост корня и формирование физиологического апикального сужения

- 2) мероприятия, направленные на замыкание просвета апикального отверстия
  - 3) + пломбирование КК
7. Какие этапы выделяют при апексификации:
- 1) мероприятия направленные на рост корня и формирование физиологического апикального отверстия
  - 2) + мероприятия направленные на замыкание просвета апикального отверстия
  - 3) + пломбирование КК
8. Какие препараты гидроксида кальция используются при апексогенезе:
- 1) твердеющие
  - 2) + нетвердеющие
9. Критерии оценки результатов эндодонтического лечения методом апексогенеза:
- 1) + рост корня в длину
  - 2) отсутствие роста корня в длину
  - 3) + сужение физиологического апикального отверстия
  - 4) образование остеоцементного барьера в апикальной части
  - 5) + восстановление костной ткани в периапикальной области
10. Критерии оценки результатов эндодонтического лечения методом апексификации:
- 1) рост корня в длину
  - 2) + отсутствие роста корня в длину
  - 3) сужение физиологического апикального отверстия
  - 4) + образование остеоцементного барьера в апикальной части
  - 5) + восстановление костной ткани в периапикальной области
11. Апексогенез возможен:
1. при непрямом покрытии пульпы, при острых формах глубокого кариеса в зубах с несформированными корнями
  2. при прямом покрытии пульпы (ятрогенном пульпите) в зубах с несформированными корнями
  3. при пульпоэктомии (травматическом пульпите в ближайшие 6 часов)
  4. при пульпоэктомии (при воспалении коронковой и корневой пульпы, за исключением апикальной части)
  5. + при пульпоэктомии (при воспалении всей пульпы)
12. Какой периодонтит чаще диагностируется в молочных зубах?
1. хронический фиброзный
  2. +хронический гранулирующий
  3. хронический гранулематозный
13. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является
1. ЭОД
  2. +рентгенологический
  3. трансиллюминационный
  4. определение индекса РМА
  5. цвет коронки зуба
14. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
1. при хроническом фиброзном периодонтите
  2. при кистогранулеме
  3. +при хроническом гранулирующем периодонтите
  4. при хроническом гранулематозном периодонтите
  5. не названа
15. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба:
1. резорбция идиопатическая
  2. резорбция в результате новообразований

3. +патологическая резорбция при хроническом воспалении
  4. физиологическая резорбция ( 111 тип в области бифуркации корней)
  5. не назван
16. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии эмали при хроническом периодонтите молочного зуба?
1. до начала минерализации коронки зуба
  2. +в период минерализации зуба
  3. после полного формирования коронки зуба
  4. все выше изложенное
  5. ни одного из вышеизложенных
17. В молочных зубах чаще диагностируется:
1. острый периодонтит
  2. +обострение хронического периодонтита
18. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:
1. +0,5-1%
  2. 2,5-3%
  3. 5-10%
  4. 10-15%
  5. 20%
19. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является:
1. удаление зуба
  2. резекция верхушки корня
  3. + на I этапе - пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами,
  4. на II этапе – пломбирование корневого канала твердеющей пастой или гуттаперчей
  5. пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
  6. пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным действие до верхушки
20. Рентгенологическая картина- расширение периодонтальной щели у верхушки корня, характерна для периодонтита:
1. острого
  2. + хронического фиброзного
  3. хронического гранулирующего
  4. хронического гранулематозного
  5. для всех форм
21. Индикатором чистоты корневых каналов является:
1. мирамистин
  2. гипохлорит натрия
  3. фурациллин
  4. +хлорфиллипт
  5. трипсин
22. Острый инфекционный периодонтит является исходом:
1. +травмы зуба
  2. острого диффузного пульпита
  3. хронического фиброзного пульпита
  4. передозировки мышьяковистой пасты
  5. пломбирование канала резорцин- формалиновой пастой
23. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:
1. р-р- Шиллера-Писарева
  2. + хлоргексидин

3. цианид
  4. лизетол
  5. физиологический раствор
24. Какие стоматологические материалы используются для эндодонтического лечения зубов с несформированными корнями?
1. цементы
  2. +пасты на основе гидроксида кальция
  3. пасты с эвгенолом
  4. мумифицирующие пасты
  5. штифты
25. На что направлено эндодонтическое лечение хронического периодонтита с несформированными корнями?
1. +на ликвидацию воспалительных явлений в периапикальных тканях
  2. на рост корня и формирование физиологического апикального сужения
  3. +на создание условий для замыкания просвета в апикальной части и формирование апикального упора
26. Какие этапы последовательно выделяют при эндодонтическом лечении зубов с несформированными корнями- апексификации?
1. мероприятия направленные на рост корня и формирование физиологического отверстия
  2. +мероприятия, направленные на замыкание просвета апикального отверстия
  3. +пломбирование корневого канала

#### **Критерии оценки тестовых заданий:**

Оценка «**отлично**» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «**хорошо**» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «**удовлетворительно**» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «**неудовлетворительно**» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**зачтено**», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**не зачтено**», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

#### **Ролевая игра (имитационные технологии)**

**1. Тема ролевой игры.** Первое посещение детской стоматологической поликлиники пациента с обострением хронического периодонтита 8.5 зуба. (Раздел 6. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта у детей. Периодонтит временных зубов: клиническая картина, диагностика, выбор метода лечения).

**2. Концепция ролевой игры.** Двум – трем игрокам предлагается роль врача-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

**3. Роли:** 1) пациент с обострением хронического периодонтита 8.5 зуба, 2) родители пациента, 3) врач-стоматолог детский, 4) медсестра.

**4 Ожидаемые результаты.** Обсуждаются различные варианты поведения врача-стоматолога детского при первичном осмотре пациента с обострением хронического периодонтита 8.5 зуба. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с обострением хронического периодонтита 8.5 зуба. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и

«медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	
5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

**Лекция-конференция (не имитационные технологии)**

**1. Тема лекции-конференции.** Пародонтит постоянных зубов. (Раздел 6. Пародонтит постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями).

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

1 доклад «Анатомо-физиологические особенности строения пародонта постоянных зубов»

2 доклад «Клиническая картина пародонтита постоянных зубов с несформированными корнями»;

3 доклад «Клиническая картина пародонтита постоянных зубов со сформированными корнями».

**3. Ожидаемые результаты.** Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Пародонтит постоянных зубов». (Раздел 6. Пародонтит постоянных зубов с несформированными и сформированными корнями). В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы	
2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	

4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Комплект вопросов для коллоквиума

**Раздел 8.** Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей.

Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях

1. Назовите морфологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей до 1 года.
2. Назовите морфологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей 1-3 лет.
3. Назовите морфологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей 4-12 лет.
4. Назовите возраст, в котором характерно возникновение травмы СОПР разрушенными молочными зубами, травма слизистой острыми предметами.
5. Назовите возраст, в котором характерно возникновение травмы СОПР острыми предметами.
6. Какие лекарственные средства, применяемые в стоматологии, могут вызывать ожог СОПР у ребенка?
7. Перечислите дезинфицирующие средства растительного происхождения, рекомендуемые при поражениях СОПР.
8. Перечислите кератопластические средства, рекомендуемые при поражениях СОПР.
9. Перечислите средства, стимулирующие заживление рекомендуемые при поражениях СОПР.
10. Назовите возбудителя ОГС и дайте его характеристику.
11. В каком возрасте чаще болеют дети и как это объяснить с иммунологических позиций?
12. Симптомы продромального периода ОГС?
13. Выпишите обезболивающие и дезинфицирующие средства, рекомендуемые при ОГС.
14. Перечислите противовирусные препараты.
15. Какие морфологические элементы характерны для кандидоза?
16. Назовите симптомы заболевания в зависимости от тяжести и течения кандидоза.
17. Назначьте средства для общего лечения ребенка с кандидозом.
18. Назначьте средства для местного лечения ребенка с кандидозом.
19. Какую среду необходимо создать для торможения размножения грибов в полости рта?

**Раздел 9.** Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией, аллергией

1. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при сифилисе.
2. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при сифилисе.
3. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при сифилисе.
4. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при туберкулезе.
5. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при туберкулезе.
6. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при туберкулезе.

7. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при гонорейном стоматите.
8. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при гонорейном стоматите.
9. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при гонорейном стоматите.
10. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при контактном стоматите.
11. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при контактном стоматите.
12. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при контактном стоматите.
13. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при токсико-аллергическом стоматите.
14. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при токсико-аллергическом стоматите.
15. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при токсико-аллергическом стоматите.
16. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при аллергических заболеваниях.
17. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при аллергических заболеваниях.
18. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при аллергических заболеваниях.
19. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при многоформной экссудативной эритемы.
20. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при многоформной экссудативной эритемы.
21. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при многоформной экссудативной эритемы.
22. Клиника поражений слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции.
23. Диагностика поражений слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции.
24. Принципы лечения поражений слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции.

**Раздел 10.** Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях различных органов и систем. Заболевания губ и языка у детей

1. Клиника изменений СОПР при авитаминозах у детей.
2. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при авитаминозах у детей.
3. Принципы лечения изменений СОПР при авитаминозах у детей.
4. Клиника изменений СОПР при эндокринных заболеваниях у детей.
5. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при эндокринных заболеваниях у детей.
6. Принципы лечения изменений СОПР при эндокринных заболеваниях у детей.
7. Клиника изменений СОПР при заболеваниях ЖКТ у детей.
8. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при заболеваниях ЖКТ у детей.
9. Принципы лечения изменений СОПР при заболеваниях ЖКТ у детей.
10. Клиника изменений СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей.
11. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей.
12. Принципы лечения изменений СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей.
13. Клиника изменений СОПР при заболеваниях почек и надпочечников у детей.
14. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при заболеваниях почек и надпочечников у детей.
15. Принципы лечения изменений СОПР при заболеваниях почек и надпочечников у детей.
16. Клиника изменений СОПР при заболеваниях крови у детей.

17. Диагностика и диф. диагностика изменений СОПР при заболеваниях крови у детей.
18. Принципы лечения изменений СОПР при заболеваниях крови у детей.
19. Этиология, патогенез и классификации десквамативного глоссита у детей.
20. Клиника десквамативного глоссита у детей.
21. Диагностика и диф. диагностика десквамативного глоссита у детей.
22. Принципы лечения десквамативного глоссита у детей.
23. Клиника меторологического хейлита у детей.
24. Диагностика и диф. диагностика меторологического хейлита у детей.
25. Принципы лечения меторологического хейлита у детей.
26. Клиника glandулярного хейлита у детей.
27. Диагностика и диф. диагностика glandулярного хейлита у детей.
28. Принципы лечения glandулярного хейлита у детей.
29. Клиника актинического хейлита у детей.
30. Диагностика и диф. диагностика актинического хейлита у детей.
31. Принципы лечения актинического хейлита у детей.
32. Клиника ангулярного хейлита у детей.
33. Диагностика и диф. диагностика ангулярного хейлита у детей.
34. Принципы лечения ангулярного хейлита у детей.
35. Клиника хронической трещины губы у детей.
36. Диагностика и диф. диагностика хронической трещины губы у детей.
37. Принципы лечения хронической трещины губы у детей.

**Раздел 11.** Возрастные особенности строения пародонта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания пародонта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта

1. Особенности строения тканей пародонта в детском возрасте.
2. Значение гигиены в полости рта при возникновении заболеваний пародонта у детей.
3. Болезни пародонта. Классификации.
4. Порядок обследования детей с заболеваниями пародонта.
5. Определение индекса РМА.
6. Определение индекса СРІТN.
7. Метод определения стойкости капилляров по Кулаженко.
8. Индекс кровоточивости десневого сосочка.
9. Дополнительные методы исследования, необходимые для определения степени тяжести заболеваний пародонта - рентгенография.
10. Дополнительные методы исследования, необходимые для определения степени тяжести заболеваний пародонта - окклюзиограмма.
11. Классификация и клиника гингивитов.
12. Этиология и патогенез катаральных гингивитов.
13. Этиология и патогенез гипертрофических гингивитов.
14. Этиология и патогенез язвенно-некротических гингивитов.
15. Классификация и клиника пародонтитов.
16. Этиология и патогенез локализованных пародонтитов.
17. Этиология и патогенез генерализованных пародонтитов.
18. Этиология и патогенез быстро прогрессирующих пародонтитов.
19. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта у детей – этиология и патогенез
20. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта у детей - клиника
21. Пародонтомы – этиология, патогенез и клиника

## Раздел 12. Особенности лечения заболеваний пародонта у детей. Принципы диспансеризации

1. Назовите классификацию заболеваний пародонта у детей.
2. Укажите симптомы, характерные для катарального гингивита
3. Укажите симптомы, характерные для гипертрофического гингивита.
4. Укажите симптомы, характерные для язвенно-некротического гингивита.
5. Укажите симптомы, характерные для фиброзной формы гипертрофического гингивита.
6. Укажите симптомы, характерные для отечной формы гипертрофического гингивита.
7. Причины, вызывающие локализованный пародонтит: - низкий уровень гигиены полости рта.
8. Причины, вызывающие локализованный пародонтит:- аномалийное прикрепление уздечек и мелкое преддверие полости рта.
9. Причины, вызывающие локализованный пародонтит:- системное заболевание ребенка.
10. Назовите симптомы для легкой, средней и тяжелой степени пародонтита.
11. Клиническая симптоматика акаталазии.
12. Этиология, клиника и диагностика десмодонтоза.
13. Изменения в костной ткани при болезни Папийона-Леферва.
14. Пародонтальный синдром при сахарном диабете.
15. Пародонтальный синдром при циклической нейтропении.
16. Какие средства Вы выберете для лечения катарального гингивита?
17. Какие средства Вы выберете для лечения язвенного гингивита?
18. Какие средства Вы выберете для лечения гипертрофического гингивита?
19. Какие методы физического лечения Вы выберете при катаральном, язвенном и гипертрофическом гингивите?
20. Какие хирургические методы лечения заболеваний пародонта можно использовать у детей?
21. Какие средства Вы выберете для лечения локализованного пародонтита?
22. Какие средства Вы выберете для лечения генерализованного пародонтита?

### Критерии оценки вопросов для коллоквиума

Оценки **«отлично»** заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

## Комплект тем рефератов

**Раздел 8.** Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей.

Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях

**Тема 1.** Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника легкой и средне-тяжелой формы, дифференциальная диагностика. Лечение общее и местное в поликлинике и на дому.

**Тема 2.** Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника тяжелой формы заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение. Роль противовирусных, антибактериальных средств в профилактике осложнений. Прогноз.

**Тема 3.** Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Показания к назначению противорецидивного лечения. Профилактика рецидивов.

**Тема 4.** «Афты Беднара». Этиология, возраст детей, в котором возникает заболевание. Клиника, локализация. Выбор лекарственных препаратов и способы их применения, сроки заживления. Профилактика и прогноз.

**Тема 5.** Декубитальные эрозии и язвы. Методы диагностики. Особенности психоэмоционального статуса детей. Травмирующие факторы и способы их устранения. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.

**Тема 6.** Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница) слизистой оболочки полости рта. Факторы риска развития кандидозной инфекции у детей различного возраста. Клиника легкой и средне-тяжелой формы. Лечение, профилактика и прогноз.

**Тема 7.** Кандидоз (молочница) слизистой оболочки полости рта. Клиника тяжелой формы, рецидивирующая форма. Лечение, профилактика генерализованных поражений. Прогноз.

**Раздел 9.** Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией, аллергией

**Тема 1.** Микрофлора полости рта в норме и при поражениях слизистой оболочки полости рта.

**Тема 2.** Строение слизистой оболочки рта у детей разного возраста и частота поражений слизистой оболочки рта, возникающих от различных причин.

**Тема 3.** Поражения слизистой оболочки полости рта, вызванные приемом лекарственных средств.

**Тема 4.** Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта.

**Тема 5.** Принципы лечение и профилактика поражений слизистой оболочки рта, вызванных специфической инфекцией.

**Тема 6.** Принципы лечение и профилактика поражений слизистой оболочки рта, вызванных аллергией

**Тема 7.** Врожденный сифилис – современное видение проблемы.

**Тема 8.** Анафилактический шок – современное видение проблемы.

**Раздел 10.** Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях различных органов и систем. Заболевания губ и языка у детей

**Тема 1.** Связь возникновения заболеваний слизистой оболочки рта у детей разного возраста с общими заболеваниями

**Тема 2.** Связь возникновения заболеваний слизистой оболочки рта у детей разного возраста с нарушениями иммунологической реактивности и обмена веществ

**Тема 3.** Хейлиты – классификация, клиника и современные методы лечения.

**Тема 4.** Срединная трещина губы - современное видение проблемы.

**Тема 5.** Географический язык – норма или патология.

**Тема 6.** Глосситы в детском возрасте.

**Тема 7.** Десквамативные глосситы – комплексный подход в диагностике и лечении.

**Раздел 11.** Возрастные особенности строения пародонта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания пародонта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта

**Тема 1.** Микрофлора полости рта в норме и при заболеваниях пародонта

**Тема 2.** Болезни пародонта у детей. Особенности строения тканей пародонта у детей разного возраста. Методы диагностики заболеваний и их классификация.

**Тема 3.** Местные причины развития гингивита - гигиена рта, кариес зубов, зубочелюстные деформации и аномалии, неправильное прикрепление уздечек губ и языка, мелкое преддверие рта и др.

**Тема 4.** Местные причины развития пародонтита - гигиена рта, кариес зубов, зубочелюстные деформации и аномалии, неправильное прикрепление уздечек губ и языка, мелкое преддверие рта и др.

**Тема 5.** Изменения в пародонте при патологии внутренних органов, нарушениях обмена веществ и других системных заболеваниях.

**Тема 6.** Подростковый возраст и заболевания пародонта.

**Тема 7.** Идиопатические заболевания и патология тканей пародонта.

**Тема 8.** Пародонтолиз – тяжелый воспалительно-дистрофический процесс в пародонте у детей.

**Тема 9.** Дифференциальная диагностика различных форм и стадий заболеваний пародонта с опухолеподобными процессами челюстных костей (эозинофильная гранулема, болезнь Хенд-Крисчен-Шюллера и др.) у детей.

**Раздел 12.** Особенности лечения заболеваний пародонта у детей. Принципы диспансеризации

**Тема 1.** Острый и хронический катаральный гингивиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.

**Тема 2.** Острый язвенно-некротический гингивостоматит Венсана у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение местное и общее. Прогноз. Профилактика.

**Тема 3.** Гипертрофический гингивит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Фиброзная форма. Лечение и профилактика.

**Тема 4.** Идиопатические заболевания пародонта. X-гистиоцитоз, гипои́ммуноглобули́немия и др. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы организации лечения.

**Тема 5.** Идиопатические заболевания пародонта. Сахарный диабет, нейтропения. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы организации лечения.

### Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. Новизна реферированного текста. макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. Степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и

	структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы
3. Обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. Соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Комплект ситуационных задач

#### Раздел 8. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей.

##### Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях

##### Ситуационная задача № 1

Пациент К., 9 лет, обратился в детскую стоматологическую поликлинику через 2 часа после травмы, полученной на спортивной площадке, при падении с качелей. Сознание не терял.

Объективно: При внешнем осмотре имеется рана верхней губы, проходящая через кожу, красную кайму, слизистую оболочку, неправильной формы, длиной до 1,5 см, края неровные и разрыв слизистой оболочки между 1.1, 1.2. Сознание больного ясное, на вопросы отвечает правильно.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз патологии СОПР (МКБ-10)

Вопрос 2. Этапы лечения патологии СОПР

Вопрос 3. Выбор лекарственных препаратов (показания, противопоказания).

