

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины по выбору аспиранта

Дисциплины по выбору аспиранта

«Хирургическая детская стоматология и челюстно-лицевая хирургия»

направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

направленность - Стоматология

Квалификация выпускника:

Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:

очная

**Н.Новгород
2018**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Стоматология детская. Раздел хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по специальности 14.01.14. - «Стоматология».

Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Стоматология детская. Раздел хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия»

<i>№ п/п</i>	<i>Код контролируемой компетенции (или ее части)</i>	<i>Контролируемые разделы дисциплины</i>	<i>Наименование оценочного средства</i>
1	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Анатомо-физиологические особенности детского организма и ЧЛО у детей. Обезболивание в стоматологии детского возраста.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач. Подготовка и защита реферата
2	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Воспалительные заболевания ЧЛО у детей и подростков. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Заболевания слюнных желез у детей и подростков. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика заболеваний.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач.
3	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний ЧЛО у детей и подростков.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач
4	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Методы диагностики и лечения травматических повреждений ЧЛО у детей и подростков.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач Подготовка и защита реферата
5	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Особенности клинического течения, методы диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных новообразований у детей и подростков.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач Подготовка и защита реферата
6	УК-1, УК-3, УК-5, УК-6, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК- 2, ПК-3, ПК-4	Методы диагностики и лечения врожденных пороков развития челюстно-лицевой области у детей, реабилитация, диспансеризация детей.	Тестовый контроль. Решение ситуационных задач Подготовка и защита реферата

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Стоматология детская. Раздел хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия» проводится по итогам обучения и является обязательной.

Итоговая оценка учитывает совокупные результаты контроля знаний.

Критерии оценки:

<i>код компет</i>	<i>оценка 5 «отлично»</i>	<i>оценка 4 «хорошо»</i>	<i>оценка 3 «удовлетвори-</i>	<i>оценка 2 «неудовлетво-</i>

<i>енции</i>			<i>тельно»</i>	<i>рительно»</i>
	<i>глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями и ее применения на практике, свободное решение ситуационных задач и обоснование принятого решения, владение современными методами диагностики и лечения заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков.</i>	<i>твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы диагностики и лечения стоматологических заболеваний у детей и подростков.</i>	<i>знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний, испытывать затруднения при решении практических задач.</i>	<i>незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий.</i>

Вопросы к зачету по дисциплине:

Хирургическая стоматология детского возраста

1. Методы обследования ребёнка на хирургическом стоматологическом приеме.

2. . Выбор метода обезболивания при стоматологическом лечении детей в амбулаторных условиях. Показания к проведению общей анестезии
3. Общее обезболивание. Задачи общего обезболивания. Показания к наркозу у детей. Виды наркоза. Осложнения и их предупреждение.
4. Виды обезболивания при различных вмешательствах в ЧЛЮ у детей, принципы выбора метода обезболивания.
5. Местное обезболивание у детей. Виды, методики, особенности проведения в амбулаторной практике.
6. Осложнения при проведении местного обезболивания, профилактика и лечение.
7. Этиология, патогенез, клиника неотложных состояний у детей. Организация и проведение реанимационных мероприятий.
8. Показания и противопоказания для операции удаления временных и постоянных зубов у детей
9. . Особенности операции удаления зуба у ребёнка.
10. Осложнения во время и после операции удаления зуба у ребёнка.
11. . Травма зубов в детском возрасте. Виды травм. Хирургическая помощь и методы её проведения у детей.
12. Травмы зубов у детей. Ушибы, вывихи: неполный, полный, вколоченный. Этиология, клиника, диагностика, методы хирургической стоматологической помощи у детей.
13. Острый гнойный одонтогенный периостит челюсти. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, исход заболевания.
14. Хронический одонтогенный периостит челюсти. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, исход заболевания.
15. Одонтогенный остеомиелит челюсти. Острая стадия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, исход заболевания
16. Одонтогенный остеомиелит челюсти. Хроническая стадия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, исход заболевания.
17. Хронический гиперпластический остеомиелит у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
18. Хронический деструктивный остеомиелит челюсти у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Хронический деструктивно-продуктивный остеомиелит челюсти у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
20. Гематогенный остеомиелит лицевых костей у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Одонтогенный очаг инфекции у детей. Развитие очаговообусловленных заболеваний в детском возрасте. Тактика врача - стоматолога.
22. Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛЮ. Общие принципы диагностики и лечения.
23. Острые воспалительные заболевания слюнных желёз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Калькулёзный сиалоаденит у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Хронические воспалительные заболевания слюнных желёз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
26. Хронический паренхиматозный паротит у детей. Методы исследования.
27. Острые лимфадениты челюстно-лицевой области в детском возрасте. Этиолопатогенез, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
28. Хронические лимфадениты челюстно-лицевой области в детском возрасте. Этиолопатогенез, дифференциальная диагностика, клиника, лечение
29. Аденофлегмона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение, исход заболевания
30. Диспансеризация детей с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ у хирурга - стоматолога.
31. Профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, роль врача хирурга-стоматолога.