Вопрос 4. Прогноз патологии СОПР.

Вопрос 5. Осложнения патологии СОПР.

##### Ситуационная задача № 2

Девочка 2-х лет направлена на консультацию в связи с наличием язвы слизистой оболочки в области мягкого неба. Родилась недоношенной. С первых дней и до настоящего времени вскармливается из бутылочки. Часто болеет ОРЗ, воспалением легких. В полости рта 2 недели назад обнаружено нарушение целостности слизистой оболочки в области мягкого неба слева. Объективно: ребенок внешне выглядит младше своего возраста. Бледная, худая. В полости рта имеются резцы, первые моляры. На

твердом небе с переходом на мягкое, слева обнаружена глубокая язва 1,2 x 0,6 см, вытянутая спереди назад и покрытая желто-серым налетом. Вокруг патологического очага определяется инфильтрат в виде отчетливого возвышающегося вала. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР.

Вопрос 2. Составьте план лечения поражения СОПР.

Вопрос 3. Перечислите препараты для лечения поражения СОПР.

Вопрос 4. Подберите оптимальный набор средств гигиены для ребенка с поражением СОПР.

Вопрос 5. Осложнения патологии СОПР.

#### Ситуационная задача № 3

Ребенок 6 лет находится на лечении у педиатров с диагнозом - хронический бронхит, получает суммамед в возрастной дозировке. Мамой обнаружено покраснение СОПР, отек языка и белесоватый налет на спинке языка, небе, щеках. Со слов мамы, ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. При осмотре: Аденоидный тип лица, носовое дыхание затруднено. Слизистая оболочка языка, неба, щек покрыта налетом белого цвета, который при соскабливании снимается не полностью. Десна гиперемирована и отечна, слюна вязкая, зубы покрыты большим количеством мягкого налета. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной – 5,0.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР.

Вопрос 2. Определите сопутствующую патологию.

Вопрос 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Вопрос 4. Составьте план комплексного лечения и профилактики поражения СОПР

Вопрос 5. Составьте гигиеническую программу и подберите оптимальный набор средств гигиены для ребенка с поражением СОПР.

#### Ситуационная задача № 4

Пациент, 12 лет. Жалобы на сухость полости рта. Проходил лечение в стационаре с диагнозом - острая пневмония. Развитие настоящего заболевания: 3 дня назад появилась гиперемия слизистой оболочки, в дальнейшем появились белесоватые пленки на значительных участках спинки языка, слизистой оболочки щек и губ. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфоузлы увеличены, подвижны, болезненны. На гиперемированной слизистой полости рта пленочный налет в области щек, спинки языка, мягкого неба. Налет не снимается ватным тампоном. При насильственном удалении появляется боль.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР.

Вопрос 2. Какие виды лабораторного исследования необходимо использовать?

Вопрос 3. Определите факторы риска возникновения данного поражения СОПР.

Вопрос 4. Составьте план общего и местного лечения.

Вопрос 5. Клиническими симптомами каких заболеваний могут быть частые рецидивы данного поражения СОПР?

#### Ситуационная задача № 5

В поликлинику обратились родители с ребенком 2-лет. Ребенок болен 4 дня. Капризный, вялый, плохо спит, отказывается от еды. Объективно: Температура тела до 39,1°C, имеются все признаки ОРЗ, лимфаденит. Лицо симметрично. На коже приротовой области единичные пузырьные высыпания. В полости рта на слизистой оболочке верхней и нижней губы, спинке языка изъязвления, покрытые сероватой фибриновой пленкой, в количестве, не превышающем 10. Кровоточивость десен III степени, отечность и гипертрофия десневого края.

Вопрос 1. Ваш предварительный диагноз поражения СОПР, с указанием степени тяжести и периода развития данной патологии.

Вопрос 2. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.

Вопрос 3. Составьте план местного лечения данной патологии.

Вопрос 4. Составьте план общего лечения данной патологии.

Вопрос 5. Перечислите показания к назначению противорецидивного лечения.

Ситуационная задача № 6

Ребенок 2,5 лет болен ОГС 5-й день. Очень беспокоен, не контактен. Температура была вначале 38-39, снижалась до 37, но вновь поднималась до 38 вчера вечером. При осмотре – губы отечны, покрыты толстым желтым налетом, из рта – гнилостный запах. Отечная десна почти полностью закрывает коронки 75 и 85 зубов, по краю ее отдельные эрозии. Множественные эрозии, покрытые рыхлым налетом на различных участках слизистой рта. При медикаментозной обработки – обильное кровотечение. Какое осложнение ОГС можно предположить? Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 7

Ребенку 8 лет, поставлен диагноз – хронический кандидоз средней степени тяжести. Ребенок болел ревматизмом и длительное время лечился антибиотиками и кортикостероидами. Ваша тактика. Назначьте общее и местное лечение кандидоза.

Ситуационная задача № 8

На основании жалоб и осмотра ребенку 6 лет поставили диагноз – тяжелая форма кандидоза, хроническое течение. Ребенок страдает сахарным диабетом. Дообследуйте ребенка и назначьте лечение.

Ситуационная задача № 9

Проведите лечение ребенка 10 лет с хроническим кандидозом. Поражение захватывает слизистую оболочку полости рта и имеются высыпания на коже. Назначьте общее, местное и физиотерапевтическое лечение ребенку 8 лет с микотическими заедами.

Ситуационная задача № 10

При лечении зубов в школе врач обнаружил у мальчика 13 лет, что слизистая оболочка щек белесоватая, при пальпации шероховатая, безболезненная. Прием любой пищи болей не вызывает. Какой диагноз можно предположить. Ваше лечение.

Ситуационная задача № 11

У ребенка 1,5 месяцев неделю назад прорезались 71, 81 зубы, накануне при кормлении мать заметила кровь на губах ребенка. На нижней поверхности кончика языка эрозия, окружающая слизистая не гиперемирована. Диагноз, план лечения.

Ситуационная задача № 12

Мальчик 10 лет выпил 2 глотка жидкости, оставленной в стакане. Почувствовал сильную боль во рту и горле. Через два часа был доставлен в больницу. У мальчика осиплый голос, говорит с трудом, слизистая оболочка языка, мягкого неба, зева отечны, гиперемированы. Что важно выявить при обследовании? Какие неотложные мероприятия нужно провести? С какими специалистами необходимо проконсультироваться?

Ситуационная задача № 13

Мать с ребенком 1,5 лет обратилась в поликлинику на третий день от начала болезни ребенка. Высыпания появились накануне, температура тела до 38,3, отказ от пищи, плохой сон, беспокойное поведение. На красной кайме верхней губы несколько пузырьков с прозрачным содержимым. Катаральный гингивит. Отдельные и сливающиеся эрозии на языке, слизистой губ и щек. Диагноз. План лечения.

Ситуационная задача № 14

В доме ребенка в группе детей от 1,5 до 2 лет несколько случаев ОГС. Какие мероприятия Вы проведете сами? Каких специалистов Вы привлечете? Какие рекомендации дадите по лечению заболевших детей и по уходу за детьми, бывшими в контакте с заболевшими?

**Раздел 9. Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией, аллергией**

Ситуационная задача № 1

Ребенку 7 лет. Предъявляет жалобы на появление во рту болезненной «язвочки». Из

анамнеза: элемент поражения появился вчера; высыпания во рту возникали неоднократно, к стоматологу не обращались, лечились самостоятельно, смазывая полость рта маслом облепихи. Ребенок состоит на диспансерном учете по поводу дискинезии желчевыводящих путей, в последние дни отмечает боль в животе. Объективно: на переходной складке в области зуба 53 имеется эрозия с ровными краями, размером 5 - 8 мм, на отечном и гиперемированном основании слизистой оболочки. Слизистая оболочка других отделов полости рта не изменена, прикосновение к эрозии тампоном резко болезненно.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Обследуйте ребенка.

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 2

Ребенку 13 лет. Жалуется на недомогание, разбитость, боли в мышцах и суставах, повышенную температуру тела, болезненные высыпания в полости рта, на красной кайме губ, коже рук. В анамнезе: в течение 3 дней ребенок принимал антибиотики по поводу ОРВИ, температура снизилась до 37С, а затем повысилась до 38С. Объективно: на коже кистей рук и предплечий пятна, синюшно-красные папулы и пузыри с западением в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками, слизистая оболочка полости рта гиперемирована, на слизистой оболочке губ, дна полости рта до 10 пузырей и эрозий диаметром 0,5–1 см.

Вопрос 1. Выскажите предположение о диагнозе.

Вопрос 2. Консультация каких специалистов понадобится?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 3

Ребенку 12 лет. Предъявляет жалобы на общее недомогание, головную боль, температуру тела 39С, резкую болезненность во рту. Заболел внезапно, после переохлаждения. На следующий день состояние ухудшилось, ребенок стал вялым, отказался от еды, появились высыпания на коже и во рту. Из анамнеза: год назад осенью было повышение температуры и высыпания на руках в виде пятен с западением в центре. Болеет хроническим тонзиллитом, зубы лечить боится. Объективно: на коже лица, кистей рук, предплечий синюшно-красные пузыри с западением в центре, красные пятна и папулы. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корками, рот открывает с трудом, на гиперемированной и отечной слизистой оболочке полости рта обширные эрозии, покрытые фибринозным налетом. Геморрагические корки на видимой слизистой носа, конъюнктивы глаз гиперемирована.

Вопрос 1. Выскажите предположение о диагнозе.

Вопрос 2. Консультация каких специалистов понадобится?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 4

Ребенку 9 лет. Заболел сутки назад, когда поднялась температура до 38С, появилась головная боль, слабость. Прием этазола и аспирина резко ухудшил состояние: внезапно температура повысилась до 40?С, ребенок стал вялым, сонливым, адинамичным. На фоне тяжелого общего состояния на коже появились крупные эритематозные пятна и пузыри. Объективно: на всей поверхности кожи — множественные пузыри, наполненные серозно-геморрагическим экссудатом, вскрытие которых привело к образованию сплошных эрозивных поверхностей, напоминающих диффузный ожог II степени. Симптомы Никольского положительны. На красной кайме губ сплошные кровянистые корки и пузыри, открывание рта ограничено. Слизистая оболочка щек, губ, дна полости рта, языка покрыта кровоточащими, резко болезненными эрозиями с остатками стенок пузырей.

Аналогичная клиническая картина выявлена в области слизистых оболочек половых органов, конъюнктивы глаз, носа.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Окажите неотложную помощь.

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 5

Ребенку 5 лет. Вчера появились жалобы на зуд, жжение, сухость и острую боль во рту, усиливающуюся при приеме пищи и открывании рта. Из анамнеза: по поводу простудного заболевания в течение 5 дней принимал бисептол, кашель и насморк уменьшились, температура тела нормализовалась. Объективно: слизистая полости рта умеренно гиперемирована и отечна, на твердом небе пузырь размером 1-1 см, на спинке языка эрозия неправильных очертаний размером 1-1,3 см, губы отечные, ярко-красные, болезненные при дотрагивании.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Какие сведения Вам нужны для диагностики?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 6

Ребенку 12 лет, лечится у ортодонта. Жалобы на чувство жжения слизистой оболочки полости рта после замены ортодонтического аппарата. Объективно: на верхней челюсти пластинка с вестибулярной дугой и расширяющим винтом. Слизистая нёба соответственно контурам пластинки гиперемирована, умеренно отечна. В других отделах рта слизистая оболочка без патологических изменений.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Какие сведения Вам нужны для диагностики?

Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 4. Определите план комплексного лечения.

#### Ситуационная задача № 7

К врачу поликлиники обратился пациент Д. 16 лет с жалобами на боль в горле, повышение температуры, сыпь на коже. Болен 5 дней. Принимал аспирин, без эффекта. Эпидемиологический анамнез – часто бывает в поездках по стране и за рубежом. Не работает и не учится. При осмотре: состояние удовлетворительное. Пониженного питания, голос высокого тембра, поведение манерное. На коже туловища, больше на боковых отделах грудной клетки, необильная и неявная пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая полости рта слегка гиперемирована и отечна. Пальпируются лимфатические узлы: затылочные, шейные, подмышечные, локтевые размером до 0,8-1 см. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Дизурических и менингеальных явлений нет. Поставлен диагноз «ОРЗ, лекарственная болезнь». Назначены десенсибилизирующие препараты.

Вопрос 1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения о диагнозе?

Вопрос 2. Имеет ли значение оценка внешнего вида больного?

Вопрос 3. Проведите дифференциальный диагноз.

Вопрос 4. Наметьте план обследования.

Ответ 1. Возможно диагноз поставлен правильно. Но описанная симптоматика характерна и для стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции.

Ответ 2. При диагностировании инфекции ВИЧ врач должен учитывать помимо клинических симптомов и внешние данные: манеру поведения, социальное положение и т. д., которые могут указывать на принадлежность больного к группе повышенного риска заражения.

Ответ 3. В данном случае необходимо исключить аденовирусную инфекцию, инфекционный мононуклеоз, краснуху, иерсиниоз, сифилис.

Ответ 4. Необходимо исследовать кровь на антитела к ВИЧ, иерсиниям, вирусу Эпштейна-Барр. Обязательно исследование на реакцию Вассермана, которая назначается всем больным при подозрении на ВИЧ-инфекцию.

#### Ситуационная задача № 8

Пациент В. 18 лет. Неоднократно обращался к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 37,5 С в течение месяца. Ставили диагнозы «ОРЗ», «ангина», «тифо-паратифозное заболевание», исключали пневмонию. Лечился различными антибиотиками, без эффекта. Вызвал профессора-консультанта на дом. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один в отдельной квартире. 6 месяцев назад был в Америке. При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет. Увеличение шейных лимфатических узлов до размера 1-1,5 см. Миндалины увеличены. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована и отечна, с участками творожистых наложений. Пульс 80 уд/мин., АД 130/90 мм. рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5-2 см из-под края реберной дуги. Селезенка нечетко пальпируется. Дизурических, менингеальных явлений нет. Общий анализ крови: лейкоцитов  $11 \cdot 10^9$ /л, эоз.-1, п/я-10, с/я-20, лимф.-60, мон.-9, СОЭ-15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров. Реакция Видаля и РНГА с сальмонеллезным комплексным диагностикумом отрицательные. Роста микрофлоры при посеве крови на желчный бульон нет.

Вопрос 1. Ваши предположения о диагнозе?

Вопрос 2. Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез?

Вопрос 3. Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.

Вопрос 4. Назначьте план обследования.

Ответ 1. «Инфекция ВИЧ в стадии вторичных заболеваний» - на основании слабости, длительности заболевания, кандидоза слизистой полости рта, лимфаденопатии, длительной лихорадки, отсутствия эффекта от антибиотиков, наличия мононуклеозоподобного синдрома в возрасте, не свойственном этому заболеванию.

Ответ 2. Эпидемиологический анамнез собран недостаточно. Необходимы сведения о сексуальных контактах, парентеральных вмешательствах.

Ответ 3. Данных за брюшной тиф нет, хотя некоторые основания для постановки этого диагноза имелись: длительная лихорадка, вздутие живота, запоры, обложенный утолщенный язык, увеличение печени.

Ответ 4. Развернутый анализ крови, кровь на антитела к ВИЧ, кровь на реакцию Вассермана. Исследование мокроты на пневмоцисты и ВК, соскоб со слизистой полости рта на грибы, посев крови на стерильность, рентгенография грудной клетки, иммунный статус.

#### Ситуационная задача № 9

Пациент Р. 16 лет. Обратился к врачу поликлиник в связи с обнаружением увеличенных лимфатических узлов на шее. О давности этого заболевания сообщить не может. Температура тела нормальная. Объективно: состояние удовлетворительное. Передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см. Подмышечные – до 1,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные. Следы множественных инъекций на руках. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Увеличение внутренних лимфатических узлов не обнаружено (УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки).

Вопрос 1. Что можно предполагать?

Вопрос 2. Наметьте план обследования.

Вопрос 3. Тактика ведения больного в случае выявления антител к ВИЧ в ИФА.

Вопрос 4. Рекомендации в отношении поведения больного в быту.

1. «Инфекция ВИЧ, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии» --на основании увеличения лимфатических узлов в трех группах размером более 1 см, а также подозрения на наркоманию.

Ответ 2. Развернутый клинический анализ крови (исключить заболевание крови), кровь на антитела к ВИЧ, кровь на РВ, кровь на хламидиоз.

Ответ 3. Ввиду возможности ложноположительной реакции выявление антител к ВИЧ в ИФА требует обязательного исследования крови в иммунном блоте, которое является достоверным подтверждением диагноза.

Ответ 4. При подтверждении диагноза больной информируется о необходимости соблюдения ряда правил во избежание распространения инфекции: обязательное предупреждение половых партнеров, применение презервативов при сексуальном контакте, о риске рождения инфицированного ребенка, о наличии индивидуальных предметов личного пользования- столовая посуда, зубная щетка, бритва и пр. Больной должен извещать о своем заболевании медицинских работников при обращении за помощью и при сдаче крови. При несоблюдении этих правил больной несет уголовную ответственность (указ Президиума Верховного Совета СССР от 25. 07. 87 г.).

## **Раздел 10. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях различных органов и систем. Заболевания губ и языка у детей**

### **Ситуационные задачи № 1**

В гематологический стационар врач - стоматолог приглашен на консультацию ребенка 8 лет. Ребенок проходит курс лечения по поводу острого лимфобластного лейкоза. Жалобы на повышение температуры тела до 37,9-38,3С, отсутствие аппетита. Объективно: кожа лица бледная, чистая. Красная кайма губ сухая, в углах рта белесоватые чешуйки. Подчелюстные лимфоузлы 0,5 см, безболезненные при пальпации. На слизистой оболочке губ, щек, языка плотные бляшки с кожистым рельефом, буро-коричневого цвета. Очаги имеют вид клякс и многоугольников. Налет удаляется с трудом, из обнажившихся эрозий обнаруживается кровотечение. Зубы покрыты мягким налетом.

Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика данной патологии

Вопрос 3. Составьте план стоматологического лечения.

Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

### **Ситуационные задачи № 2**

Для профилактического осмотра к стоматологу обратился мальчик 6 лет. Ребенок болен гемофилией А. Объективно: ребенок бледен. При осмотре твердых тканей зуба диагностировано: кпу = 4 (7.4 – хронический фиброзный пульпит, 8.5 – хронический гранулирующий периодонтит (пальпируется участок деструкции костной ткани в области проекции корней), 5.4 – кариес дентина, гипертрофия десневого сосочка). ИГ = 2,0 (по Силнес – Лоу).

Вопрос 1. Составьте план стоматологической помощи.

Вопрос 2. Чем определяется тактика стоматолога?

Вопрос 3. Ваши действия при уровне 8 фактора 3% от нормы, 10%

Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.

Вопрос 5. Ваш прогноз.

### **Ситуационные задачи № 3**

Старшая сестра привела мальчика семи лет «поставить пломбу». Стоматологическая карточка утеряна. Ребенок отстаёт в физическом развитии, насторожен. При попытке препарировать кариозную полость в зубе 85, леченном год назад по поводу хронического пульпита (зуб розового цвета), наступил резкий цианоз кожи, развилось обморочное состояние. Вызванная из коридора сестра сообщила, что у мальчика тетрада Фалло.