32. Термические ожоги. Этиология, клиника, доврачебная помощь, лечение, исход.
33. Травма мягких тканей лица и полости носа у детей. Этиология, клиника, профилактика детского травматизма. Неотложная хирургическая помощь и методы её проведения.
34. Переломы верхней челюсти у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исход заболевания.
35. Переломы нижней челюсти у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исход заболевания.
36. Кисты челюстей у детей. Этиология, классификация. Радикулярные кисты. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, исходы заболевания.
37. Кисты челюстей у детей. Этиология, классификация. Фолликулярные кисты. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, исходы заболевания.
38. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов во временных зубах у детей.
39. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов в постоянных зубах у детей.
40. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Капиллярная гемангиома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
41. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Кавернозная гемангиома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
42. Лимфангиомы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
43. Папиллома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
44. Фиброма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
45. Доброкачественные опухоли костей лица у детей. Клиническая картина, методы лечения.
46. Одонтома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
47. Фиброма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение..
48. Хондрома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение
49. Остеома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.
50. Опухолеподобные заболевания ЧЛЮ у детей. Фиброзная остеодисплазия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
51. Херувизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
52. Онкологическая настороженность врача-стоматолога на хирургическом приеме,.
53. Остеогенная саркома челюстей у детей. Клиника, диагностика, лечение.
54. Ретикулярная саркома челюстей у детей. Клиническая картина. Диагностика, лечение.
55. Саркома Юинга. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Амбулаторные операции в полости рта у детей. Пластика уздечки верхней губы. Показания к операции. Методики проведения.
57. Амбулаторные операции в полости рта у детей. Пластика уздечки языка. Показания к операции. Методики проведения.
58. Амбулаторные операции в полости рта у детей. Пластика уздечки нижней губы и преддверия полости рта. Показания к операции. Методики проведения.
59. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения и профилактики.
60. Функциональные суставно-мышечные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Классификация, методы исследования.
61. Синдром болевой мышечной дисфункции ВНЧС. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
62. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника. диагностика. Лечение.
63. Артрит. Этиология, формы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Деформирующий остеоартроз у детей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
65. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава у детей. Клиника диагностика, лечение.
66. Врожденные аномалии развития челюстно-лицевой области у детей. Медико-генетическое

консультирование родителей.

67. Врожденные аномалии развития челюстно-лицевой области у детей. Методы и этапы проведения операций по коррекции врожденных аномалий развития губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба

68. Реабилитация детей с врожденными аномалиями развития челюстно-лицевой области.

Список ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Ребенок 5 лет явился на операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям. Внешне боязни операции не проявляет, хотя чувствуется некоторая его скованность. После инъекции 1% раствора тримекаина в количестве 1.5 мл у ребенка появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный

1. Ваш диагноз:

- 1) обморок
- 2) болевой шок
- 3) сердечно-сосудистый коллапс
- 4) аллергическая реакция на тримекаин

2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи ребенку (в нужной последовательности):

- 1) введение медикаментозных средств
- 2) очистить полость рта и носа от рвотных масс
- 3) освободить шею, грудь, живот от стесняющей одежды
- 4) повернуть голову ребенка набок и запрокинуть в крайнее разгибательное положение
- 5) придать ребенку горизонтальное положение
- 6) искусственное дыхание при необходимости;

3. Препараты, которые Вы введете ребенку

- 1) промедол
- 2) супрастин
- 3) атропин
- 4) кордиамин
- 5) адреналин
- 6) гидрокортизон
- 7) хлористый кальций внутривенно

4. Причиной данного неотложного состояния является

- 1) передозировка тримекаина
- 2) психоэмоциональное перенапряжение
- 3) индивидуальная непереносимость тримекаина

5. Возможные меры профилактики данного осложнения

- 1) премедикация
- 2) тщательное выявление аллергологического анамнеза ребенка и его близких родственников
- 3) проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе

Ситуационная задача № 2

Ребенок 8 лет явился на операцию под местной анестезией по поводу одонтогенной воспалительной кисты от VI. В анамнезе - пищевая аллергия на цитрусовые. Со слов мамы, с вечера ребенок сильно волновался, плохо спал ночью, почти не завтракал. Однако в кресло сел сам, сопротивления во время анестезии (р-р ультракаина 1:200000 1.7мл) не оказывал. При проведении разреза ребенок вдруг резко побледнел, ладони рук стали холодными, влажными, на лице выступили капельки пота, появилась мышечная слабость. Ребенок на вопросы не отвечает, ко всему безучастен. Зрачки расширены, пульс редкий, слабого наполнения и напряжения. Дыхание замедленное, поверхностное.