- Вопрос 1. Сформулируйте диагноз.
- Вопрос 2. Какой должна быть тактика стоматолога?
- Вопрос 3. Дифференциальная диагностика данной патологии
- Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.
- Вопрос 5. Составьте план стоматологического лечения.

#### Ситуационные задачи № 4

Мальчик 9 лет явился для санации полости рта. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза: лечил зубы в стационаре, где месяц тому назад проходил курс лечения по поводу пневмонии. Врач-стоматолог стационара рекомендовал продолжить лечение зуба через месяц. Временная пломба из зуба 4.6 выпала, зуб не беспокоит. Со слов ребенка, в палате был карантин по поводу какой-то инфекции. При осмотре: ребенок вялый, бледный. СОПР ярко-красная, блестящая, со стороны мягкого неба с желтушным оттенком. Зуб 3.6: на окклюзионной поверхности глубокая кариозная полость, дентин темный, плотный. Зондирование дна кариозной полости безболезненно, перкуссия зуба безболезненна. ЭОД 3.6 = 70 мкА, 4.6 = 40 мкА.

- Вопрос 1. Составьте план стоматологической помощи.
- Вопрос 2. Чем определяется тактика стоматолога?
- Вопрос 3. Чем можно объяснить особенности общего и местного статуса ребенка?
- Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.
- Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационные задачи № 5

Стоматолога пригласили в гематологический стационар для консультации ребенка 10 лет, находящегося на лечении по поводу острого миелолейкоза. На момент осмотра ребенок проходил курс химиотерапии. Жалобы на изменение вкуса и боль в области щек, губ и языка. При осмотре на слизистой губ, щек и языка определяются белые плоские непрозрачные пленки с блестящей поверхностью в форме лент, овалов, они четко контурированы на гиперемизированной слизистой, легко отслаиваются при потягивании за край, обнажая рыхлую сочную ткань. Затруднен прием пищи и питья.

- Вопрос 1. Чем можно объяснить особенности местного статуса ребенка?
- Вопрос 2. Чем определяется тактика стоматолога?
- Вопрос 3. Составьте план стоматологического лечения.
- Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.
- Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационные задачи № 6

На приеме ребенок 6 лет. Мама отметила кровоточивость при чистке зубов, а также жалобы на боль во всех зубах при приеме пищи. Жалобы появились около недели назад. Также отмечает повышенную утомляемость, сонливость, отказ от пищи, дважды за прошедшую неделю были носовые кровотечения. Объективно: Слизистая полости рта бледно-розовая, с множественными петехиями, язык чуть обложен, десна в области всех зубов гиперемизирована, отечна, наиболее выражен отек десны с оральной поверхности. Лимфоузлы пальпируются до 1 см в диаметре - подвижные, слегка болезненные, увеличенные лимфоузлы пальпируются в подчелюстной, под подбородочной, шейной, затылочной областях.

- Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?
- Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?
- Вопрос 3. Составьте план стоматологического лечения.
- Вопрос 4. Составьте план профилактических мероприятий.
- Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационные задачи № 7

Девочка 12 лет жалуется на боль в области зуба 3.3 при приеме пищи в течение трех дней. Из анамнеза: каждые 5-6 недель в полости рта появляются единичные афты.

Мать отмечает, что у девочки плохой аппетит, она часто жалуется на кислый вкус во рту, иногда – боли в животе. Объективно: губы сухие, с трещинами; язык обложен серым налетом, OHIS = 2,0; РМА = 30%, КПУ = 6. На бледной слизистой оболочке преддверия полости рта, в области проекции корня зуба 3.3 определяется эрозия, округлой формы, с венчиком гиперемии (3 мм в диаметре). Маргинальный периодонт в области всех зубов отечен, умеренно гиперемирован.

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологического лечения.

Вопрос 5. Составьте план профилактических мероприятий.

#### Ситуационные задачи № 8

На приеме у стоматолога ребенок 8 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 84. Объективно: Лицо и шея симметричны, подчелюстные лимфоузлы до 0,5 см безболезненны, подвижны, не спаяны с окружающими тканями. Окраска кожных покровов чуть желтоватая, кожа сухая. В полости рта: отмечается гиперемия слизистой оболочки десны, иктеричность мягкого неба и сосудистые звездочки, по всей слизистой полости рта. В 84 глубокая кариозная полость на окклюзионно-дистальной поверхности, дно плотное, зондирование безболезненное, подвижность зуба 2 степени.

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологического лечения.

Вопрос 5. Составьте план профилактических мероприятий.

#### Ситуационные задачи № 9

Девочка 9 лет явилась для санации полости рта в стоматологический кабинет стационара. Из анамнеза: с 5 лет находится на диспансерном наблюдении у нефролога по поводу хронического пиелонефрита, рецидивирующая форма. Объективно: кожа лица бледная, сухая. Красная кайма губ сухая, чешуйки. Подчелюстные лимфоузлы 0,5см, безболезненные при пальпации. Слизистая оболочка полости рта бледная, нитевидные сосочки языка сглажены, гипертрофия грибовидных сосочков. КПУ + кпу = 8 (К = 2, к = 2). На фронтальных зубах верхней и нижней челюстей плотно фиксированный налет темно-коричневого цвета в виде узкой полоски вдоль десневого края. Имеются кариозные полости в зубах 16, 26, 75 и 85, дентин на стенках кариозных полостей окрашен в коричневый цвет. OHIS = 1,5; РМА = 30%.

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологической помощи.

Вопрос 5. Составьте план профилактических мероприятий.

#### Ситуационные задачи № 10

Ребенок 6 лет находится на стационарном лечении в нефрологическом отделении. Страдает хронической почечной недостаточностью. Проходит курс гемодиализа. Жалобы на боли и припухлость десны в области зуба 54, сухость во рту. Объективно: веки пастозны, кожа лица бледная, с землистым оттенком. Слизистая оболочка полости рта бледная, отечная, имеются отпечатки зубов в области щек и языка по линии смыкания зубов. В зубе 54 имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненно. Десна в области зуба 54 гиперемирована, отечна, болезненна. Подвижность зуба 54 2 степени. Слюна вязкая. КПУ + кпу = 7. ИГ = 2,5

(Силнес-Лоу). Тромбоциты  $40000 \times 10^9/\text{л}$

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологической помощи.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта при проведении гемодиализа.

#### Ситуационные задачи № 11

Ребенок 5 лет, оперирован по поводу рака щитовидной железы и прошел курс радиойодтерапии 3 месяца назад. Явился для санации полости рта. Объективно: кожа лица бледная, слизистая оболочка полости рта бледно-розовая. Слюна вязкая, кпу=3+4+1, гигиена полости рта 2, 5 (PLI).

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологической помощи.

Вопрос 5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

#### Ситуационные задачи № 12

На приеме у стоматолога ребенок 12 лет. Жалобы на кровоточивость десен в области всех зубов, сухость губ и болезненные трещины в углах рта, на наличие кариозной полости в зубе 36. Мама отметила, что в последнее время ребенок быстро утомляется и много пьет. Объективно: лицо и шея симметричны, подчелюстные лимфоузлы не пальпируются, кожа лица бледная. В полости рта: гигиена неудовлетворительная, маргинальный периодонт (десневые сосочки) в области всех зубов отечны, гиперемированы, Валикообразное утолщение десны в боковых отделах. Губы сухие, покрыты корочками, в углах рта трещины. На жевательной поверхности 36 глубокая кариозная полость, зондирование дна и стенок безболезненно, имеется сообщение с полостью зуба. На R-грамме 36: кариозная полость сообщающаяся с полостью зуба, периапикальный очаг деструкции костной ткани до 2 мм с нечеткими, резкая убыль альвеолярного гребня, порозность костной ткани альвеолярного ГРЕБНЯ. КПУ=3+5+0, ОНI-S=2,5.

Вопрос 1. Какую патологию можно предположить в данной клинической ситуации?

Вопрос 2. Какова тактика врача-стоматолога?

Вопрос 3. С чем могут быть связаны особенности стоматологического статуса ребенка?

Вопрос 4. Составьте план стоматологической помощи.

Вопрос 5. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

**Раздел 11.** Возрастные особенности строения пародонта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания пародонта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта

#### Ситуационная задача № 1

Мальчик 15 лет обратился с жалобами на боли в полости рта во время приема пищи, жжение, кровоточивость десен. Из анамнеза выявлено, что четыре дня назад появились боли в горле при глотании, а также сухость во рту, жжение, боль в десне. При внешнем осмотре определяется укорочение средней трети лица, верхняя губа укорочена, носогубные складки выражены.

При объективном обследовании наблюдается: бледность кожных покровов, нарушение общего состояния ребенка, повышение температуры тела -  $37,8^{\circ}\text{C}$ . На 23,24,25,26,27,33,34,35,36,37 зубах верхней и нижней челюсти отложения зубного налета

и зубного камня. Межзубные десневые сосочки и краевая часть десны в области 23,24,25,26,27,33,34,35,36,37 зубов гиперемированы, отечны, изъязвлены, покрыты некротическим налетом, отмечается неприятный запах изо рта. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны, с подлежащими тканями не спаяны.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз патологии пародонта (МКБ-10).

Вопрос 2. Укажите виды микрофлоры, доминирующие при данной патологии?

Вопрос 3. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии

Вопрос 4. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 5. Дифференциальная диагностика данной патологии.

#### Ситуационная задача № 2

В поликлинику обратился пациент Б., 15 лет с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость при чистке зубов и приеме твердой пищи. Впервые жалобы появились 2,5 года назад. За пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки стоматологического статуса выявлен хронический гипертрофический гингивит 1–2 степени, отёчной формы на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. Диагностированы среднее преддверие полости рта (7–9 мм) и ортогнатический прикус.



Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.

Вопрос 2. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 3. Укажите местные факторы, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос 4. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии

Вопрос 5. Дифференциальная диагностика данной патологии.

#### Ситуационная задача № 3

В поликлинику обратился пациент А., 14 лет с жалобами на разрастание десны в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, болезненность и кровоточивость при чистке зубов и приёме твердой пищи, ранее за пародонтологической помощью не обращался. В результате оценки статуса гипертрофии пациента А. выявлен хронический гипертрофический гингивит 1, 2, 3 степени тяжести, отёчной формы, на вестибулярной поверхности зубов, с локализацией во втором и пятом сегментах. В результате комплексного обследования выявлено мелкое преддверие полости рта (3–5 мм), вертикальная резцовая дизокклюзия, тесное положение и аномалии положения отдельных зубов.



Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.

- Вопрос 2. Укажите общие факторы, способствующие развитию данной патологии.  
 Вопрос 3. Укажите местные факторы, способствующие развитию данной патологии.  
 Вопрос 4. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии  
 Вопрос 5. Дифференциальная диагностика данной патологии.

#### Ситуационная задача № 4

В поликлинику обратился пациент Б. (8 лет) с жалобами на подвижность 21 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате сбора анамнеза выявлено, что пациент ранее за пародонтологической помощью не обращался. При осмотре выявлена дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия на фоне мелкого преддверия полости рта. В результате определения статуса рецессии пациента Б. выявлена рецессия десны I класса по Миллеру в области 21 зуба. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина – 6 мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 1 мм.



- Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.  
 Вопрос 2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.  
 Вопрос 3. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии  
 Вопрос 4. Дифференциальная диагностика данной патологии.  
 Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 5

В поликлинику обратилась пациентка Я., 16 лет с жалобами на эстетическую неудовлетворенность – оголение в области 31, 41 зубов. Пациентка находилась на ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники в другом лечебном учреждении, где год назад была проведена операция по поводу углубления преддверия полости рта. При осмотре выявлена прямая резцовая окклюзия, выраженные тяжи в области пятого сегмента – результат неудачно проведенной ранее вестибулопластики. При оценке статуса рецессии выявлена рецессия десны III Б класса по Миллеру в области 31, 41 зубов. Глубина рецессии составила 4 мм, ширина рецессии – 4мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5мм, определен тонкий десневой биотип.



- Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.  
 Вопрос 2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.  
 Вопрос 3. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии  
 Вопрос 4. Дифференциальная диагностика данной патологии.  
 Вопрос 5. Ваш прогноз.

#### Ситуационная задача № 6

В поликлинику обратился пациент П., 16 лет с жалобами на подвижность 41 зуба, эстетическую неудовлетворенность и возможность ортодонтического лечения. В результате оценки пародонтологического статуса пациента П. (16 лет) выявлена рецессия

десны II класса по Миллеру в области 42 зуба, осложненная хроническим локализованным пародонтитом, на фоне трансверзальной резцовой и глубокой резцовой окклюзии. Глубина рецессии составила 5 мм, ширина рецессии – 4мм, зона прикрепленной кератинизированной десны – 0,5мм, определен тонкий десневой биотип.



В план лечения данного пациента вошло обучение индивидуальной гигиене полости рта; проведение профессиональной гигиены; определение сроков и методики вестибулопластики; назначение адекватного ортодонтического лечения, с применением несъемной самолигирующей техники. Однако, в процессе лечения, родителями пациента не было дано согласие на проведение хирургического этапа – вестибулопластики. В результате чего был диагностирован полный вывих 42 зуба.



- Вопрос 1. Укажите морфологические признаки, характерные для данной патологии.
- Вопрос 2. Укажите факторы, способствующие развитию данной патологии.
- Вопрос 3. Укажите методы диагностики, используемые при данной патологии
- Вопрос 4. Дифференциальная диагностика данной патологии.
- Вопрос 5. Ваш прогноз.

## Раздел 12. Особенности лечения заболеваний пародонта у детей. Принципы диспансеризации

### Ситуационная задача № 1.

В клинику обратился пациент С., 13 лет, с жалобами на разрастание десны. Боль и кровоточивость при приеме пищи, чистке зубов.

Объективно: гипертрофия десневого края в области зубов верхней и нижней челюсти, скученность зубов. Гигиена полости рта неудовлетворительная.



1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести.
3. Назовите возможные причины развития данной патологии у данного пациента.
4. Представьте ориентировочный план лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит тяжелой степени (отечная форма).
2. Рентгенологическое исследование (ортопантомограмма), общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, анализ крови на гормоны, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, определение концентрации иммуноглобулинов, количества Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови.
3. Неудовлетворительная гигиена полости рта, ортодонтическая патология, возможное наличие общесоматической патологии (эндокринологические нарушения, сахарный диабет, иммунодефицит, ВИЧ-инфекция).
4. Обучение гигиене полости рта с подбором средств гигиены, профессиональная гигиена полости рта, проведение местной противовоспалительной терапии, с использованием пародонтальных повязок, операция гингивэктомии с четким соблюдением архитектоники десневого края, ортодонтическое лечение после стихания воспалительных явлений.

#### Ситуационная задача № 2

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на некрасивые десны. Анамнез: девочка родилась в срок. Вскармливание искусственное. В детстве часто болела (грипп, ОРЗ, корь). Вредная привычка: ротовое дыхание. Болей при еде и кровоточивости десен не отмечается.

При внешнем осмотре: Отмечается не смыкание губ, рот полуоткрыт. Верхняя губа приподнята. Объективно: десневой край гипертрофирован до 1/3 коронок зубов, деформирован. Десневые сосочки гиперемированы и отечны. Определяется над десневой зубной камень, ложный пародонтальный карман. Кровоточивость II степени. РМА 80%. СРITN – 1; ИГ 1,0. Тесное положение фронтальных зубов. Дистальная окклюзия. Мелкое преддверие полости рта. Укорочение уздечки языка.

Вопрос 1. Поставьте предварительный диагноз патологии пародонта (МКБ-10).

Вопрос 2. Дифференциальная диагностика данной патологии.

Вопрос 3. Причины, вызывающие данную патологию.

Вопрос 4. Принципы лечения данной патологии.

Вопрос 5. Перечислите признаки интактного пародонта.

#### Ситуационная задача № 3.

Мальчик 10-ти лет обратился с жалобами на кровоточивость десен. При обследовании установлено – десна в области всех зубов на обеих челюстях вишневого цвета, резко кровоточит. Десневые сосочки увеличены и закрывают коронки зубов на 1/3. поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

#### Ситуационная задача № 4.

Девочка 8 лет обратилась с жалобами на неприятные ощущения в области нижних вторых молочных моляров с обеих сторон. При обследовании установлено изъязвление десневого края и обнажение шеек указанных зубов, подвижность I степени. Десна покрыта налетом. На рентгенограмме в области вторых молочных моляров нижней челюсти – очаг деструкции овальной формы. Поставьте диагноз, дообследуйте ребенка.

#### Ситуационная задача № 5.

Пациент М., 18-ти лет обратился с жалобами на разрастания десны в области 4.5 зуба. Припухлость и разрастание десны появилась более 2-х месяцев назад. Объективно – на апроксимальной поверхности 4.4, 4.5 зубов кариозные полости, межзубной контакт нарушен. Десневой сосочек увеличен в объеме и на 1/3 коронки покрывает зуб. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### Ситуационная задача № 6.

Пациент обратился с жалобами на боль и кровоточивость десен, усиливающуюся при еде, заболел 3 дня назад.

Объективно – большой бледен; температура 38С, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижные, маргинальная десна в области 4.8, 4.7, 4.6, 4.5,

4.4, 4.3 изъязвлена, покрыта некротическим налетом. Полость рта не санирована.

Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 7.

Пациент К., 16-ти лет, обратилась с жалобами на боль в деснах, чувство жжения во рту; кровоточивость десны при чистке зубов, еде, головную боль, температуру до 37,8 С. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 8.

Пациент А., страдает хроническим катаральным гингивитом. При обследовании обнаружен сильно выраженная уздечка нижней губы. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной – 2,9, обильный мягкий налет на зубах. Больная страдает хроническим тонзиллитом. Составьте план лечения, профилактические мероприятия.

Ситуационная задача № 9.

Ребенок 14-ти лет жалуется на чувствительность зубов нижней челюсти к термическим раздражителям в течении года. При обследовании установлено – слизистая оболочка десен в области фронтальных зубов бледная, шейки зубов обнажены. Уздечка нижней губы прикреплена высоко. Дообследуйте ребенка, поставьте диагноз.

#### Критерии оценки решения ситуационных задач:

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

Оценка «**хорошо**» – студент 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**» – студент 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**» – студент 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.