1. Ваш диагноз

- 1) обморок
- 2) болевой шок
- 3) анафилактический шок
- 4) острая сердечно - сосудистая недостаточность

2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи (в нужной последовательности)

- 1) прекращение операции
- 2) введение медикаментозных средств
- 3) запрокинуть голову в крайнее разгибательное положение
- 4) очистить полость рта от инородных тел
- 5) придать ребенку горизонтальное положение
- 6) дать вдохнуть пары нашатырного спирта
- 7) освободить шею, грудь, живот от стесняющей одежды

3. Препараты, которые Вы введете ребенку (указать все правильные ответы)

- 1) промедол
- 2) кофеин
- 3) атропин
- 4) кордиамин
- 5) адреналин
- 6) хлористый кальций
- 7) супрастин

4. Наиболее вероятной причиной данного состояния является

- 1) неэффективная анестезия
- 2) передозировка адреналина
- 3) непереносимость новокаина
- 4) психоэмоциональное перенапряжение

5. Меры профилактики данного осложнения

- 1) премедикация
- 2) использование тримекаина вместо новокаина
- 3) проведение анестезии без добавления адреналина
- 4) контроль эффективности анестезии до начала операции
- 5) тщательное выявление аллергологического анамнеза ребенка и его близких родственников

Ситуационная задача № 3

Ребенок 13 лет в драке получил удар в область нижней челюсти слева.

К стоматологу обратился на второй день в связи с появившимся ограничением

открывания рта.

1. Предварительный диагноз
 - 1) перелом тела нижней челюсти
 - 2) перелом левого мышечкового отростка
 - 1) перелом правого мышечкового отростка
2. Дополнительное обследование с целью уточнения диагноза
 - 1) рентгенограмма нижней челюсти в левой боковой проекции
 - 2) рентгенограмма нижней челюсти в правой боковой проекции
 - 3) обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета в носоподбородочной проекции
 - 4) обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета в носолобной проекции
 - 5) пальпаторное исследование височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон
 - 6) клинический анализ крови
 - 7) контроль состояния прикуса
 - 8) выявление смещения центральной линии
 - 9) консультация невропатолога
 - 10) консультация окулиста
3. Результаты осмотра и пальпации
 - 1) болезненная пальпация височно-нижнечелюстного сустава справа
 - 2) болезненная пальпация височно-нижнечелюстного сустава слева
 - 3) болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава справа при движении нижней челюсти вправо
 - 4) болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава справа при движении нижней челюсти влево
 - 5) болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава слева при движении нижней челюсти влево
 - 6) болезненность в области височно-нижнечелюстного сустава слева при движении нижней челюсти вправо
 - 7) смещение средней линии вправо
 - 8) смещение средней линии влево
4. Вид перелома
 - 1) открытый
 - 2) закрытый
5. План лечения
 - 1) шинирование
 - 2) антибактериальная терапия
 - 3) противовоспалительная терапия
 - 4) десенсибилизирующая терапия
 - 5) физиотерапевтическое лечение
 - 6) общеукрепляющая терапия
 - 7) госпитализация
6. Варианты шинирования
 - 1) проволочные шины с зацепными петлями на обе челюсти с межчелюстной фиксацией
 - 2) комбинированные пластмассовые шины с зацепными петлями с межчелюстной фиксацией
 - 3) моноблок на жевательные зубы слева
 - 4) моноблок на жевательные зубы справа
 - 5) шина Вебера с пелотом слева

- б) шина Вебера с пелотом справа
7. Сроки иммобилизации
- 1) 2 недели
 - 2) 4 недели
 - 3) 6 недель
 - 4) 8 недель
8. Наиболее вероятные исходы заболевания
- 1) неоартроз
 - 2) вторичный деформирующий остеоартроз
 - 3) выраженное недоразвитие половины нижней челюсти
 - 4) выздоровление
 - 5) анкилоз

Ситуационная задача № 4

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на припухлость в правой щечной области, появившуюся несколько дней назад. За 2 последних дня припухлость значительно увеличилась, стала болезненной при пальпации, температура тела 37.3°C. Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, сознание ясное, самочувствие хорошее. При внешнем осмотре: асимметрия лица за счет припухлости в правой щечной области, кожа в цвете не изменена, в складку собирается, пальпируется правый поднижнечелюстной лимфоузел, слегка болезненный, подвижный. В полости рта: выбухание по переходной складке нижнего свода преддверия на уровне зубов 85 84 слизистая гиперемирована. Пальпаторно определяется болезненный инфильтрат с очагом флуктуации в центре. Из-под десневого края ранее леченных зубов 85 84 выделяется гной. 85 84 - подвижность II степени. В собственно полости рта без патологии.