#### Критерии оценки решения ситуационных задач

Критерий/ оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ( $\frac{2}{3}$ ) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

#### Комплект тестовых заданий

**Раздел 8.** Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей.  
Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях

1. Назовите первичные элементы поражения СОПР:
  1. +пятно, волдырь, афта, узел
  2. эрозия, узелок, атрофия, пузырь
  3. бугорок, гнойничок, опухоль, киста
  4. рубец, пятно, вегетация
  5. волдырь, бугорок, рубец, корка
2. Элемент поражения в полости рта у детей после химического ожога в пределах эпителия:
  1. декубитальная язва
  2. +травматическая эрозия
  3. папула
  4. пузырь
3. Элементы поражения на СОПР у детей при ОГС:
  1. +афты
  2. язвы
  3. узелки
  4. рубцы
4. Элементы поражения на СОПР у детей при герпангине:
  1. трещина
  2. +эрозия
  3. корочка
5. Элементы поражения на СОПР у детей при ХРАС:
  1. множественные пузырьковые высыпания
  2. острый катаральный гингивит
  3. +единичные эрозии округлой или овальной формы
  4. пузырь на разных участках СОПР
  5. эрозии с фестончатыми краями на гиперемизованном фоне
6. Элементы поражения на СОПР у детей при молочнице:
  1. афты
  2. +творожистый налет на фоне гиперемизованной СОПР
  3. узелки
  4. бляшки
7. Элементы поражения на СОПР у детей характерные для МЭЭ:
  1. пузырь
  2. папула
  3. эрозия
  4. +сочетание нескольких элементов
8. Элемент поражения, характерный для пузырчатки:
  1. пятно
  2. +пузырь
  3. афта
  4. эрозия
9. При кандидомикозах в соскобах обнаруживают:
  1. +большое количество мицелия, почкующиеся клетки
  2. гигантские клетки эпителия
  3. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:
  4. +папулы округлой формы или овальной формы
  5. гнойные корки на губах
  6. афты, сливающиеся эрозии
10. Для двухлетнего возраста наиболее типично следующее заболевание СОПР:
  1. +ОГС
  2. кандидоз

3. афта Беднара
  4. хейлит
  5. атрофический гингивит
11. Для периода школьного возраста типично:
1. ОГС
  2. МЭЭ
  3. афта Беднара
  4. +герпангина
  5. ни одно из перечисленных
12. Наиболее типично для старшего школьного возраста:
1. ОГС
  2. атрофический гингивит
  3. +катаральный гингивит
  4. афта Беднара
  5. ни одно из перечисленных
13. ОГС – это:
1. повреждение СОПР
  2. +заболевание СОПР
  3. изменение СОПР
  4. ОРЗ
  5. рецидивирующее заболевание СОПР
14. Причиной ОГС является:
1. +вирус простого герпеса
  2. вирусно – микробные ассоциации в полости рта
  3. микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма:
15. Возбудителем герпангины являются:
1. вирус простого герпеса
  2. +вирус Коксаки, ЕСНО
  3. гемолитический стрептококк
16. Ведущую роль в патогенезе ОГС сыграл:
1. контакт с больным ребенком
  2. снижение уровня иммунитета
  3. переохлаждение
  4. недавно перенесенное ОРЗ
  5. +все перечисленное выше
17. Длительность существования афты при ОГС:
1. 5 дней
  2. +7-10 дней
  3. 15 дней
  4. более 10 дней
  5. от 15 до 40 дней
18. После заживления афты остается:
1. остается гладкий рубец
  2. остается деформирующий рубец
  3. остается рубцовая атрофия
  4. +СОПР остается без изменений
  5. все перечисленное
19. Для легкой формы ОГС характерно:
1. +повышенная температура тела
  2. +гингивит
  3. +единичные афты

4. все перечисленные симптомы
  5. лимфаденит
20. Для тяжелой формы ОГС характерно:
1. лимфаденит
  2. повышенная температура тела
  3. гингивит
  4. многочисленные афты
  5. +все перечисленные симптомы
21. Диф. диагностическим признаком ОГС и герпангины является:
1. отсутствие явлений катарального гингивита при герпангине
  2. длительность заболевания
  3. характер элементов поражения
  4. +локализация элементов поражения
  5. ни один из названных
22. В период высыпания при ОГС целесообразно применять:
1. щелочные растворы
  2. +противовирусные средства
  3. антибиотики
  4. кератопластические средства
23. Суть противовирусной терапии при ОГС:
1. способствовать быстрой эпителизации элементов поражения
  2. способствовать снижению температурной реакции организма
  3. стимулировать неспецифическую реактивность организма ребенка
  4. +предупредить рецидив высыпания новых элементов поражения
  5. способствовать дезинтоксикации организма
24. При ОГС показаны следующие виды антисептической обработки:
1. орошение полости рта
  2. +обработка ватно – марлевыми валиками
  3. полоскание
  4. все выше перечисленное
  5. ни одно из перечисленных
25. Противовирусные препараты местного действия назначаются:
1. в продромальном периоде
  2. +в первые 4 – 5 дней высыпаний
  3. в период эпителизации и в инкубационном периоде
26. Профилактические меры при приеме больных с ОГС в период высыпаний:
1. специфическая дезинфекция рабочего инструментария
  2. наличие марлевой повязки на лице врача во время приема
  3. кварцевание рабочего кабинета
  4. +все названное
  5. ни одно из названных
27. Прием больных с ОГС должен осуществляться:
1. +в отдельном кабинете
  2. в общем кабинете со специальным набором инструментов
  3. в общем кабинете
  4. ни один из перечисленных
  5. любой из перечисленных
28. В период эпителизации при ОГС целесообразно использовать:
1. +антибиотики
  2. щелочные растворы
  3. противовирусные средства
  4. кератопластические средства

5. не названо
29. Хронизации герпетической инфекции способствует:
  1. заболевания ОГС в определенное время года
  2. возраст ребенка
  3. +состояние иммунной системы
  4. пол ребенка
  5. травма СОПР
30. Укажите средства, рекомендованные для лечения детей с ХРАС:
  1. +ацикловир (табл.), поливитамины, иммуностимуляторы
  2. гамма-глобулин антистафилококковый, аскорутин, преднизолон
  3. аевит, поливитамины, дезоксирибонуклеаза
  4. любой из перечисленных
31. Ритм рецидивов афт в полости рта при тяжелой форме ХРАС:
  1. +ежемесячно
  2. один раз в несколько лет
  3. один раз в квартал
  4. один раз в год
  5. любой из названных
32. Основным фактором при возникновении молочницы у детей грудного возраста является:
  1. +дисбактериоз
  2. нарушение пищеварения
  3. хроническая или острая травма СОПР
  4. гиповитаминоз
  5. ни один из названных
33. При оральном кандидозе целесообразно применять:
  1. сульфаниламидные препараты
  2. кератопластические средства
  3. +противогрибковые средства
  4. противовирусные препараты
34. При молочнице у детей грудного возраста назначают:
  1. мази с антибиотиками
  2. противовирусные мази
  3. +«кандид» - жидкость для обработки полости рта
  4. боракс с глицерином до кормления ребенка
  5. ни одно из этих средств
35. Из противогрибковой группы выпадает лекарственный препарат:
  1. орунгал по схеме
  2. леворин по 200 000 ЕД
  3. +этакридин – лактат 0,05
  4. дифлюкан по схеме
36. Налет при тяжелой форме кандидомикоза:
  1. снимается полностью
  2. +снимается неполностью
37. Для торможения размножения грибов важно создать в полости рта:
  1. кислую среду
  - +2. щелочную среду
  3. нейтральную среду
38. Кандидоз к рецидивированию:
  1. склонен
  2. +не склонен
39. Характерный симптом скарлатины:

1. пятна Бельского – Филатова – Коплика
  2. +пылающий зев
  3. симптом Никольского
  4. гумма
40. Характерным симптомом кори является:
1. малиновый язык
  2. +пятна Бельского – Филатова – Коплика
  3. симптом Никольского
  4. пылающий зев
41. Симптом малинового языка относится:
1. к заболеваниям СОПР
  2. к повреждению СОПР
  3. +к изменению СОПР
  4. к любому из названных
  5. ни к одному из названных
42. Язвенно – некротический гингивостоматит Венсана вызывают:
1. +резкое снижение сопротивляемости организма
  2. наличие кариозных полостей, плохая гигиена полости рта
  3. пубертатный период
  4. наличие фузоспирилярного симбиоза в десневом желобке
  5. применение жесткой зубной щетки
43. При язвенно – некротическом гингивостоматите Венсана целесообразно:
1. удаление только мягкого ЗН
  2. удаление ЗК
  3. удаление некротических участков в области поражения
  4. кюретаж ПК
  5. +применение антипротозойных препаратов и средств, повышающих сопротивляемость организма, гигиена полости рта
  6. все перечисленное
44. Язвенно – некротический гингивостоматит Венсана необходимо дифференцировать:
1. +с острым лейкозом
  2. с туберкулезом
  3. с МЭЭ
  4. с ХРАС
45. Диффузная инфильтрация красной каймы, кожи, углов рта и слизистой оболочки губ для врожденного сифилиса:
1. +характерна
  2. не характерна
46. Эрозирование или изъязвление поверхности папул при врожденном сифилисе у детей наблюдается:
1. часто
  2. +редко
47. Клиническими признаками третичного сифилиса являются:
1. множественные плотные инфильтраты бугоркового характера
  2. одиночные плотные инфильтраты узловатого типа
  3. диффузные плотные и мягкие инфильтраты
  4. +одиночные и множественные плотные инфильтраты с изъязвлениями
  5. мягкие инфильтраты с изъязвлениями
48. Лабораторные исследования для подтверждения диагноза сифилиса:
1. +обязательны
  2. не обязательны
49. Лечение СОПР при сифилисе проводят:

1. в ДСП
  2. +в кожно – венерическом диспансере
50. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы у детей является:
1. увеличение лимфоузлов
  2. запах изо рта
  3. валикообразные края язвы и плотное дно
  4. +резкая болезненность
  5. температура тела
51. Травматическую эрозию кончика языка у ребенка 1 месяца вызывают:
1. средства гигиены полости рта новорожденных
  2. игрушки с острыми гранями
  3. +преждевременно прорезавшиеся зубы
  4. соски, резиновые рожки на бутылочках
52. Гиперемия окружающей травматическую эрозию слизистой оболочки:
1. +выражена
  2. не выражена
53. Хронические заболевания различных органов и систем при травматических эрозиях СОПР:
1. характерны
  2. +не характерны
54. Афты Беднара встречаются:
1. +у детей первых месяцев жизни
  2. у детей 2 – 3 лет
  3. у старших дошкольников
  4. у детей школьного возраста
  5. у подростков
55. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:
1. выбор обезболивающих средств
  2. +устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
  3. применение определенных дезинфицирующих средств
  4. применение определенных кератопластических средств

**Раздел 9. Поражение слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией, аллергией**

1. Клинические формы аллергических поражений СОПР:
  1. ОГС
  2. МЭЭ, пузырьно – сосудистый синдром
  3. +фиксированная эритема, контактный стоматит
  4. синдром Квинке
  5. синдром Шегрена
2. Признаки аллергического поражения СОПР является:
  1. отсутствие продромальных явлений
  2. +появление симптомов во рту после употребления лекарств
  3. наличие эрозий и язв
  4. +положительная накожная проба
  5. +наличие гиперемии и отека
3. При аллергическом поражении СОПР у детей возникает:
  1. ХРАС
  2. красный плоский лишай
  3. катаральный гингивит
 +отек Квинке.
4. Целесообразно при аллергическом поражении СОПР:

1. +назначение внутрь антигистаминных препаратов
  2. +отмена лекарств
  3. назначение нистатина внутрь
  4. назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий
  5. назначение стероидных гормонов
5. Действие врача при аллергическом поражении, вызванном ортодонтической пластинкой:
1. +изъятие пластинки сроком на 2 – 3 недели
  2. покрытие пластинки специальными инертными средствами
  3. назначение противовоспалительных препаратов
  4. замена пластинки
6. Общее лечение аллергического поражения СОПР:
1. устранение аллергена, пипольфен, олететрин, контрикал
  2. устранение аллергена, гистамин, аскорбиновая кислота, преднизолон
  3. устранение аллергена, гистаглобулин, дексаметазон, нистатин
  4. +устранение аллергена, супрастин
  5. преднизолон, ацетилсалициловая кислота, продигозан
7. МЭЭ принято относить к группе следующих заболеваний:
1. инфекционных
  2. аллергических
  3. +инфекционно – аллергических
  4. аллергических
  5. неизвестной этиологии
8. МЭЭ чаще болеют дети:
1. первых месяцев жизни,
  2. 2 – 3 лет
  3. старшие дошкольники
  4. младшего школьного возраста
  5. +старшего школьного возраста
9. Клинические признаки МЭЭ:
1. красная кайма губ и кожа поражаются очень редко
  2. +кровяные массивные корки на красной кайме губ, папулы на коже
  3. округлые или овальные эрозии на слегка гиперемизированном основании
  4. пальпация и обработка элементов поражения безболезненна
10. Цикл существования высыпных элементов при МЭЭ составляет:
1. 1 – 2 недели
  2. +2 – 3 недели
  3. 3 – 4 недели
  4. 2 месяца
  5. 10 дней
11. Зависит ли характер течения МЭЭ от давности заболеваний:
1. да, т.к. проявления болезни становятся менее выраженными
  2. +да, т.к. симптомы заболевания усугубляются
  3. нет, т.к. рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
  4. с течением времени заболевание переходит в аллергию
  5. нет, заболевание течет монотонно
12. Прекратить рецидивы ХРАС и МЭЭ или значительно сократить частоту рецидивов и (или) тяжесть у ребенка 14 лет помогают:
1. антисептические полоскания в период между рецидивами
  2. систематическое применение противовирусных мазей на СОПР
  3. лечение или устранение хирургическим путем хронических очагов инфекции в организме ребенка

4. +курсовое лечение гистоглобулином 1 – 2 раза в год
  5. диетотерапия, антисептическое полоскание в период ремиссии
13. Способствует гипосенсибилизации и улучшает самочувствие больного МЭЭ:
1. курс антибиотиков широкого спектра действия
  2. противовирусные препараты внутрь и местно
  3. +внутривенное введение тиосульфата натрия
  4. растворы натрия салицилата в возрастной дозировке
  5. поливитамины в капсулах и таблетках

**Раздел 10.** Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях различных органов и систем. Заболевания губ и языка у детей

1. Географический язык это:
  1. воспаление слизистой оболочки языка
  2. +вариант нормального строения языка
2. Варианты нормального строения языка представлены:
  1. +складчатым языком
  2. волосатым языком
  3. +географическим языком
3. Географический язык и черный волосатый язык протекает:
  1. остро
  2. +хронически
4. Географический язык характеризуется клиническими признаками:
  1. нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличены в размере
  2. +неравномерной десквамации эпителия на спинке языка
  3. глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
5. Причинами хейлитов у детей является:
  1. нарушение носового дыхания
  2. ослабление тонуса мимической мускулатуры
  3. нарушение управления круговой мышцей рта
  4. +все названное
6. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:
  1. эрозия с гнойным отделяемым
  2. «медовые корки»
  3. +эрозия с влажным белым налетом
7. Если ангулярный хейлит осложнен стрептостафилодермией, образуются:
  1. +темно – желтые корки
  2. влажный белый налет
  3. +эрозии с гнойным отделяемым
8. При атопическом (экзематозном) хейлите экссудативный диатез в анамнезе:
  1. +характерен
  2. не характерен
9. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать:
  1. антибактериальную терапию
  2. +диету с исключением аллергенов
  3. антигрибковую терапию
10. При лечении хейлитов у детей возможно использование:
  1. мазей, содержащих кератопластики
  2. ферментов
  3. миогимнастики
  4. психокоррекции (ликвидации вредных привычек)
  5. +все перечисленное

**Раздел 11.** Возрастные особенности строения пародонта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания пародонта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями пародонта

1. Признаками здоровой десны являются:
  1. бледность десны, плотность тканей, рецессия десны
  2. +розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости
  3. розовый цвет края десны, отсутствие кровоточивости, деформация десневого края
2. Пародонтальный карман – это:
  1. щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилежащим к нему свободным краем десны
  2. +пространство между корнем зуба и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани
  3. щелевидное пространство глубиной 2-3 мм между зубом и свободным краем десны, целостность эпителиального прикрепления не нарушена
3. Патологический карман является:
  1. физиологическим
  2. ложным
  3. +истинным
  4. ни один из перечисленных
4. О наличии патологического кармана у детей надежно свидетельствует:
  1. подвижность зубов
  2. глубина ПК более 4 мм
  3. +Rg симптомы патологии пародонта
  4. любой из названных
  5. ни один из названных
5. Местные факторы, предрасполагающие к развитию заболеваний пародонта:
  1. глубина преддверия полости рта от 5 до 10 мм
  2. +глубина преддверия полости рта менее 5 мм
  3. ортогнатический прикус
  4. бипрогнатия
6. При гипертрофическом гингивите определяются:
  1. +ложные карманы
  2. истинные патологические карманы
  3. костные карманы
7. Ложный карман – это:
  1. щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилежащим к нему свободным краем десны
  2. пространство между корнем зуба и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани
  3. +щелевидное пространство глубиной 2-3 мм между зубом и гиперплазированным краем десны, эпителиальное прикрепление не нарушено
  4. складка, образованная слизистой оболочкой, на уровне свода преддверия полости рта
8. Что положено в основу классификации заболеваний пародонта:
  1. этиология
  2. локализация
  3. характер изменений
  4. +локализация, с отражением его характера, причин и клиники
9. Болезнями пародонта, объединенными понятием пародонтомы, являются:

1. гингивит, пародонтит, пародонтальная киста
  2. +фиброматоз десен, эпюлис, пародонтальная киста, эозинофильная гранулема
  3. пародонтит, пародонтоз
  4. пародонтальная киста, X-гистиоцитоз
  5. гипертрофический гингивит, фиброматоз десен, пародонтальная киста
10. При каком заболевании наряду с поражением челюстных костей имеются поражения плоских костей черепа, таза, лопатки, которые выявляются на Rg:
1. доброкачественная наследственная нейтропения
  2. сахарный диабет
  3. гиппоиммуноглобулинемия
  4. синдром Папийона-Лефевра
  5. +X-гистиоцитоз
11. Эффективный для профилактики заболеваний пародонта, связанных с ЗЧА:
1. антенатальный период
  2. период от 0 до 1 года
  3. +период от 1 до 10 лет
  4. период от 10 до 20 лет
12. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является:
1. открытый прикус
  2. +глубокий прикус
  3. перекрестный прикус
  4. дистальный прикус
  5. прямой прикус
13. Вид ЗЧА, вызывающий наиболее тяжелые изменения в пародонте:
1. открытый прикус
  2. перекрестные прикус
  3. +глубокое резцовое перекрытие
  4. прогения
  5. прогнатия
14. Роль ЗЧА в развитии заболеваний пародонта обусловлена:
1. нарушением трофики тканей пародонта
  2. травмой пародонта
  3. +перегрузкой и недогрузкой зубов
  4. наличием ретенционных пунктов
15. Наиболее распространенные заболевания пародонта в детском возрасте:
1. +катаральный гингивит
  2. гипертрофический гингивит
  3. пародонтит
16. Характерным для пубертатного возраста является:
1. острый генерализованный катаральный гингивит
  2. +гипертрофический гингивит
  3. локализованный пародонтит
17. Пародонтальные и костные карманы у детей возникают:
1. при катаральном гингивите
  2. при гипертрофическом гингивите
  3. +при пародонтите
  4. при пародонтомах
18. Заболевание пародонта, не характерное для детского возраста:
1. катаральный гингивит
  2. гипертрофический гингивит
  3. +пародонтоз

4. эпюлис
19. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии:
  1. РПГ
  2. полярография
  3. остеометрия
  4. лазерная доплеровская флоуметрия
  5. +все перечисленное
20. Дополнительный метод для диф. диагностики заболеваний пародонта:
  1. зондирование
  2. +Rg
  3. витальное окрашивание
  4. волдырная проба
21. Метод исследования, определяющий пункты опережения смыкания зубов:
  1. РПГ
  2. проба Писарева-Шиллера
  3. проба Кулаженко
  4. +окклюдодиаграмма
22. Индекс РМА используется с целью:
  1. определение степени воспалительных изменений пародонта
  2. +определение воспалительных изменений различных зон десны
  3. определение кровоточивости десен
  4. оценки гигиенического состояния полости рта
  5. определение проницаемости сосудистой стенки
23. Системные заболевания, обуславливающие заболевания пародонта:
  1. вирусные
  2. грибковые
  3. органов дыхания
  4. +сахарный диабет,
  5. +заболевания крови
24. Диф. диагностика хронического катарального гингивита проводится:
  1. +с хроническим пародонтитом
  2. с пародонтозом
  3. с пародонтолизом
  4. с острым пародонтитом
25. Rg симптомы при поражениях пародонта:
  1. +деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок
  2. смещение зубов
  3. +снижение высоты межальвеолярных перегородок
  4. +уплощение вершин межальвеолярных перегородок
  5. +остеопороз
26. Ведущий признак отличающий хронический гингивит от пародонтитов:
  1. наличие ПК
  2. воспаление десневого края
  3. наличие ЗК
  4. +Rg симптомы
27. Rg симптомами пародонтитов являются:
  1. деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки
  2. диффузный остеопороз костной ткани
  3. остеопороз межзубных перегородок
  4. +все перечисленное
28. Легкая степень тяжести катарального гингивита у детей диагностируется при поражении:

1. +десневого сосочка
  2. маргинальной десны
  3. альвеолярной десны
  4. альвеолярной кости
- 29.Средняя степень тяжести катарального гингивита у детей диагностируется при поражении:
1. десневого сосочка
  2. +маргинальной десны
  3. альвеолярной десны
  4. +альвеолярной кости
- 30.Тяжелая степень тяжести катарального гингивита у детей диагностируется при поражении:
1. десневого сосочка
  2. маргинальной десны
  3. +альвеолярной десны
  4. альвеолярной кости
- 31.Катаральный гингивит у детей считается локализованным при воспалительном процессе в области:
1. +до 6 зубов
  2. одного зуба
  3. 3–4 зубов
  4. 5 зубов
- 32.Катаральный гингивит у детей считается генерализованным при воспалительном процессе в области:
1. до 6 зубов
  2. +более 6 зубов
  3. 3–4 зубов
  4. одного зуба
- 33.Катаральный гингивит при индексе РМА до 30 %:
1. +легкой степени тяжести
  2. средней степени тяжести
  3. тяжелой степени тяжести
- 34.Катаральный гингивит при индексе РМА от 30 до 60%:
1. легкой степени тяжести
  2. +средней степени тяжести
  3. тяжелой степени тяжести
- 35.Катаральный гингивит при индексе РМА более 60 %:
1. легкой степени тяжести
  2. средней степени тяжести
  3. +тяжелой степени тяжести
- 36.Факторы, способствующие развитию гипертрофического гингивита у детей:
1. аллергические заболевания
  2. +пубертатный период
  3. вирусные заболевания
  4. грибковые заболевания
- 37.Для язвенно – некротического гингивита у детей характерно:
1. единичные афты и пятна на СОПР
  2. +грязновато – серый некротический налет в области десневого края
  3. кровоточивость и отечность десневого края
  4. увеличение объема десны, наличие ложных карманов

**Раздел 12.** Особенности лечения заболеваний пародонта у детей. Принципы

## диспансеризации

1. Концентрация хлоргексидина для лечения заболеваний пародонта у детей:
  1. +0,02%,
  2. 0,5%,
  3. 0,1%,
  4. 0,05%,
  5. 0,01%.
2. При лечении детей с заболеваниями пародонта целесообразно применять:
  1. +лечебные зубные пасты с триклозаном и экстрактами трав
  2. профилактические зубные пасты с F и Ca
  3. эликсиры с F
  4. дезодораторы полости рта
3. Для детей с хроническим катаральным гингивитом показана:
  1. +лазеротерапия
  2. УВЧ – терапия
  3. электрофорез
  4. токи Дарсанваля
  5. любой из названных
4. Для лечения хронического катарального гингивита проводят:
  1. неинъекционную склерозирующую терапию
  2. инъекционную склерозирующую терапию
  3. противовирусную терапию
  4. +противовоспалительную терапию
  5. эпителизирующую терапию
5. При лечении хронического катарального гингивита показаны:
  1. средства, улучшающие микроциркуляцию
  2. лазеротерапия
  3. противовоспалительные средства
  4. иммуностимуляторы
  5. +все перечисленное
6. Методы лечения гипертрофического гингивита, противопоказанные у детей:
  1. +хирургические
  2. физиотерапевтические
  3. неинъекционная склерозирующая терапия
  4. инъекционная склерозирующая терапия
7. При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуется:
  1. концентрированные антисептики, которые обладают антимикробным и прижигающим действиями
  2. ферменты, способствующие отторжению некротических масс и гнойного экссудата
  3. +препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных трав, гипертонические растворы
  4. инъекции растворов глюкозы, гепарина, новэмбихина,
  5. антибиотики
8. Медикаментозные препараты в качестве аппликаций накладываются на десну:
  1. на 2 часа
  2. +на 20 минут
  3. на 6 часов
  4. на 5 минут
  5. не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки
9. При склерозирующей терапии в десневые сосочки вводят:

1. +раствор глюкозы, гепарин, новэмбихин
  2. антисептики, ферменты
  3. антибиотики
  4. фурацилин
10. При катаральном гингивите с компонентом гиперплазии десен применяется:
1. снятие ЗН
  2. противовоспалительная терапия
  3. склерозирующая терапия
  4. +все перечисленное
11. В большей степени у детей при лечении рецессии десневого края показаны:
1. флюктуаризирующие токи
  2. аутомассаж
  3. +ионофорез с витамином С
  4. УВЧ – терапия
  5. физиотерапия не показана
12. После кюретажа используют:
1. +защитные повязки (индифферентные)
  2. лечебные противовоспалительные повязки
  3. лечебные стимулирующие повязки
  4. повязки, содержащие ферменты
  5. повязки с кератопластическими препаратами
13. Повязка после кюретажа накладывается на срок:
1. на 12 – 14 дней
  2. не накладывается
  3. +на 5-7 дней
  4. на 3 дня
  5. на сутки
14. При заболеваниях пародонта цель избирательного пришлифовывания:
1. нормализация прикуса
  2. +устранение преждевременных контактов, приводящих к травматической окклюзии
  3. восстановление анатомической формы зубов
  4. устранение воспалительного процесса
  5. эстетические показания
15. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания:
1. молочный прикус
  2. сменный прикус
  3. +после прорезывания всех постоянных зубов
  4. от 20 до 30 лет
16. Число этапов окклюзионного пришлифовывания:
1. три
  2. два
  3. +пять
  4. четыре
  5. не имеет значения
17. Показанием для проведения постоянного шинирования является:
1. +подвижность зубов различной степени тяжести
  2. перед хирургическим лечением
  3. после хирургического лечения
18. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное шинирование:
1. моляры
  2. резцы

3. моляры и премоляры
  4. +любая группа зубов
  5. все, кроме резцов
19. Противопоказания при проведении физиотерапевтического лечения:
1. гноетечение из ПК
  2. +онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой
  3. хирургическое лечение заболеваний пародонта
  4. возраст до 15 лет

#### **Критерии оценки тестовых заданий:**

Оценка «отлично» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «хорошо» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «удовлетворительно» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «неудовлетворительно» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «зачтено», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «не зачтено», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

#### **Ролевая игра (имитационные технологии)**

**1. Тема ролевой игры.** Первое посещение пациента с острым герпетическим стоматитом. (Раздел 8. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях)

**2. Концепция ролевой игры.** Двум – трем игрокам предлагается роль врача-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

**3. Роли:** 1) пациент с острым герпетическим стоматитом, 2) родители пациента, 3) врач-стоматолог детский, 4) медсестра.

**4 Ожидаемые результаты.** Обсуждаются различные варианты поведения врача-стоматолога детского при первичном осмотре пациента с острым герпетическим стоматитом. Отрабатывается уверенное поведение, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с острым герпетическим стоматитом и возможности лечебных процедур с домашних условиях и условиях ДСП. Записываются алгоритмы диагностики и лечения острого герпетического стоматита. Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	

5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Лекция-конференция (не имитационные технологии)

**1. Тема лекции-конференции:** «Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях у детей». (Раздел 8. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях)

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

1 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при кори у детей»;

2 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при краснухе у детей»;

3 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при дифтерии у детей»;

4 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при скарлатине у детей»;

5 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при коклюше у детей»;

6 доклад «Поражения слизистой оболочки полости рта при мононуклеозе у детей»;

**3. Ожидаемые результаты.** Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях у детей». (Раздел 8. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта у детей. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях). В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы	
2., Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	
4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. 5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

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

86 – 100 баллов – **«отлично»;**  
70 – 75 баллов – **«хорошо»;**  
51 – 69 баллов – **«удовлетворительно»;**  
менее 51 балла – **«неудовлетворительно».**

**Дисциплина «Детская стоматология»,  
модуль «Медицинская генетика»  
Комплект вопросов для коллоквиума**

**Раздел 1.** Наследственность и патология. Классификация и семиотика наследственных болезней, принципы их диагностики.

**«Общие вопросы генетики»**

1. Клеточный цикл. Митоз
2. Мейоз, его типы и фазы
3. Гаметогенез: овогенез и сперматогенез
4. Моногибридное скрещивание
5. Цитологические основы расщепления, доминантность и рецессивность
6. Понятие аллелизма, гомо- и гетерозиготности
7. Ген, генотип, фенотип
8. Дигибридное скрещивание
9. Тригибридное скрещивание
10. Типы взаимодействия аллельных генов. Реципрокное, возвратное, анализирующее скрещивание
11. Множественный аллелизм
12. Наследование при взаимодействии неаллельных генов
13. Определение пола. Наследование признаков сцепленных полом
14. Закон сцепления генов. Кросинговер и его значение
15. Локализация гена. Генетические карты
16. Хромосомная теория наследственности
17. Цитоплазматическая наследственность
18. Изменчивость. Классификация изменчивости
19. Классификация мутаций. Значение мутационной изменчивости
20. Геномные мутации. Полиплоидия.
21. Хромосомные перестройки. Внутри- и межхромосомные перестройки
22. Анеуплоидия. Жизнеспособность и плодовитость у анеуплоидов
23. Модификационная изменчивость.
24. Анализ структуры гена.
25. Генетическая организация ДНК. Генетический код и его свойства

**Раздел 2.** Общая характеристика хромосомных, моногенных и мультифакториальных болезней.

**«Общие вопросы медицинской генетики»**

1. Классификация наследственных болезней
2. Мутации как этиологический фактор наследственных болезней
3. Врожденные пороки развития
4. Клинико-генеалогический метод диагностики наследственных болезней
5. Клинические особенности проявления наследственных болезней
6. Графическое изображение родословной. Анализ родословной
7. Генеалогический анализ при моногенных заболеваниях
8. Аутомно-доминантный тип наследования
9. Аутомно-рецессивный тип наследования
10. X-сцепленный тип наследования
11. Y-сцепленный тип наследования
12. Митохондриальная наследственность
13. Генеалогический анализ при мультифакториальных заболеваниях
14. Группа риска при хромосомной патологии
15. Группа риска при моногенных болезнях
16. Группа риска при мультифакториальных болезнях

17. .Этиология и классификация хромосомных болезней
18. Патогенез и клинические особенности хромосомных болезней
19. Клиническая характеристика хромосомных болезней
20. Ауtosомные синдромы
21. Синдромы частичных анеуплоидий
22. Синдром «кошачьего крика»
23. Аномалии половых хромосом
24. Микроцитогенетические синдромы
25. Клинические аспекты изучения генома человека
26. Генетический импринтинг
27. Классификация менделирующей патологии
28. Наследственные болезни обмена
29. Синдромы множественных врожденных пороков развития
30. Общая характеристика моногенной патологии
31. Клиническая характеристика часто встречающихся моногенной патологии
32. Фенилкетонурия
33. Врожденный гипотиреоз
34. Аденогенитальный синдром
35. Галактоземия
36. Муковисцидоз
37. Нейрофиброматоз
38. Миотоническая дистрофия
39. Прогрессирующая мышечная дистрофия
40. Синдром синдром умственной отсталости с ломкой X-хромосомой
41. Биохимические методы диагностики моногенной патологии
42. Молекулярно-генетические методы диагностики моногенной патологии
43. Наиболее распространенные нозологические формы мультифакториальных болезней
44. Общие и частные механизмы реализации наследственной предрасположенности
45. Экогенетические болезни
46. Медико-генетическое консультирование
47. Методы обследования пациента и его родственников
48. Получение оценок генетического риска
49. Методы пренатальной диагностики наследственных болезней
50. Неинвазивные методы пренатальной диагностики
51. Инвазивные методы пренатальной диагностики
52. Методы выявления хромосомных нарушений и моногенных заболеваний

**Раздел 3. Профилактика наследственной патологии** Общая характеристика хромосомных, моногенных и мультифакториальных болезней.

**«Клиническая генетика стоматологических заболеваний»**

1. Генетический контроль нормального развития и формирования тканей зубов
2. Генетические факторы формирования аномалий зубов
3. Аномальные признаки стоматологической патологии, используемые для диагностики наследственных заболеваний и синдромов
4. Аномалии размеров и формы зубов
5. Наследственные заболевания и синдромы с маркодентией
6. Наследственные заболевания и синдромы с микродентией
7. X-сцепленные наследственные синдромы с микродентией
8. Ауtosомно-доминантные заболевания и синдромы с микродентией
9. Ауtosомно-рецессивные заболевания и синдромы с микродентией
10. Наследственные заболевания и синдромы с тауродентией
11. Генетические факторы агенезии зубов

12. Наследственные болезни и синдромы саподентией, олиго- и гиподентией
13. Аутосомно-рецессивные болезни и синдромы с недостаточным количеством зубов
14. Аутосомно-доминантные болезни и синдромы с недостаточным количеством зубов
15. X-сцепленные болезни и синдромы с недостаточным количеством зубов
16. Избыточное количество (гипердентия, сверхкомплектные зубы)
17. Наследственные заболевания и синдромы с избыточным количеством зубов
18. Аутосомно-доминантные заболевания и синдромы с сверхкомплектными зубами
19. Аутосомно-рецессивные заболевания и синдромы с сверхкомплектными зубами
20. X-сцепленные заболевания и синдромы с сверхкомплектными зубами
21. Наследственные заболевания и синдромы, сопровождающиеся нарушением формирования дентина
22. Генетические факторы аномалий формирования эмали и классификация
23. Аутосомно-доминантные заболевания и синдромы с нарушением формирования эмали
24. аутосомно-рецессивные наследственные заболевания и синдромы с нарушением формирования эмали
25. Сцепленные с X-хромосомой заболевания и синдромы с нарушением формирования эмали
26. Наследственные заболевания и синдромы, сопровождающиеся аномалиями цвета зубов
27. Наследственные заболевания и синдромы с натальными / неонатальными зубами
28. Аутосомно-доминантные синдромы с нарушением прикуса
29. Аутосомно-рецессивные синдромы с нарушением прикуса
30. Наследственные синдромы с нарушением прикуса, X-сцепленные
31. МГК наследственных заболеваний в стоматологии
32. Проблемы лечения наследственных заболеваний в стоматологии
33. Расщелины губы и нёба – распространенность, этиология и патогенез
34. Классификация и характеристика типичных расщелин лица
35. Наиболее распространенные моногенные синдромы с расщелиной губы и нёба
36. Распространенность, этиология и патогенез нетипичных расщелин ЧЛЮ
37. Клинико-анатомические характеристики нетипичных расщелин ЧЛЮ
38. Принципы лечения и реабилитации больных с врожденными расщелинами ЧЛЮ
39. Проблемы реабилитации больных с врожденными расщелинами ЧЛЮ
40. Профилактика врожденных расщелин ЧЛЮ
41. Медико-генетическое консультирование в отношении врожденных расщелин ЧЛЮ
42. Пренатальная диагностика врожденных расщелин ЧЛЮ
43. Стоматологические проявления мультифакториальной патологии
44. Генетические аспекты кариеса
45. Генетические аспекты некариозных поражений
46. Генетические аспекты ортодонтической патологии
47. Генетические аспекты заболеваний пародонта
48. Генетические аспекты хирургической патологии
49. Генетические аспекты нарушений остеогенеза.

#### **Критерии оценки вопросов для коллоквиума**

Оценки «отлично» заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

### Комплект тем рефератов

**Тема 1.** Стоматологические проявления хромосомной патологии.

**Тема 2.** Стоматологические проявления наиболее часто встречающихся моногенных синдромов.

**Тема 3.** Стоматологические проявления мультифакториальной патологии.

**Тема 4.** Различные генетические варианты врожденных пороков развития черепно-лицевой области и зубочелюстной системы.

**Тема 5.** Часто встречающиеся синдромальные сочетания врожденных расщелин губы и неба.

**Тема 6.** Медико-генетическое консультирование при наличии врожденных пороков развития черепно-лицевой области и зубочелюстной системы.

**Тема 7.** Пренатальная диагностика врожденных пороков развития черепно-лицевой области и зубочелюстной системы.

**Тема 8.** Генетические аспекты кариеса.

**Тема 9.** Генетические аспекты некариозных поражений.

**Тема 10.** Генетические аспекты ортодонтической патологии.

**Тема 11.** Генетические аспекты заболеваний пародонта.

**Тема 12.** Генетические аспекты хирургической патологии.

**Тема 13.** Генетические аспекты нарушений остеогенеза.

**Тема 14.** Стволовые клетки – медицинское значение.

### Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. Новизна реферированного текста. макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. Степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные

	положения и выводы
3. Обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. Соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. Грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – **«отлично»**;

70 – 75 баллов – **«хорошо»**;

51 – 69 баллов – **«удовлетворительно»**;

менее 51 балла – **«неудовлетворительно»**.

### Комплект ситуационных задач

#### Ситуационная задача № 1

В медико-генетическую консультацию обратилась супружеская пара с целью прогноза потомства в связи с патологией у первого ребёнка. Ребёнок от 1-ой беременности. На 8 неделе была «аллергическая реакция» в виде кожных высыпаний на лице, туловище и конечностях, незначительными катаральными явлениями, которые без лечения прошли в течение недели. Роды были срочные, самопроизвольные, без патологии. Раннее развитие ребенка – с отставанием. В 1,5 года диагностирована тугоухость. Диагноз – отставание в психоречевом развитии, врожденная катаракта, нейросенсорная тугоухость, врожденный порок сердца, не заращение Боталлова протока. Ребёнок правильного телосложения, выраженных дизморфий не выявлено.

Вопрос № 1: Вирусы каких детских инфекций могут обладать выраженным тератогенным эффектом?

Вопрос № 2: Какие сроки беременности являются наиболее опасными в связи с возможным развитием врожденных пороков?

Вопрос № 3: С каким классом наследственных болезней следует проводить дифференциальную диагностику врожденных пороков развития вследствие действия тератогенных эффектов?

Вопрос № 4: К какой категории генетического риска следует отнести вероятность повторного рождения в семье ребенка с фетальным краснушным синдромом?

Вопрос № 5: Какое генетическое обследование необходимо провести ребёнку?

#### Ситуационная задача №2

Пациентка В., 13 лет. Жалобы на боли в области центрального участка нижней челюсти и моляров, усиливающиеся при смыкании зубов. За стоматологической помощью не обращалась. Объективный статус: Десневой край в области центральный резцов и первых моляров резко гиперемирован и отечен, пальпация болезненна. Пародонтальные карманы глубиной до 5 мм с гнойным экссудатом. Подвижность зубов I-II степени. Перкуссия 4.1, 3.1 зубов слегка болезненная. Преддверие полости рта – мелкое (глубина

1,0 см), уздечка нижней губы – короткая, сильная, при движении губы десневые сосочки отслаиваются. На ортопантограмме – остеопороз костной ткани, костные карманы в области первых моляров до 3 мм, расширение периодонтальной щели в области 5 сегмента, отсутствие вершин межзубных промежутков. Выявлен первичный дефект нейтрофилов.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2: К каким наследственным болезням следует относить данную патологию?