1. Предварительный диагноз
 - 1) острый гнойный периостит нижней челюсти справа
 - 2) околокорневая воспалительная киста нижней челюсти справа I'
 - 3) нагноившаяся околокорневая воспалительная киста нижней челюсти справа
 - 4) острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа
2. Дополнительное обследование ребенка с целью подтверждения диагноза
 - 1) клинический анализ крови
 - 2) общий анализ мочи
 - 3) рентгенограмма нижней челюсти в правой боковой проекции
 - 4) ультразвуковое исследование
 - 5) ЭОД 85 84 74 75
3. Место лечения ребенка
 - 1) стационар 2) поликлиника
4. План лечения ребенка
 - 1) удаление 85 84
 - 2) антибактериальная терапия - антибиотики
 - 3) антибактериальная терапия - сульфаниламиды
 - 4) десенсибилизирующая терапия
 - 5) противовоспалительная терапия
 - 6) вскрытие гнойного очага
 - 7) цистотомия
 - 8) цистэктомия
 - 9) повторный курс медикаментозного лечения через 1 месяц

5. Возможные исходы заболевания

- 1) полное выздоровление
- 2) переход острой стадии в хроническую
- 3) первичная частичная адентия
- 4) вестибулярное прорезывание 54
- 5) раннее прорезывание 54
- 6) местная гипоплазия эмали 54
- 7) частичная потеря зубов

6. Предполагаемые сроки реабилитации ребенка

- 1) 1 год при отсутствии признаков перехода процесса в хроническую стадию
- 2) до окончания формирования постоянного прикуса
- 3) до окончания ортодонтического лечения, если оно потребуется
- 4) к 20 годам

Ситуационная задача № 5

В поликлинику обратился мальчик 12 лет с жалобами на припухлость в области подбородка; из анамнеза выяснено, что 2 месяца назад ребенок упал с велосипеда и ударился подбородком. В области травмы была болезненная припухлость - "синяк". Лечения не проводилось. "Синяк" исчез, припухлость несколько уменьшилась, однако оставалась. В последнее время наблюдается некоторое ее увеличение.

Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в подбородочном отделе нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена. Пальпаторно определяется слабо болезненное утолщение подбородочного отдела нижней челюсти, размером приблизительно 1.5x2.0 см. В полости рта слизистая оболочка не изменена, зубы соответственно патологическому очагу интактные, эмаль в цвете не изменена.

1. Предварительный диагноз

- 1) травматическая киста
- 2) межмышечная гематома
- 3) хронический оссифицирующий периостит
- 4) хронический травматический остеомиелит
- 5) хронический периостит, простая форма

2. Дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза

- 1) общий анализ мочи
- 2) панорамная рентгенограмма нижней челюсти
- 3) ЭОД фронтальной группы зубов
- 4) рентгенограмма подбородочного отдела нижней челюсти вприкус
- 5) биохимический анализ крови
- 6) телерентгенограмма лицевого скелета
- 7) пункция патологического очага с последующим морфологическим исследованием пунктата
- 8) перкусия зубов, расположенных соответственно в зоне патологического очага

3. План лечения

- 1) антибактериальная терапия
- 2) трепанация зубов, расположенных в области патологического очага, с последующим пломбированием каналов и цистэктомией с резекцией верхушек корней этих зубов
- 3) противовоспалительная терапия

- 4) дезинтоксикационная терапия
- 5) разрез по переходной складке нижней челюсти соответственно патологическому очагу
- 6) ревизия патологического очага с декортикацией
- 7) физиотерапевтические процедуры (ионофорез и йодидом калия, лазерная терапия)

Ситуационная задача № 6

Ребенок 5 лет явился на прием к врачу с жалобами на болезненную припухлость в правой околоушной области. Припухлость появилась на фоне ОРВИ 4 дня назад. Несмотря на проводимое лечение домашними средствами (полуспиртовые компрессы), припухлость стала больше, появилась гиперемия кожи, увеличилась болезненность, повысилась температура тела до 37.8°C, снизился аппетит, появилась припухлость в левой околоушной области. Из анамнеза выявлено, что подобное наблюдалось 2 месяца назад на фоне переохлаждения. Тогда "домашнее" лечение помогло. Объективно: припухлость в обеих околоушных областях, справа несколько больше. Легкая гиперемия кожи в правой околоушной области. Пальпаторно: правая околоушная слюнная железа бугристая, плотная, резко болезненна, кожа напряжена, в складку не собирается. Слева - железа плотная, бугристая, слегка болезненная при пальпации. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. В полости рта: множественный кариес, зев гиперемирован, миндалины рыхлые, с гнойными пробками. Из протоков правой околоушной слюнной железы секрет получить не удалось, из протока левой - получено небольшое количество секрета с хлопьями.

1. Предварительный диагноз

- 1) острый эпидемический паротит
- 2) острый паренхиматозный паротит
- 3) хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит обеих околоушных слюнных желез
- 4) обострение калькулезного сиалоаденита правой околоушной слюнной железы, хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит слева
- 5) обострение хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита обеих околоушных слюнных желез

2. План лечения

- 1) антибактериальная терапия
- 2) антигистаминная терапия
- 3) противовоспалительная терапия
- 4) бужирование выводного протока правой околоушной слюнной железы
- 5) физиотерапевтическое лечение
- 6) мазовые повязки на обе железы
- 7) 2% раствор йодида калия внутрь
- 8) хирургическое лечение справа - наружный разрез
- 9) санация зубов
- 10) санация ЛОР-органов
- 11) хирургическое лечение - удаление камня выводного протока правой околоушной слюнной железы
- 12) инстилляционная терапия протоков протеолитическими ферментами, антибиотиками

3. Заболеванию могло способствовать:

- 1) кариес зубов
- 2) травма слюнных желез
- 3) ОРВИ
- 4) заболевание ЛОР-органов

- 5) контакт с больными детьми в детском саду
 - б) нарушение водно-солевого обмена
4. Для подтверждения диагноза проводится
 - 1) выяснение эпидемиологической обстановки
 - 2) ЭОД коренных зубов
 - 3) медико-генетическое обследование ребенка
 - 4) ортопантомография
 - 5) контрастная ортопантомография (после стихания явлений острого воспаления)
 - 6) пункционная биопсия обеих желез
 - 7) открытая хирургическая биопсия правой околоушной слюнной железы
 5. На контрастной сиалограмме диагноз подтвердят
 - 1) дефект наполнения
 - 2) расширение выводного протока
 - 3) "разорванность" выводного протока на фоне резкого его расширения на остальном протяжении
 - 4) округлые полости на месте протоков 3-4 порядка

Ситуационная задача № 7

На врачебную экспертизу направлены медицинские документы девочки Б., 4 лет. В амбулаторной карте отмечено, что в понедельник был удален зуб 74. Через 3 дня ребенка в поликлинику привезла мама в тяжелом состоянии, с температурой тела 39°C. Врач поставил диагноз «периостит нижней челюсти» и разрезом по переходной складке вскрыл поднадкостничный абсцесс. Назначил внутрь антибактериальный препарат. На следующий день состояние ребенка ухудшилось, мама с девочкой вновь обратились в стоматологическую поликлинику, и врач направил ребенка для госпитализации в стационар с диагнозом «периостит нижней челюсти». В день приема в стационаре назначений в истории болезни не отмечено. На следующее утро состояние ребенка диагностировано как крайне тяжелое, назначен полный комплекс антибактериальной и противовоспалительной терапии, дезинтоксикационная терапия с внутривенным переливанием жидкостей. В ночь с субботы на воскресенье ребенок умер. Заключение: одонтогенный сепсис, гиперплазия вилочковой железы, патологическое строение коры обеих надпочечников.

1. Перечислите врачебные ошибки.
2. Можно ли объяснить причину смерти девочки допущенными врачами ошибками?

Ситуационная задача № 8

На прием к врачу-стоматологу хирургу обратилась мама с ребенком К., 10 лет. Объективно между 11, 21 диастема 5мм, уздечка верхней губы располагается низко, начинается непосредственно от межзубного сосочка, плотная, волокна уздечки вплетаются в небный шов.

1. Поставьте диагноз хирургической патологии.
2. Составьте план лечения ребенка.
3. По этапам опишите ход хирургического вмешательства.
4. Укажите период наблюдения после проведенного хирургического лечения.

Ситуационная задача № 9

Ребенок 14 лет. В области разрушенного зуба 46 отмечается выпухание по переходной складке, слизистая оболочка в цвете не изменена, при пальпации определяется безболезненное плотное выпячивание. На рентгенограмме - очаг деструкции костной ткани, овальной формы с четкими границами с вовлечением корня 45, размером около 1,5 см в диаметре.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные исходы заболевания.
3. Составьте план хирургического лечения ребенка по этапам.
4. Опишите тактику врача-стоматолога после проведенного хирургического лечения.