Вопрос № 3: На основании чего данную стоматологическую патологию можно отнести в группу наследственных заболеваний?

Вопрос № 4: Что может свидетельствовать о природе данной патологии?

Вопрос № 5: Что является специфическим маркером данной патологии?

### **Ситуационная задача №3**

Больной К., 9 лет. Со слов матери беременность протекала с тяжелым ранним токсикозом – мама была неоднократно госпитализирована, с назначением соответствующей инвазивной терапии. Ребенок от 1 беременности, родился в срок. В анамнезе – наличие эндокринных заболеваний ребенка с периода новорожденности. Жалобы на косметический недостаток. Объективный статус: на 1.6, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.6, 4.6, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.6 выявлены белые пятна с четкими границами. Белые пятна располагаются на 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 на уровне середины коронок, на 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 – на буграх.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2: Какие сроки беременности являются наиболее опасными при развитии данной патологии?

Вопрос № 3: К каким наследственным болезням следует относить данную патологию?

Вопрос № 4: К какой категории генетического риска следует отнести вероятность повторного рождения в семье ребенка с данной патологией?

Вопрос № 5: Какое генетическое обследование необходимо провести ребёнку с целью профилактики возникновения этой же патологии у следующих детей?

### **Ситуационная задача №4**

Пациентка В., 8 лет. Ребенок от первой беременности в возрасте 41 год. Ребенок родился раньше срока путем кесарева сечения. В анамнезе – рахит и диспепсия на 1-м году жизни. Диагностирован синдром умственной отсталости с ломкой х-хромосом. Объективный статус: на вестибулярной поверхности 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов выявлены чашеобразные дефекты в пределах эмали диаметром около 2 мм. Дефекты расположены на середине коронок: форма, размеры на симметричных зубах идентичны. Ребенок скрежет зубами во сне, определяется укорочение нижней трети лица, напряжение круговой мышцы рта. При смыкании зубов определяется уменьшенные размеры верхней челюсти (недоразвитие).

Вопрос № 1: Поставьте правильные диагнозы терапевтической патологии.

Вопрос № 2: Поставьте правильный диагноз ортодонтической патологии.

Вопрос № 3: В каких возрастных интервалах существенно повышается риск рождения ребенка с хромосомными аномалиями?

Вопрос № 4: Диагностированный синдром умственной отсталости с ломкой х-хромосом подтверждается на основании каких исследований?

Вопрос № 5: К какой категории генетического риска следует отнести вероятность повторного рождения в семье ребенка с данной патологией?

Вопрос № 6: Как клинически проявляются хромосомные болезни?

### **Ситуационная задача №5**

Пациентка В., 12 лет. Ребенок от 1 беременности. Со слов матери – первый триместр беременности протекал с тяжелыми осложнениями в виде гистозов, на фоне приема противосудорожных препаратов. Обратилась с целью санации полости рта. Объективный статус: В пределах твердого неба имеется врожденный дефект тканей,

который распространяется до резцового отверстия. Коронки всех зубов имеют малые размеры. Диастемы, тремы. Все зубы нормально сформированы – каналы зубов и состояние верхушечных отверстий соответствуют возрастной норме.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз хирургической патологии.

Вопрос № 2: Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 3: С каким классом наследственных болезней следует проводить дифференциальную диагностику врожденных пороков развития вследствие действия тератогенных эффектов?

Вопрос № 4: Какие сроки беременности являются наиболее опасными в связи с формированием пороков развития плода в связи с воздействием внешних факторов?

Вопрос № 5: Какое генетическое обследование необходимо провести ребёнку?

#### **Ситуационная задача №6**

Пациентка 7 лет, обратилась с целью санации полости рта. Со слов матери, в начале беременности она работала в цехе с «летучими соединениями», т.к. не знала о своей беременности. Ребенок родился недоношенным. Из анамнеза выяснено, что ребенок отставал в развитии. На сегодняшний день учиться в школе для детей с девиантным поведением. Объективный статус: Отмечается уплощение основания носа, рот полуоткрыт. Со слов родителей, ребенок спит с открытым ртом. В пределах мягкого и твердого неба имеется врожденный дефект тканей, который распространяется до резцового отверстия. Микрофтальмия.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз хирургической патологии.

Вопрос № 2: С каким классом наследственных болезней следует проводить дифференциальную диагностику врожденных пороков развития вследствие действия тератогенных эффектов?

Вопрос № 3: Укажите классификации врожденных пороков развития?

Вопрос № 4: Какова частота наследственных и врожденных заболеваний среди новорожденных?

Вопрос № 5: В каком периоде могут возникнуть врожденные пороки развития в результате действия тератогенных факторов?

#### **Ситуационная задача №7**

Пациент З., 13 лет. Ребенок от первой беременности (в 25 лет), которая протекала без осложнений, ребенок родился в срок с массой 3600 грамм и ростом 53 см. Родители предъявляют жалобы на изменение цвета постоянных зубов. В анамнезе у бабушки и матери имеются идентичные поражения. На диспансерном учете у специалистов ребенок не состоит. В результате медико-генетического консультирования установлен аутосомно-доминантный тип наследования. Объективный статус: Определяется повышенная стираемость окклюзионной поверхности всех зубов. Зубы коричнево-голубого оттенка. Форма зубов – луковичеобразная. На ортопантограмме выявлена прогрессирующая кальцификация (облитерация) полости зуба и корневых каналов, узкие корни и каналы, отсутствие пульповых камер. Отмечается искривление и истончение корней зубов.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2: Что означает термин «Аутосомно-доминантный тип наследования»?

Вопрос № 3: Как часто встречается указанное заболевание в популяции?

Вопрос № 4: Что свойственно наследственной патологии?

Вопрос № 5: С мутацией какого гена связана данная патология?

#### **Ситуационная задача №8**

Пациент В., 14 лет. Ребенок от первой беременности. Родители ребенка являются кровными родственниками (двоюродные брат сестра). В результате медико-генетического консультирования установлен аутосомно-рецессивный тип наследования. Обратилась с жалобами на изменение цвета эмали 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов, болезненность от температурных и пищевых раздражителей. Объективный статус: Эмаль зубов светло

коричневая, на вестибулярной поверхности мягкая, постепенно отделяется от дентина. Оставшийся чувствительный дентин окрашивается от пищевых красителей в темно-коричневый цвет. Гиперчувствительность зубов 3 класса Специфические признаки поражения эмали – диффузная пигментация. На ортопантограмме выявлена совершенно не контрастная эмаль – с недостаточно обызвествленной органической матрицей.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2: В патогенезе данной патологии какие гены могут принимать участие?

Вопрос № 3: Что означает термин «Аутосомно-рецессивный тип наследования»?

Вопрос № 4: Укажите проявления наследственной патологии?

Вопрос № 5: Что возможно установить при помощи генеалогического метода?

#### **Ситуационная задача №9**

Мать ребенка 3-х лет обратилась с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. Со слов матери сразу после прорезывания все временные зубы имели желтоватый цвет, напоминающий цвет непигментированного дентина. Поверхность коронок была шероховатая, похожая на матовое стекло. Объективный статус: эмаль всех временных зубов почти полностью отсутствует. Зубы не контактируют. Прикус ортогнатический. Физиологические диастемы, тремы.

Вопрос № 1. Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2. Что могут показать результаты рентгенологического и светомикроскопического исследования при данной патологии?

Вопрос № 3. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии со сцепленной с X-хромосомой доминантной гладкой гипоплазией.

Вопрос № 4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии с аутосомно-доминантной шероховатой гипоплазией.

Вопрос № 5. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии с аутосомно-доминантной гладкой гипоплазией.

#### **Ситуационная задача №10**

Родители ребенка 2-х лет обратилась с жалобами на изменение цвета зубов. Объективный статус: все временные зубы имеют эмаль прозрачно-коричневого цвета. Эмаль гладкая, истончена до 1/2 толщины нормального слоя. Эмаль отсутствует на резцовых и жевательных поверхностях. Апроксимальные поверхности всех зубов белого цвета. Зубы не контактируют.

Вопрос № 1. Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2. К какой группе заболеваний следует относить данную патологию.

Вопрос № 3. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии с аутосомно-доминантной шероховатой гипоплазией эмали.

Вопрос № 4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии с аутосомно-доминантной точечной гипоплазией эмали.

Вопрос № 5. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии со сцепленной с X-хромосомой доминантной гладкой гипоплазией.

#### **Ситуационная задача №11**

Пациент 9 лет, обратился с жалобами на боли в зубах от термических раздражителей и чувства оскомины. Объективный статус: Режущий край все фронтальных зубов овальной формы в виде площадок. Эмаль зубов скалывается, поверхность обнаженного дентина становится гладкой, полированной. Кроме того у ребенка наблюдается изменение цвета эмали с потерей естественного блеска.

Вопрос № 1. Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.

Вопрос № 2. Укажите возможные причины данного заболевания.

Вопрос № 3. Укажите местные факторы риска, способствующие развитию данной патологии.

Вопрос № 4. Перечислите мероприятия, используемые при реабилитации пациентов с

данной патологией.

### **Ситуационная задача №12**

Пациенту В., 5 лет. Родители обратились с жалобами на подвижность зубов. Со слов родителей после прорезывания зубов отмечалась их подвижность, что в последующем приводило к раннему их удалению. У родителей подобные симптомы не выявлены. Ребенок от 3-ой беременности. Роды срочные, самопроизвольные, без патологии. Кроме него в семье два здоровых мальчика. Объективный статус: отмечается бледность кожных покровов, в области ладоней выявлены явления дискератоза в виде чередующихся участков гиперкератоза и повышенного слущивания эпидермиса, при удалении которого обнажается гиперемированная, эрозивная поверхность. Десна в области всех зубов гиперемированна, отечна, отмечается кровоточивость, зубы подвижны, имеются пародонтальные карманы. На десне в области 54 зуба имеется образование округлой формы мягкой консистенции, отмечается флюктуация, из пародонтального кармана выделяется гнойный экссудат. Центральные и боковые резцы на обеих челюстях отсутствуют. На рентгенограмме чашеобразная деструкция костной ткани в области временные моляров и горизонтальная в области фронтальных зубов.

Вопрос № 1: О каком заболевании идет речь.

Вопрос № 2: Какое генетическое обследование необходимо провести ребёнку.

Вопрос № 3: Определите тип наследования данного заболевания?

Вопрос № 4: Какова вероятность рождения ребенка с выявленной патологией, при данном типе наследования?

### **Ситуационная задача №13**

Пациент К., 12 лет. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность вследствие изменения цвета зубов и частых сколов. Со слов родителей постоянные зубы изменены в цвете с момента их прорезывания. Молочные зубы были очень ломкие, часто скалывались. У бабушки по материнской линии были отмечены подобные поражения зубов. Объективный статус: цвет зубов водянисто-серый, опалесцирующий. На жевательной поверхности моляров и режущих краях резцов эмаль отсутствует, обнажен пигментированный коричневый дентин. Стертые поверхности вогнутые, гладкие, блестящие.

Вопрос № 1: О каком заболевании идет речь.

Вопрос № 2: Какой диагностический метод необходим для подтверждения диагноза.

Вопрос № 3: Укажите возможную причину данной патологии при аутосомно-рецессивном типе наследования.

Вопрос № 4: С каким классом наследственных болезней следует проводить дифференциальную диагностику данной патологии при аутосомно-рецессивном типе наследования.

### **Ситуационная задача №14**

Пациент Я., 2 года 6 мес. Жалобы на боли при приеме пищи, неприятный запах изо рта, периодическое появление язвочек на слизистой оболочке полости рта. Со слов мамы у ребенка с рождения часто появляются фурункулы, в том числе и на коже головы. Недавно лечился в стационаре по поводу пневмонии. Объективный статус: на коже лица выявлены гнойные очаги, отмечается эрозивное поражение и гиперемия десны в области прорезывающихся временных моляров, появление глубоких пародонтальных карманов области нижних резцов. На рентгенограмме деструкция костной ткани альвеолярного отростка, с четкими границами, тело челюстей без изменений. Подвижность зубов 1 степени. Анализ крови: легкая анемия, число лейкоцитов –  $2,5 \times 10^3$  в 1 мкГ, нейтрофилов 35%, агранулоцитоз.

Вопрос № 1: О каком заболевании идет речь.

Вопрос № 2: Является ли данное заболевание врожденным.

Вопрос № 3: Определите тип наследования.

Вопрос № 4: Соотношение полов при наследовании данного заболевания.

### Ситуационная задача №15

Пациент З., 9 лет. Жалобы на эстетическую неудовлетворенность, нарушение речи за счет носового оттенка и неправильного произношения отдельных звуков. Объективный статус: незначительная асимметрия лица, профиль вогнутый. Отмечается деформация крыла и кончика носа слева. Левое крыло носа уплощено. На верхней губе слева рубец Z-образной формы. На альвеолярном отростке в области 2.2 зуба, на твердом и мягком небе послеоперационный рубец. Мягкое небо короткое и малоподвижное. Отмечается множественное поражение зубов кариесом. На рентгенограмме отсутствие зачатка 2.2 зуба. Верхний зубной ряд сужен слева и уплощен во фронтальном отделе. Нижние резцы перекрывают верхние на 1/3 высоты коронок, сагиттальная щель 2 мм.

Вопрос № 1: Поставьте правильный диагноз хирургической патологии.

Вопрос № 2: Каких данных не достаточно для выявления этиологии данного заболевания.

Вопрос № 3: Передается ли данная патология по наследству, укажите типы наследования.

Вопрос № 4: Виды профилактики данного заболевания.

### Ситуационная задача №16

Пациент С., 4 года. Жалобы на затрудненное открывание рта, эстетическую неудовлетворенность вследствие нарушения симметричности лица. В анамнезе матери: на 8-9-ой неделе беременности была перенесена ОРВИ с осложнениями (обструктивный бронхит). Из вредных привычек матери – курение. Ребенок от 2-ой беременности, роды срочные. Объективный статус: отмечается выраженная асимметрия лица за счет гипоплазии правой половины нижней челюсти. Ушная раковина справа нормальной формы с преаурикулярными выростами. Наружный слуховой проход сужен. Максимальное открывание рта – 1 см. Отмечается односторонняя перекрестная окклюзия. Зубы интактные. Эмаль зубов матовая, гладкая.

Вопрос № 1: О каком заболевании идет речь.

Вопрос № 2: Что явилось этиологическим фактором в возникновении данного заболевания.

Вопрос № 3: На какой неделе внутриутробного развития плода происходит формирование нижней челюсти.

Вопрос № 4: Прогноз при данном заболевании.

### Ситуационная задача №17

Пациент В., 2 недели. Жалобы на затрудненное дыхание, трудности при кормлении. Ребенок находится на зондовом питании. Лежа на спине задыхается. Из анамнеза матери: тиреотоксикоз, поликистоз яичников, миома матки. Ребенок от 3-ей беременности. Выкидыши – 1. Мертворожденные – 1. Роды преждевременные на 30-ой неделе. Объективный статус: Ребенок беспокоен, выражена цианотичность кожных покровов. Нижняя челюсть недоразвита, находится позади верхней на расстоянии более чем 2 см. Отмечается микрогlossия, глосоптоз. Диастаз частично твердого и мягкого неба в пределах 0,8 см.

Вопрос № 1: О каком заболевании идет речь.

Вопрос № 2: Что явилось пусковым механизмом в развитии данного синдрома.

Вопрос № 3: Относится ли данный синдром к хромосомным болезням.

Вопрос № 4: Что используется в практике медико-генетического консультирования при диагностике мультифакторных заболеваний.

### Ситуационная задача №18.

Ребёнок В., 6 лет. Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 грамм. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



Вопрос № 1: Опишите st. localis (см. рис.).

Вопрос № 2: Поставьте диагноз.

Вопрос № 3: Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.

Вопрос № 4: Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.

Вопрос № 5: Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

### Критерии оценки решения ситуационных задач:

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

Оценка «хорошо» – студент 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» – студент 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» – студент 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.

### Критерии оценки решения ситуационных задач

Критерий/ Оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ( $\frac{2}{3}$ ) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

### Комплект тестовых заданий

**Раздел 1.** Наследственность и патология. Классификация и семиотика наследственных болезней, принципы их диагностики.

#### 1. ГЕНЕТИКА ИЗУЧАЕТ:

- индивидуальное развитие особей
- +закономерности наследственности

- +закономерности изменчивости
  - строение и функции организмов
  - возникновение жизни на земле
2. **АЛЛЕЛЬНЫЕ ГЕНЫ:**
    - +расположены в одних и тех же локусах гомологичных хромосом
    - расположены в различных локусах гомологичных хромосом
    - расположены в различных гомологичных хромосомах
    - +определяют развитие одинаковых признаков
    - определяют развитие разных признаков
  3. **НЕАЛЛЕЛЬНЫЕ ГЕНЫ:**
    - расположены в одних и тех же локусах гомологичных хромосом
    - +расположены в различных локусах гомологичных хромосом
    - +расположены в негомологичных хромосомах
    - определяют развитие одинаковых признаков
  4. **В ГОМОЗИГОТНОМ СОСТОЯНИИ:**
    - +аллельные гены в гомологичных хромосомах одинаковые
    - аллельные гены расположены в различных гомологичных хромосомах
    - аллельные гены в гомологичных хромосомах различные
    - аллельные гены отвечают за развитие разных признаков
    - +аллельные гены отвечают за развитие одного и того же признака
  5. **В ГЕТЕРОЗИГОТНОМ СОСТОЯНИИ:**
    - +аллельные гены отвечают за развитие альтернативных признаков
    - аллельные гены отвечают за развитие одного и того же признака
    - +аллельные гены в гомологичных хромосомах различные
    - аллельные гены в гомологичных хромосомах одинаковые
    - аллельные гены расположены в различных гомологичных хромосомах
  6. **ДОМИНИРОВАНИЕ:**
    - +признак, который в гетерозиготе подавляет действие альтернативной аллели
    - признак, не проявляющий свое действие в гетерозиготе
    - +признак, проявляющийся в первом поколении
    - признак, проявляющийся только в гомозиготном состоянии
    - промежуточный признак, проявляющийся в гетерозиготном состоянии
  7. **НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ:**
    - способ передачи наследственной информации, который может изменяться в зависимости от формы размножения
    - +общее свойство, которое одинаково проявляется у всех организмов, обуславливает хранение и репродукцию наследственной информации, обеспечивает преемственность между поколениями
    - индивидуальное развитие особей, в основе которого лежит реализация наследственной информации
    - изменение наследственных задатков, а также вариабельность их проявления в процессе развития организмов при взаимодействии с внешней средой
    - период существования клетки, от одного деления до следующего
  8. **ИЗМЕНЧИВОСТЬ:**
    - способ передачи наследственной информации, который может изменяться в зависимости от формы размножения
    - общее свойство, которое одинаково проявляется у всех организмов, обуславливает хранение и репродукцию наследственной информации, обеспечивает преемственность между поколениями
    - индивидуальное развитие особей, в основе которого лежит реализация наследственной информации
    - +изменение наследственных задатков, а также вариабельность их проявления в

процессе развития организмов при взаимодействии с внешней средой  
 период существования клетки, от одного деления до следующего

9. ПРОЦЕСС КРОССИНГОВЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- митозе
- амитозе
- +мейозе