Ситуационная задача № 10

Ребенку 10 лет. Впервые появилась безболезненная припухлость в околоушно-жевательной области справа. При пальпации инфильтрат в околоушно-жевательной области плотный, ограниченный, с четкими контурами, безболезненный. Из правого околоушного протока выделяется свободно прозрачная слюна.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для диагностики заболевания?
2. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Составьте план лечения ребенка.

Ситуационная задача № 11

Девочка 5 лет упала с качелей. К врачу ребенка доставили через 2 часа после травмы. При осмотре выявлен отек верхней губы, рваная рана слизистой оболочки губы, скальпированная рана альвеолярного отростка в пределах 52 51 I 61 62 63 зубов, вколоченный вывих 61 зуба, неполный вывих 62 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Составьте план лечения ребенка по этапам.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения за ребенком после проведенного лечения.

Ситуационная задача № 12

Ребенок 10 лет. При игре в хоккей получил удар в подбородок. После травмы прошло 4 дня. Обратился в стоматологическую поликлинику. Врач-стоматологом был поставлен диагноз: перелом обоих мышечковых отростков нижней челюсти.

1. Опишите клиническую картину и жалобы пациента с данным диагнозом.
2. Укажите особенности переломов мышечковых отростков у детей.
3. Составьте план лечения ребенка.
4. Опишите прогноз после данного повреждения.

Ситуационная задача № 13

В поликлинику обратился ребенок с жалобами на образование на нижней губе. Объективно: на слизистой нижней губы имеется опухолевидное образование, размером приблизительно 1,0x1,5 см, округлой формы на широком основании, покрытое неизменной слизистой оболочкой, подвижное, безболезненное при пальпации.

1. Укажите предполагаемый диагноз(ы).
2. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
3. Тактика при лечении данного заболевания по этапам.
4. Опишите прогноз после лечения заболевания.

Ситуационная задача № 14

В поликлинику обратился мальчик 12 лет с жалобами на припухлость подбородка, которую заметил товарищ 2 недели назад. За этот период припухлость почти не увеличилась.

При опросе пациента из анамнеза заболевания удалось выявить травму: 6 месяцев тому назад ребенок упал на катке, ударился подбородком об лед. К врачу не обращался. Объективно: увеличение нижней 1/3 лица за счет припухлости подбородка. Кожа в цвете не изменена. Пальпаторно определяется муфтообразное выбухание кости, пальпация безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Тактика врача-стоматолога при данном диагнозе.
4. Опишите прогноз после лечения заболевания.

Ситуационная задача № 15

В стоматологическую поликлинику обратился папа с ребенком 10 лет. В полости рта у ребенка: переходная складка на уровне резцов нижней челюсти сглажена, слизистая обычной окраски. С язычной стороны в пределах этих зубов определяется незначительное выбухание кости. Пальпаторно: с язычной стороны кость плотная, с вестибулярной податливая. На уровне центральных резцов определяется «пергаментный хруст». Оба центральных резца нижней челюсти подвижны - I степени, изменены в цвете, у правого резца отлом коронки на уровне 1.3.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Составьте план лечения больного.
4. Опишите прогноз после лечения заболевания.

Ситуационная задача № 16

Перед удалением разрушенных зубов 52 51 61 ребенку в переходную складку в области данных зубов был введен анестезиологический препарат. Через несколько минут ребенок пожаловался на чувство одеревенелости языка, сдавления в горле, голос стал осиплым. Быстро начали отекать губы, лицо и шея больного. На коже лица и рук появились красного цвета сливные высыпания. АД 90/60 мм.рт.ст., затруднен вдох. При наличии данной реакции врачом у мамы ребенка выяснено, что ранее лечение с анестезией у ребенка не проводилось.

1. Определите тип неотложного состояния и форму его проявления.
2. Окажите помощь ребенку при данном неотложном состоянии по этапам.
3. Какие ошибки допущены врачом?
4. Составьте план лечения ребенка (в дальнейшем) с учетом возможности возникновения повторного неотложного состояния.

Ситуационная задача № 17

Ребенку 7 лет. Поставлен диагноз: мелкое преддверие рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы, короткая уздечка языка, атрофический гингивит в переднем отделе нижней челюсти в области зубов 41 31.

1. Перечислите признаки, соответствующие мелкому преддверию рта.
2. Перечислите признаки, соответствующие высокому прикреплению уздечки нижней губы.
3. Перечислите признаки, соответствующие короткой уздечке языка.
4. Опишите клиническую картину атрофического гингивита.
5. Составьте план лечения ребенка.

Ситуационная задача № 18

На консультацию направлен мальчик 9 лет с жалобами на головную боль, боль при открывании рта и приеме пищи. Мама 2 дня назад заметила появление припухлости в околоушно-жевательной области справа и слева, повышение температуры у ребенка до 39,3 °С. При осмотре: околоушные железы увеличены в объеме, тестоватой консистенции, болезненные при пальпации, отмечается задержка слюноотделения.

1. Поставьте диагноз заболевания слюнных желез.
2. Назначьте лечение пациенту.
3. Перечислите возможные осложнения и исходы заболевания.

Ситуационная задача № 19

На консультацию направлен мальчик 2,5 лет. Объективно: кожа в области левой щеки резко изменена, бугристая за счет выбухающих каверн, имеет синюшно-багровую окраску. При сдавливании пальцами она бледнеет, уменьшается в размерах. После прекращения давления образование наполняется кровью, принимает прежний вид, размер и форму.

1. Поставьте диагноз патологии мягких тканей лица.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения в данной клинической ситуации.
4. Перечислите возможные осложнения и исходы заболевания.

Ситуационная задача № 20

В поликлинику обратилась мама с ребенком 9 лет. У мальчика жалобы на припухлость правой щеки, боли в области правой половины нижней челюсти, выделение гноя из-под десны 85 зуба.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 37,4 °С. Отмечается асимметрия лица за счет припухлости в правой щечной области, кожа под ней слегка гиперемирована. При пальпации определяется утолщение тела нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа и слева увеличены, подвижны, болезненны. Открывание рта свободное. В полости рта со стороны преддверия определяется выбухание на уровне от 83 до 46, слизистая гиперемирована, 85 разрушен, ранее лечен, подвижность III степени.

Пальпаторно в области выбухания определяется податливость костной ткани с очагами флюктуации на уровне 85. Пальпация резко болезненна. При надавливании из-под десны 85 выделяется гной. С язычной стороны незначительное выбухание в области альвеолярного отростка на уровне 85 84.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения ребенка.
4. Перечислите возможные осложнения и исходы заболевания.

Тестовые задания

001. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия
- 1) торусальная
 - 2) мандибулярная
 - 3) туберальная
002. Для одновременного выключения нижелуночкового и язычного нервов применяется анестезия
- 1) у ментального отверстия
 - 2) мандибулярная
 - 3) у большого небного отверстия
 - 4) туберальная
003. Для одновременного выключения нижелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия
- 1) у большого небного отверстия
 - 2) мандибулярная
 - 3) туберальная
 - 4) торусальная
004. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия
- 1) инфраорбитальная
 - 2) торусальная
 - 3) туберальная
005. При мандибулярной анестезии выключаются нервы
- 1) щечный
 - 2) щечный и нижний луночковый
 - 3) нижний луночковый и язычный
 - 4) язычный и щечный
 - 5) щечный, язычный и нижний луночковый
006. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы
- 1) клювовидные
 - 2) байонетные
007. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы
- 1) клювовидные
 - 2) байонетные
008. Для удаления временного второго коренного зуба нижней челюсти рекомендуется взять щипцы клювовидные
- 1) сходящиеся
 - 2) несходящиеся
009. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов

- 1) не существуют
- 2) существуют

010. Правила наложения щипцов

при удалении временных и постоянных зубов

- 1) не отличаются
- 2) отличаются

011. Этапы операций удаления временного зуба и постоянного

- 1) одинаковы
- 2) различны

012. Кюретаж лунки при удалении временного зуба

- 1) не проводится
- 2) проводится

013. При удалении сформированного интактного первого малого коренного зуба

верхней челюсти по ортодонтическим показаниям кюретаж лунки

- 1) не проводится
- 2) проводится

014. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является

- 1) острый серозный периостит
- 2) хронический остеомиелит

015. Острый одонтогенный остеомиелит абсолютным показанием к удалению

причинного временного зуба

- 1) является
- 2) не является

016. При рождении ребенка с центральными нижними резцами

эти зубы необходимо

- 1) сохранить -'
- 2) удалить

017. ОРВИ является противопоказанием для удаления временного зуба

- 1) абсолютным
- 2) относительным

018. Наличие свища на десне при хроническом гранулирующем периодонтите временного зуба является показанием к удалению причинного зуба

- 1) относительным
- 2) абсолютным

019. Характерным видом травмы временных зубов является

- 1) перелом
- 2) вывих
- 3) ушиб

020. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает

1) вывих .2) перелом

021. Среди всех видов травмы зубов у детей перелом преобладает в прикусе

- 1) постоянном
- 2) временном

022. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе

- 1) постоянном
- 2) временном

023. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде вывиха

- 1) полного
- 2) неполного
- 3) внедренного

024. Взаимосвязь существует между травмой зачатка и гипоплазией эмали зуба

- 1) системной
- 2) местной

025. Нарушение непрерывности замыкательной пластинки зачатка зуба свидетельствует о его гибели