шизогонии

10. РЕПАРАЦИЯ:

- обеспечивает постоянство хромосом
- +обеспечивает целостность структуры ДНК
- сохраняет уникальность гена
- обеспечивает комбинативную изменчивость
- +обеспечивает стабильность субмикроскопической структуры генетического материала

11. ФЕНОТИП:

- диплоидный набор хромосом, характеризующийся их числом, величиной и формой
- +совокупность внешних и внутренних признаков организма
- совокупность всех наследственных факторов
- совокупность всех генов полученных от родителей
- +совокупность всех признаков и свойств организма

12. ГЕНОТИП:

- +совокупность всех генов, полученных от родителей
- совокупность внешних и внутренних признаков организма
- +совокупность всех наследственных факторов
- совокупность всех признаков и свойств организма
- диплоидный набор хромосом, характеризующийся их числом, величиной и формой

13. АУТОСОМНЫЕ ГРУППЫ СЦЕПЛЕНИЯ:

- 20
- 21
- +22
- 23
- 24
- 46

14. ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОМОСОМ:

- интенсивность окрашивания
- +характер поперечной исчерченности при дифференциальной окраске
- +размер и расположение центромеры
- +длина плеч хромосом

15. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И СОХРАНЕНИЕ ВИДА:

- мутация
- редупликация
- +репарация
- транскрипция
- терминация

16. СТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОТИПА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- +системой репарации ДНК
- +дублированностью структурных элементов генотипа
- полуконсервативным характером редупликации ДНК
- +матричным принципом биосинтеза
- адаптацией организма к факторам внешней среды

17. УСТОЙЧИВОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- +диплоидным набором хромосом
  - двойной спиралью РНК
  - +вырожденностью генетического кода
  - +повтором некоторых генов
  - уникальностью генов
18. СПОНТАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДНК:
- репарация
  - редупликация
  - +мутация
  - транскрипция
  - трансляция
19. АПОПТОЗ:
- + запрограммированная гибель клеток
  - гибель клеток после ожога
  - гибель клеток после травмы органов
  - результат супрессии
  - +физиологическая гибель клеток
20. СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ:
- дифференцированные клетки
  - +недифференцированные клетки - предшественники других клеток
  - +клетки обладающие тотипотентностью
  - +клетки сохраняющие способность к делению
  - клетки утрачивающие митотическую активность
21. УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ ПОСТОЯНСТВА ГЕНОВ В ПОПУЛЯЦИИ:
- отсутствие кроссинговера
  - отсутствие спариваний
  - +отсутствие миграции
  - +отсутствие естественного отбора
  - отсутствие света
22. ФАЗЫ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ:
- инактивации гамет
  - +сближения гамет
  - +активации яйцеклетки
  - активации сперматозоида
  - +слияния гамет (сингамия)
23. В ФОРМИРОВАНИИ НЕРВНОЙ ТРУБКИ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:
- +миграция
  - апоптоз
  - +пролиферация
  - тотипотентность
  - ооплазматическая сегрегация
24. ЛЕТАЛЬНЫЕ МУТАЦИИ:
- снижают жизнеспособность организма
  - +приводят к гибели плода во время эмбрионального развития
  - возникают под влиянием природных факторов и без участия человека
  - возникают в результате специального воздействия на организм мутагенных факторов
  - возникают только в соматических клетках организма
25. ПРИЧИНЫ ГЕНОМНЫХ МУТАЦИЙ:
- выпадение и потеря пар нуклеотидов
  - замена и вставка пар нуклеотидов
  - хромосомные перестройки

- сдвиг рамки считывания  
 +изменение числа хромосом вследствие неправильного расхождения их в процессе митоза или мейоза
26. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:  
 медленным ростом опухоли  
 +инвазивным ростом опухоли  
 поликлональностью опухоли  
 +моноклональностью опухоли  
 +неконтролируемым делением опухолевых клеток
27. ПРЕВРАЩЕНИЕ НОРМАЛЬНОЙ КЛЕТКИ В ОПУХОЛЕВУЮ:  
 органогенез  
 +онкогенез  
 гистогенез  
 +канцерогенез  
 партеногенез
28. ПРИЧИНЫ ОПУХОЛЕВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ:  
 высокая температура  
 +онковирусы  
 солнечная радиация  
 +соматическая мутация  
 низкая температура
29. ОПУХОЛЕВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ С ПЕРВИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ:  
 митохондрий  
 лизосом  
 +генов  
 рибосом  
 +хромосом
30. ОПУХОЛЕВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ:  
 усиление влияния факторов, тормозящих пролиферацию клеток  
 усиление влияния факторов, приводящих к гибели клеток  
 +усиление влияния факторов, стимулирующих пролиферацию клеток  
 неконтролируемое увлечение массы клеток  
 +неконтролируемое деление клетки
31. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОБРАЗЦОВ ДНК ИСПОЛЬЗУЮТ:  
 +кровь  
 сыворотку  
 +ворсины хориона  
 +клетки амниотической жидкости  
 +биоптаты кожи, мышц, печени
32. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ МЕНДЕЛИЗМА В ГЕНЕТИКЕ ЧЕЛОВЕКА НАЧАЛОСЬ:  
 с середины XIX века (Г. Мендель; В.М. Флориндский; Ф. Гальтон)  
 с конца XIX века (А. Вейсман; А.А. Остроумов)  
 +с начала XX века (переоткрытие законов Г. Менделя)  
 в 1910-1920 гг. (Т.Х. Морган хромосомная теория наследственности)  
 в 1940-1950 гг. (открытие информационной роли и структуры ДНК)  
 в 1950-1960 гг. (новая эра цитогентики человека)
33. ОСНОВОПОЛОЖНИК КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕНЕТИКИ В РОССИИ:  
 Н.К. Кольцов  
 А.С. Серебровский  
 +С.Н. Давиденков

Н.В. Тимофеев-Ресовский

Н.П. Дубинин

### 34. ПОЛОЖЕНИЯ ХРОМОСОМНОЙ ТЕОРИИ:

- +гены находятся в хромосомах, каждая хромосома представляет собой группу сцепления генов, число групп сцепления равно гаплоидному набору хромосом
- хромосомы состоят из хроматид, хроматида из хромонем, хромонема из микрофибрилл
- +каждый ген в хромосоме имеет локус, гены расположены в линейном порядке
- между гомологичными хромосомами не происходит кроссинговер
- +расстояние между генами в хромосоме пропорционально проценту кроссинговера между ними

## Раздел 2. Общая характеристика хромосомных, моногенных и мультифакториальных болезней

### 1. ОБЪЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕНЕТИКИ:

индивидуум

индивидуум и его родственники

- +индивидуум и все члены его семьи, в том числе и здоровые

### 2. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ:

- +изучения причин клинического полиморфизма болезней
- +создания новых вакцин
- +диагностики наследственных и инфекционных болезней

### 3. ПРОБАНД:

индивидуум, обратившийся к врачу

индивидуум, обратившийся в медико-генетическую консультацию

- + индивидуум, впервые попавший под наблюдение врача-генетика
- индивидуум, с которого начинается сбор родословной

### 4. ОСОБИ ОДНОГО ПОКОЛЕНИЯ РАСПОЛОГАЮТСЯ:

+по горизонтали

беспорядочно

- +в порядке рождаемости слева направо
- в порядке рождаемости справа налево
- по вертикали

### 5. ДЕТИ ОДНОЙ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПАРЫ:

пробанды

гомозиготы

супруги

- +сибсы

родители

### 6. ПРИЗНАК МИТОХОНДРИАЛЬНОГО НАСЛЕДОВАНИЯ:

сын никогда не наследует патологию отца

все дочери больного отца больны

повышенная частота кровнородственных браков

- +все дети больной матери больны

преимущественное поражение лиц мужского пола

### 7. НАСЛЕДОВАНИЕ СЦЕПЛЕННОЕ С ПОЛОМ:

- +общая цветовая слепота

+гемофилия

цвет волос

глухота

### 8. НАСЛЕДОВАНИЕ СЦЕПЛЕННОЕ С ПОЛОМ:

цвет глаз

- +дальтонизм
  - глухота
  - +гемофилия
9. ПРИЗНАКИ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ:
- +болезнь передается только от матери
  - +заболевание одинаково часто встречается у мужчин и женщин
  - больные женщины передают заболевание 50% детей
  - +все дети больных отцов здоровы
10. КЛИНИКО-ГЕОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД:
- составляет родословную с последующим обследованием пробанда
  - составляет родословную
  - прослеживает передачу наследственных признаков среди родственников одного поколения
  - +прослеживает передачу наследственных признаков среди родственников больного в ряду поколений
11. ГЕНЕОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД УСТАНОВЛИВАЕТ:
- изменение структуры хромосом
  - +тип наследования болезни
  - +вероятность рождения больного ребенка
  - +генотип пробанда
  - изменение числа хромосом
12. ФАКТОРЫ, НАРУШАЮЩИЕ МОРФОГЕНЕЗ, ДЕЙСТВУЮТ В:
- пубертатном периоде
  - периоде грудного вскармливания
  - +зародышевом периоде
  - репродуктивном периоде
  - + фетальном периоде
13. ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ:
- прием витаминов
  - +прием цитостатиков
  - недостаток грудного молока
  - + недостаток фолиевой кислоты
  - недостаток жирных кислот
14. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:
- аспирин
  - + талидомид
  - анальгин
  - + варфарин
  - амидопирин
15. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:
- противоожоговые
  - +противоопухолевые
  - анальгетики
  - +противосудорожные
  - + противосвертывающие
16. ПЕРИОД, В КОТОРОМ ВОЗНИКАЮТ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ТЕРАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ:
- постнатальный
  - дорепродуктивный
  - +эмбриональный
  - репродуктивный
  - +плодный

17. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:  
 витамины  
 + цитостатики  
 аналгин  
 + противосудорожные препараты  
 + противосвертывающие препараты
18. ВИРУСЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:  
 гриппа  
 птичьего гриппа  
 +краснухи  
 ветряной оспы  
 +цитомегаловирус
19. ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К НАРУШЕНИЮ ОНТОГЕНЕЗА:  
 прием витаминов  
 +алкоголь  
 прием жирной пищи  
 +курение  
 физические нагрузки
20. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ:  
 +накопленные в процессе эволюции патологические мутации  
 вновь возникающие мутации в соматических клетках  
 +вновь возникающие мутации в половых клетках  
 распространенность наследственных болезней
21. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:  
 гиперплазия почки  
 контактный дерматит  
 +адентия  
 эндемический зоб  
 аскаридоз
22. ЧИСЛО КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:  
 до 3000  
 +4000-4500  
 6000-10 000  
 80 000-100000  
 до 1000
23. ЧАСТОТА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ:  
 +5-5,5%  
 3-3,5%  
 9-10%  
 0,1-1,0%  
 0,1%
24. ДОЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ ДЕТЕЙ 1 ГОДА:  
 50%  
 70%  
 +25%  
 5%  
 1%
25. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЯВИЛИСЬ:  
 в связи с уменьшением инфекционной заболеваемости  
 в связи с улучшением условий жизни и медицинской помощи

- +в процессе эволюционного формирования человека как биологического вида
- в процессе социального формирования человеческого общества
- 26. ПРОГРЕДИЕНТНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОБУСЛОВЛЕНА:
  - ростом и старением организма больного
  - неэффективностью лечения
  - +непрерывностью функционирования мутантных аллелей
- 27. НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СВОЙСТВЕННЫ:
  - +ранняя манифестация клинических проявлений
  - острое течение
  - +вовлеченность в патологический процесс многих органов и систем
  - +прогредиентное течение
  - широкая распространенность в популяции
  - +резистентность к терапии
- 28. ПРОЯВЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
  - +проявление гена или симптомов заболевания у родственников
  - +вовлеченность в патологический процесс нескольких органов и систем
  - манифестация, строго определенная во времени
  - вовлеченность в патологический процесс одной системы
- 29. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ:
  - заболевания, обусловленные мутацией генов
  - заболевания, проявляющиеся на 1-м году жизни ребенка
  - +заболевания, проявляющиеся при рождении
  - заболевания, не поддающиеся лечению
- 30. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ:
  - комбинативные
  - конструктивные
  - +изолированные
  - смешанные
  - +системные
- 31. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ:
  - сложные
  - +множественные
  - простые
  - +изолированные
  - +системные
- 32. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ:
  - кривошея
  - +врожденная расщелины губы
  - косолапость
  - +пороки сердца
  - +анэнцефалия
- 33. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ:
  - врожденная расщелина губы и неба
  - + врожденная расщелина губы и полидактилия
  - дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки
  - +микроцефалия и косолапость
  - микрофтальмия и анофтальмия
- 34. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ:
  - + врожденная расщелина губы и микрофтальмия
  - врожденная расщелина губы и неба
  - + врожденная расщелина губы и полидактилия

- косолапость и плоскостопие  
+косолапость и пороки сердца
35. ХРОМОСОМНЫЕ ПАТОЛОГИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:  
генными мутациями  
+хромосомными мутациями  
+геномными мутациями  
+изменениями межгенных участков структуры ДНК  
изменениями числа и структуры хромосом
36. ПРИЗНАКИ Х-СЦЕПЛЕННОГО РЕЦЕССИВНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ:  
+заболевание наблюдается преимущественно у мужчин  
+все фенотипически нормальные дочери больных мужчин являются носительницами  
больные мужчины передают патологическую аллель сыновьям в 50%  
+сыновья женщины-носительницы будут больны с вероятностью 50%
37. СЦЕПЛЕННО С Х-ХРОМОСОМОЙ НАСЛЕДУЮТСЯ ДОМИНАНТНЫЕ ПРИЗНАКИ:  
полидактилия  
гемофилия  
дальтонизм  
+гипоплазия эмали зубов  
+витамино-устойчивый рахит
38. ПРИЗНАКИ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОГО ТИПА НАСЛЕДОВАНИЯ:  
родители больного ребенка фенотипически здоровы, но аналогичное заболевание встречается у сибсов пробанда  
сын никогда не наследует заболевание от отца  
+заболевание встречается одинаково часто у мужчин и женщин  
+заболевание передается от родителей к детям в каждом поколении
39. ХРОМОСОМНЫЕ ПАТОЛОГИИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:  
+множественными признаками дисморфогенеза  
+врожденными пороками развития  
+отставанием в умственном развитии  
необычным цветом и запахом мочи
40. БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИМЕЮТ ХРОМОСОМНЫЕ ПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ:  
+недостатком генетического материала  
избытком генетического материала
41. СИНДРОМ УМСТВЕННОЙ ОСТАЛОСТИ С ЛОМКОЙ Х-ХРОМОСОМОЙ ОКОНЧАТЕЛЬНО ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:  
результатов биохимических исследований мочи и крови  
данных электроэнцефалографии  
+молекулярно-генетического анализа  
результатов психологического тестирования  
данных семейного анамнеза
42. РИСК РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ХРОМОСОМНЫМИ АНОМАЛИЯМИ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШАЕТСЯ:  
в 20-25 лет  
в 25-30 лет  
в 30-35 лет  
+в 35-40 лет
43. ГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ НА ОСНОВЕ:  
возрастных характеристик  
+преимущественного поражения определенных систем и органов  
+типа наследования

- характера мутации
44. ГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:
- потерей участка хромосомы
  - дубликацией части хромосомы
  - потерей двух генов и более
  - +мутацией одного гена
45. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МОНОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
- перенос участка одной хромосомы на другую
  - +изменение структуры ДНК
  - взаимодействие генетических и средовых факторов
  - +мутация генов
  - делеция, дубликация, транслокация участков хромосом
46. МОНОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ПО ТИПУ НАСЛЕДОВАНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ НА:
- пенетрантные
  - экспрессивные
  - +аутосомно-доминантные
  - +аутосомно-рецессивные
  - +аутосомно-доминантные с неполным доминированием
47. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОНОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЧИТАЕТСЯ ВЫСОКОЙ:
- +1:100
  - +1:5000
  - +1:10 000
  - 1:20 000
  - 1:50 000
48. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МОНОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОБУСЛОВЛЕН:
- +действием мутантных аллелей на фоне различных генотипов
  - +полилокусной и/или полиаллельной детерминацией клинической картины болезни
  - различной частотой генов в популяции
  - близкородственным браком
  - действием тератогенных факторов
49. МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
- инфекционные
  - алиментарные
  - +гипертоническая болезнь
  - +язвенная болезнь
  - +подагра
50. МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
- гемофилия, талассемия, серповидно-клеточная анемия
  - +врожденные пороки сердца, почек, диафрагмальная грыжа
  - +шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз
  - +рак желудка, рак поджелудочной железы
51. МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СВОЙСТВЕННЫ:
- +высокая частота в популяции
  - низкая частота в популяции
52. ДЛЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ ХАРАКТЕРНО:
- +различия больных по полу и возрасту
  - +широкий спектр клинических проявлений
  - менделирующий характер
  - +популяционные различия в частоте
53. РИСК РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШАЮТ:

- +аналогичная болезнь у кровных родственников
  - гетерозиготность по аутосомно-рецессивной болезни
  - +вредные факторы окружающей среды
  - большое число детей в семье
54. МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННУЮ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ИМЕЮТ:
- +шизофрения
  - +ишемическая болезнь сердца
  - +язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
  - галактоземия
55. В ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОТНОСЯТ НА ОСНОВАНИИ:
- +генеалогических данных
  - +иммунологических и биохимических показателей тяжести заболевания
  - результатов цитогенетического исследования
56. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ:
- болезнь передается соответственно менделевским законам наследования
  - +более высокая конкордантность у монозиготных близнецов в сравнении с таковой у дизиготных близнецов (в сходных средовых условиях)
  - +заболеваемость у биологических родственников выше, чем у родственников, не имеющих кровного родства
57. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКЕ:
- гибридологический
  - +генеалогический
  - +биохимический
  - физиологический
  - +цитогенетический
58. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
- +генеалогический
  - евгенический
  - +цитогенетический
  - световой
  - +близнецовый
59. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
- физический
  - +молекулярно-генетический
  - цветовой
  - +популяционно-статистический
  - +биохимический
60. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
- +биохимический
  - цитостатический
  - +цитогенетический
  - +иммунологический
  - физический
61. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:
- биометрический
  - +биохимический
  - +молекулярно-генетический

- цитостатический  
+цитогенетический
62. НАРУШЕНИЕ ЧИСЛА ХРОМОСОМ ДИАНОСТИРУЮТСЯ МЕТОДОМ:  
биохимическим  
близнецовым  
микробиологическим  
генеалогическим  
+цитогенетическим
63. МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНУЮ ПРИРОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ МЕТОДАМИ:  
+близнецовым  
+исследованием ассоциации генетических маркеров  
цитогенетическим  
+клинико-генеалогическим  
+популяционно-статистическим
64. РИСК РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОЦЕНИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ:  
наличия близкого родства супругов  
+данных клинико-генеалогического анализа  
+наличия вредных привычек  
+наличия специфического биохимического маркера
65. РИСК РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:  
+клинико-генеалогическим методом  
цитогенетическим методом  
+биохимическим методом  
+нагрузочными тестами
66. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:  
+комплекс мероприятий, направленных на предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными болезнями  
комплекс мероприятий, направленных на предотвращения развития наследованного заболевания  
фенотипическая коррекция дефекта
67. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ:  
генеалогический  
цитостатический  
+амниоцентез  
амниотический  
+хорионцентез
68. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МАССОВОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ:  
множественные врожденные пороки развития  
пренатальная гипотрофия  
недоношенность  
фонтанные рвоты  
+факт рождения
69. МАССОВЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ:  
обследование детей из учреждений для слабовидящих  
исследование крови и мочи новорожденных на содержание гликозаминогликанов (мукополисахаридов)  
+обследование новорожденных с целью выявления определенных форм наследственной патологии в доклинической стадии  
обследование детей с судорожным синдромом, отставанием в психомоторном

развитии, параплегией

70. ТРЕБОВАНИЯ К БИОХИМИЧЕСКОМУ СКРИНИНГУ:

+диагностическая значимость (небольшой процент ложноположительных и отсутствие ложноотрицательных результатов)

стоимость диагностической программы не больше стоимости содержания заболевших

+использование легкодоступного биологического материала в малом количестве при положительном результате - отсутствие необходимости в проведении повторного исследования с целью подтверждения диагноза

71. ПРИ ПОВТОРНЫХ СПОНТАННЫХ АБОРТАХ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕРТВОРОЖДЕНИИ, ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАЗНАЧАЕТСЯ:

+обоим супругам  
одной женщине  
родителям женщины

+плоду

72. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК:

повышенная вероятность иметь определенное заболевание в течение жизни

+вероятность возникновения наследственной патологии или патологии с наследственной предрасположенностью

вероятность внутриутробной гибели плода

73. ВЫСОКИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК:

+100%

5-10%

10-20%

+20-25%

74. СРЕДНИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК:

+10-20%

50%

+6-10%

20-25%

75. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний у ребенка

предотвращение беременности при высоком риске рождения ребенка с патологией

+диагностика патологии у эмбриона или плода

оценка риска развития заболевания у будущего ребенка

диагностика гетерозиготного носительства рецессивных патологических генов у беременной

76. ПРЯМЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:

определение альфа-фетопротеина

близнецовый

+амниоцентез

+кордоцентез

+хорионбиопсия

77. ПРЕДУПРЕЖДАЮТ РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ:

массовый скрининг новорожденных детей

селективный скрининг детей групп риска

+ амниоцентез

дерматоцентез

+ УЗИ беременных

78. НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:

- фетоскопия
  - +УЗИ
  - хориобиопсия
  - +анализ ХГЧ в сыворотке крови беременной
  - кордоцентез
79. НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ:
- галактоземии
  - +синдрома Дауна
  - глухоты
  - фенилкетонурии
  - миопатии
80. СРОКИ БИОПСИИ ХОРИОНА:
- 10-12 нед.
  - +7-9 нед.
  - 4-6 нед.
81. БИОПСИЯ ХОРИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:
- +наследственных дефектов обмена веществ
  - множественных врожденных пороков развития
  - +хромосомных синдромов
  - изолированных врожденных пороков развития
82. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА:
- гепатоспленомегалия, катаракта
  - +привычное невынашивание беременности и мертворождение
  - непереносимость некоторых пищевых продуктов, гемолитические кризы
  - +умственная отсталость, микроаномалии развития или врожденные пороки развития
83. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА:
- +возраст матери 39 лет
  - +рождение ребенка с синдромом Дауна в анамнезе
  - +кистозная гигрома шеи у плода при УЗИ
  - врожденная расщелина позвоночника у троюродного брата
  - +робертсоновская транслокация у отца
84. ЗАРОДЫШ НАЗЫВАЕТСЯ ПЛОДОМ:
- с 1 нед.
  - с 2 до 8 нед.
  - с 1 до 15 нед.
  - +с 9 до 40 нед.
  - с 16 до 38 нед.
85. ЗАРОДЫШ НАЗЫВАЕТСЯ ЭМБРИОНОМ:
- с 1 нед.
  - с 2 до 8 нед.
  - с 1 до 15 нед.
  - +с 9 до 40 нед.
  - с 16 до 38 нед.
86. КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ:
- +1-2 нед.
  - 2-3 нед.
  - +3-6 нед.
  - 7-8 нед.
87. КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА:
- оплодотворение
  - рост плода

- +имплантация зародыша
- морфогенез
- +плацентация
- 88. КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА:
  - +роды
    - первый год жизни ребенка
    - период полового созревания
  - +плацентация
  - +имплантация
- 89. КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА:
  - рост плода
  - созревание плода
  - +роды
    - морфогенез
  - +плацентация
- 90. ТРЕТИЙ КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД АНТЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА:
  - +перинатальный период
    - постнатальный период
  - +роды
    - 7-40 нед.
  - +39-40 нед.
- 91. ПЕРИОДЫ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА:
  - предэмбриональный
  - эмбриональный
  - +дорепродуктивный
  - +репродуктивный
  - +пострепродуктивный
- 92. АМНИОЦЕНТЕЗ:
  - исследование полового хроматина
  - составление идиограммы
  - исследование активности ферментов
  - определение типа наследования
  - +исследование амниотической жидкости клеток плода
- 93. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ АМНИОЦЕНТЕЗ ПРОВОДЯТ В:
  - 7-8 нед.
  - 11-12 нед.
  - +16-18 нед.
  - 24-26 нед.
- 94. ТАКТИКА ВРАЧА-ГЕНЕТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПЛОДА ТРИСОМИИ 21:
  - рекомендовать прерывание беременности
  - +предоставить семье полную информацию о вероятном состоянии здоровья ребенка, возможностях его лечения и социальной адаптации
  - +предоставить право окончательного решения о пролонгировании или прерывании беременности родителям
    - рекомендовать повторную беременность
- 95. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОВТОРНЫХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШАХ:
  - неравный брак
  - +кровнородственный брак
    - повторный брак
  - +гетерозиготность супругов по рецессивной мутации

- + гетерозиготность одного из супругов по доминантной мутации
- 96. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ:
  - ретенционной кисте слизистой оболочки нижней губы
  - вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС
  - остеоме верхней челюсти
  - +врожденной расщелине твердого и мягкого неба
- 97. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ:
  - саркоме Юинга
  - +врожденной полной расщелине мягкого неба
  - анкилозе ВНЧС
  - +синдроме Гольденхара
  - +врожденной полной расщелине мягкого и твердого неба
- 98. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ:
  - +врожденной полной двусторонней расщелине верхней губы
  - вторичном деформирующем остеоартрозе ВНЧС
  - папилломе кончика языка
  - +херувизме
  - ретенционной кисте слизистой оболочки нижней губы
- 99. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ:
  - хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите
  - одонтогенной воспалительной кисте
  - +врожденной расщелине альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба
  - +синдроме Пьера Робена
  - +врожденной скрытой расщелине верхней губы

**Раздел 3. Профилактика наследственной патологии** Общая характеристика хромосомных, моногенных и мультифакториальных болезней

1. **ЖАБЕРНЫЙ КАРМАН**
  - +выпячивание энтодермы
  - выпячивание эктодермы
  - разрастание эпителия
  - разрастание мезенхимы
2. **ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК ФОРМИРУЕТСЯ:**
  - за счет циркулярной связки периодонта
  - за счет транссептальных волокон
  - +за счет эпителиального прикрепления
  - за счет эмалево – цементного соединения
3. **ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТСЯ:**
  - из первого жаберного кармана
  - из ротовой ямки
  - +из первой жаберной дуги
  - из второй жаберной дуги
4. **НЕБО ФОРМИРУЕТСЯ:**
  - за счет лобного бугорка
  - за счет первой жаберной дуги
  - +за счет пластинчатых выростов верхнечелюстных отростков
  - за счет первой пары жаберных карманов
5. **ЗАЧАТКИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ФОРМИРУЮТСЯ:**
  - из первой жаберной дуги
  - из эпителия корневого влагалища
  - +из зубной пластинки
  - из мезенхимы зубного сосочка

6. СРОКИ ЗАКЛАДКИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ:
  - на 1 мес. гестации
  - +на 4–5 мес. гестации
  - на 5–6 мес. жизни ребенка
  - на 2 году жизни ребенка
  - на 4–5 году жизни ребенка
7. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ:
  - 1 – II – III – IV – V
  - +I – II – IV – III – V
  - II – I – III – IV – V
8. ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ:
  - 6 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 7
  - 1 – 2 – 4 – 5 – 3 – 6 – 7
  - +6 – 1 – 2 – 4 – 3 – 5 – 7
9. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:
  - +заболеваниями матери или ребенка в период формирования зубов
  - травмой зачатка
  - употреблением большого количества углеводов в 1 год жизни
  - повышенным содержанием F в питьевой воде
10. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА:
  - пониженным содержанием F в питьевой воде
  - +отягощенной наследственностью
  - замедленным прорезыванием
  - действием кариесогенных факторов
  - +нарушением внутриутробного развития
11. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:
  - +заболеваниями матери в период беременности
  - +заболеваниями ребенка (рахит, диспепсия) на 1 году жизни
  - отсутствием гигиены полости рта
  - распространением воспаления от корней 85 зуба на фолликул
  - вколоченным вывихом 85 зуба, с внедрением в фолликул
12. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:
  - повреждением зачатков зубов
  - +заболеваниями матери в период беременности, общими заболеваниями ребенка в период закладки зубов
  - эндокринными заболеваниями
  - рахитом
13. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОРАЖЕНЫ:
  - все молочные зубы
  - все постоянные зубы
  - молочные резцы
  - постоянные премоляры
  - +группа зубов одного периода минерализации
14. «ТЕТРАЦИКЛИНОВУЮ» ОКРАСКУ ЗУБОВ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:
  - +гипоплазией
  - +флюорозом
  - кариесом в стадии пятна
  - эрозией эмали
15. СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ТЕТРАЦИКЛИНОВОГО РЯДА:
  - от 1 до 6 мес.
  - от 1 года до 6 лет

- от 6 мес. до 6 лет  
+от 6 мес. до 12 лет
16. ПРЕПАРАТЫ ТЕТРАЦИКЛИНОВОГО РЯДА ВЫЗЫВАЮТ ОКРАШИВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:  
+беременной женщины  
ребенка старше 3 лет  
ребенка старше 10 лет
17. НЕСОВЕРШЕННЫЙ АМЕЛО- И ДЕНТИНОГЕНЕЗ ОБУСЛОВЛЕН:  
хроническими и системными заболеваниями матери в период беременности  
+неполноценным питанием ребенка 1 года жизни  
травмой зачатков постоянных зубов
18. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНЫ:  
молочные резцы  
молочные моляры  
постоянные резцы  
постоянные моляры  
+все молочные и постоянные зубы
19. «ГИПСОВЫЕ ЗУБЫ» ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ:  
гипоплазии эмали  
флюороза  
+несовершенного амелогенеза  
несовершенного дентиногенеза  
несовершенного одонтогенеза
20. НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:  
системная гипоплазия  
флюороз  
местная гипоплазия  
+дисплазия Капдепона  
кариес
21. ПРИ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА ПОРАЖЕНЫ:  
все молочные зубы  
молочные моляры  
постоянные резцы  
постоянные моляры  
+все молочные и постоянные зубы
22. ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА ХАРАКТЕРНЫ:  
наличие ночных болей  
+стираемость эмали и дентина, изменение окраски зубов  
кариозные полости  
интактные зубы  
бруксизм
23. ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФОРМИРУЕТСЯ В:  
+3-6 нед.  
11-12 нед.  
во второй половине эмбриогенеза
24. К ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ТВЕРДОГО НЕБА ПРИВОДИТ КЛЕТОЧНЫЙ МЕХАНИЗМ:  
+аплазия небной кости  
гиперплазия небной кости  
гиперплазия небного отростка  
+аплазия небного отростка  
аплазия альвеолярного отростка

25. К ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ТВЕРДОГО НЕБА ПРИВОДИТ КЛЕТОЧНЫЙ МЕХАНИЗМ:
- + нарушение пролиферации
  - нарушение апоптоза
  - нарушение миграции
  - нарушение сортировки
  - нарушение сегрегации
26. ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИВОДЯЩИМ К ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ТВЕРДОГО НЕБА ОБЛАДАЮТ:
- сладкие продукты, принимаемые беременной женщиной
  - +лекарственные препараты, принимаемые во время беременности
  - патологические изменения репродуктивных органов женщины
27. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:
- ринолалия
  - +укорочение верхней губы
  - деформация кожно-хрящевого отдела носа
28. ДЕФОРМАЦИЯ КОЖНО-ХРЯЩЕВОГО ОТДЕЛА НОСА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:
- неполная
  - скрытая
  - +полная
29. МИКРОПРИЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА:
- +несимметричное расположение крыльев носа
  - +расщепление кончика язычка мягкого неба
  - папиллома слизистой верхней губы
  - +несимметричный кончик носа
  - +углообразный выступ в области красно каймы верхней губы у бокового валика
30. НАРУШЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЕБА ВЫЗВАНО:
- анкилоглоссией
  - +укорочением мягкого неба
  - сужением среднего отдела глотки
  - +расширением среднего отдела глотки
  - +наличием широкого сообщения между ротовой и носовой полостями
31. МИКРОГЛОССИЯ:
- отсутствие нижней челюсти
  - недоразвитие верхней челюсти
  - недоразвитие нижней челюсти
  - + недоразвитие языка
  - отсутствие языка
32. АГЛОССИЯ:
- отсутствие нижней челюсти
  - недоразвитие верхней челюсти
  - недоразвитие нижней челюсти
  - недоразвитие языка
  - +отсутствие языка
33. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ:
- вторичная частичная адентия
  - +первичная адентия
  - +макродентия

- вторичная полная адентия
34. ИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ:  
 +при наличии сверхкомплектных зубов  
 при отсутствии зачатков зубов  
 при ретенции зубов
35. ГИПООДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ:  
 при наличии сверхкомплектных зубов  
 +при отсутствии зачатков зубов  
 при задержке прорезывания зубов
36. МАКТОДЕНТИЯ – ЭТО АНОМАЛИЯ:  
 +размеров зубов  
 формы зубов  
 структуры зубов
37. МАКРОДЕНТИЯ:  
 уменьшение размеров зубов  
 увеличение количества зубов  
 +увеличение размеров зубов
38. МИКРОДЕНТИЯ:  
 увеличение размеров зубов  
 +уменьшение размеров зубов  
 уменьшение количества зубов
39. ОРТОАНОМАЛИЯ:  
 высокое положение зуба  
 +поворот зуба вокруг вертикальной оси  
 вестибулярный наклон зуба
40. ПРИЧИНА ЗАПОЗДАЛОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ:  
 наследственность  
 нарушение процесса минерализации эмали  
 эндокринные заболевания  
 +недоразвитие челюстных костей
41. ПРИЧИНА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ:  
 наследственность  
 нарушение процесса минерализации эмали  
 +эндокринные заболевания  
 недоразвитие челюстных костей
42. НЕДОРАЗВИТИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ – СИМПТОМ:  
 синдрома Ван-дер-Вуда  
 херувизма  
 родовой травмы ВНЧС  
 +гемифациальной микросомии
43. ПРЕДУШНЫЕ КОЖНО-ХРЯЩЕВЫЕ РУДИМЕНТЫ – СИМПТОМ:  
 синдрома Олбрайта  
 херувизма  
 +синдрома Гольденхара  
 синдрома Ван-дер-Вуда
44. НЕДОРАЗВИТИЕ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ – СИМПТОМ:  
 синдрома Ван-дер-Вуда  
 синдрома Олбрайта  
 +синдрома Гольденхара  
 +травмы мышелкового отростка нижней челюсти в первые годы жизни ребенка  
 +гемифациальной микросомии
45. МИКРОГНАТИЯ:

отсутствие нижней челюсти  
 +недоразвитие верхней челюсти  
 недоразвитие нижней челюсти  
 недоразвитие языка  
 отсутствие языка

46. МИКРОГЕНИЯ:

отсутствие нижней челюсти  
 недоразвитие верхней челюсти  
 +недоразвитие нижней челюсти  
 недоразвитие языка  
 отсутствие языка

47. АГНАТИЯ:

отсутствие нижней челюсти  
 +отсутствие верхней челюсти  
 недоразвитие нижней челюсти  
 недоразвитие языка  
 отсутствие языка

48. АГЕНИЯ:

+отсутствие нижней челюсти  
 недоразвитие верхней челюсти  
 недоразвитие нижней челюсти  
 недоразвитие языка  
 отсутствие языка

**Критерии оценки тестовых заданий:**

Оценка «отлично» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «хорошо» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «удовлетворительно» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «неудовлетворительно» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «зачтено», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «не зачтено», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

**Ролевая игра (имитационные технологии)**

**1. Тема ролевой игры.** Первое посещение пациента с синдромом Дауна и его родителей детской стоматологической поликлиники. (Раздел 1. Наследственность и патология. Классификация и семиотика наследственных болезней, принципы их диагностики).

**2. Концепция ролевой игры.** Двум – трем игрокам предлагается роль врач-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

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

**4 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.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	
5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

### Лекция-конференция (не имитационные технологии)

**1. Тема лекции-конференции.** Стоматологические проявления генетической патологии. (Раздел 2. Общая характеристика хромосомных, моногенных и мульти факториальных болезней).

**2 Концепция лекции-конференции.** 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 наиболее часто встречающихся моногенных синдромов»;

3 доклад «Стоматологические проявления мул факториальной патологии».

**3. 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». (Раздел 2. Общая характеристика хромосомных, моногенных и мульти факториальных болезней). В конце лекции-конференции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

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

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение	

материалом, полнота раскрытия темы	
2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	
4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

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

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

#### **Перечень основной литературы:**

1. Терапевтическая стоматология детского возраста: учеб. пособие для студентов стоматол. фак. мед. вузов / Н.В. Курякина. - М: Мед. кн.; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 744 с.: табл.; 20 см. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов и последипломного образования. Стоматологический факультет) 2000 экз. (Шифр 616.31-053.2/К93-276880)

2. Терапевтическая стоматология детского возраста: Учебник / Н. В. Курякина. - М.: Мед. кн.; Н. Новгород: НГМА, 2001. - 744 с: ил. - (Учеб. лит. для студентов мед. вузов и последипломного образования. Стоматол. фак.). (Шифр 616-053.2-902414)

#### **Перечень дополнительной литературы:**

1. Фасхутдинова Е.Н. «Виды оценочных средств»: Учебно-методическое пособие для преподавателей. –Казань: КГМУ, 2013 – 32 с.

2. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие/ Е.Ю. Васильева, Ж. Массар, О.В. Енина, М.И. Томилова, Д.В. Мизгирев, В.А. Акулинин, Т. Потгечер, Т. Шеффер, С. Элиа. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. - 283с.

3. Тестовые задания по детской стоматологии/Р.З. Уразова с соавт., Казань: КГМУ, 2008. -200 с.

4. Ситуационные задачи/ Учебно-методическое пособие для студентов. –Казань: КГМУ, 2004 – 158 с.

#### **Перечень использованных интернет ресурсов:**

- CHRODYS;
- OMIM;
- POSSUM;
- Roche Genetics;
- МЕДГЕН-2000
- SYNGEN;
- ЭБС «Консультант студента»;
- <http://www.ncbi.nih.gov/omim>;
- <http://www.dnmhd.mdx.ac.uk/LDDDB/lddb.html>;
- <http://humbio.ru/humbio/genetics.htm>;
- <http://www.consilium-medicum.com>;
- <http://www.medicusamicus.com>;
- <http://remedium.ru>;
- <http://www.mediasphera.ru>;
- <http://www.it-med.ru>;

- <http://www.medportal.ru>;
- <http://www.undp.org>;
- <http://www.euro.who.int>;
- <http://www1.worldbank.org>.