- 1) не всегда
- 2) всегда

026. Местная гипоплазия эмали как исход травмы зачатка зуба

- 1) невозможна
- 2) возможна

027. Травма зачатка постоянного зуба при удалении временного зуба

- 1) невозможна
- 2) возможна

028. При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель

- 1) расширена
- 2) сужена
- 3) не изменена

029. Центральный резец верхней челюсти при полном вывихе у ребенка 3 лет реплантации

- 1) подлежит
- 2) не подлежит

030. Центральные резцы верхней челюсти при вколоченном вывихе у ребенка 3 лет

рекомендуется

- 1) оставить под наблюдение
- 2) репозировать
- 3) удалить

031. Для детей в возрасте 4-5 лет наиболее характерен вид травмы

- 1) перелом зуба
- 2) перелом челюсти
- 3) вывих зуба
- 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава

032. На характер смещения отломков при переломах нижней челюсти решающее

влияние оказывает

- 1) направление мышечной тяги прикрепляемых к фрагментам мышц
- 2) вес отломков, обусловленный их размером

033. Наиболее частой локализацией переломов нижней челюсти по типу "зеленой ветки"

является

- 1) угол
- 2) мышцелковый отросток

034. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте

- 1) 14-15 лет
- 2) 6-7 лет

035. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области

- 1) углов нижней челюсти
- 2) ветвей нижней челюсти
- 3) мышцелковых отростков

036. Рентгенологическими признаками вколоченного вывиха зуба являются

- 1) отсутствие периодонтальной щели в области верхушки корня
- 2) неравномерное расширение периодонтальной щели в области боковой поверхности корня
- 3) расширение периодонтальной щели в области верхушки корня
- 4) сужение периодонтальной щели в области верхушки корня

037. Клиническими симптомами перелома мышцелкового отростка нижней челюсти являются

- 1) смещение средней линии в сторону, противоположную перелому
- 2) смещение средней линии в сторону перелома
- 3) отсутствие контакта между зубами на стороне перелома
- 4) плотный контакт между зубами на стороне перелома
- 5) отсутствие контакта между зубами на противоположной перелому стороне

038. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6-8 лет является инфекция

- 1) одонтогенная
- 2) неодонтогенная

039. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция

- 1) посттравматическая
- 2) ОРВИ
- б) одонтогенная

040. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области челюсти

- 1) нижней
- 2) верхней

041. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются

- 1) 12 11|21 22
- 2) 16 55 54 | 64 65 26

- 3) 42 41 |31 32
- 4) 46 85 84 |74 75 36

042. У детей преобладает остеомиелит этиологии

- 1) посттравматической
- 2) одонтогенной
- 3) гематогенной

043. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области челюсти

- 1) нижней
- 2) верхней

044. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный

- 1) стафилококками
- 2) микобактериями туберкулеза
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

045. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается

- 1) в хирургической помощи
- 2) в антибактериальной терапии
- 3) в противовоспалительной терапии

046. При остром остеомиелите причинный временный однокорневой зуб удаляется

- 1) по показаниям
- 2) всегда

047. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по этиологии делятся

- 1) на острые
- 2) на хронические
- 3) на одонтогенные
- 4) на неодонтогенные
- 5) на специфические
- 6) на хронические в стадии обострения

048. Остеомиелиты челюстных костей у детей по клиническому течению делятся

- 1) на одонтогенные
- 2) на травматические
- 3) на острые
- 4) на хронические
- 5) на специфические
- 6) на хронические в стадии обострения

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

049. Заболевание

- 1) острый серозный лимфаденит
- 2) острый гнойный лимфаденит
- 3) хронический лимфаденит одонтогенной этиологии вне обострения

Клинические симптомы:

- А) общее состояние удовлетворительное
- Б) общее состояние средней тяжести
- В) лимфоузел увеличен
- Г) температура тела повышена
- Д) гиперемия кожи
- Е) возможна слабая болезненность при пальпации
- Ж) пальпация болезненна
- З) наличие очага флуктуации
- И) лимфоузел подвижен

050. Заболевание

- 1) периостит острый
- 2) периостит хронический
- 3) остеомиелит острый
- 4) остеомиелит хронический

Клинико-рентгенологические формы

- А) серозный
- Б) деструктивный
- В) гнойный
- Г) гиперпластический
- Д) оссифицирующий
- Е) деструктивно-продуктивный
- Ж) простой

Ответ; 1 __ 2 __ 3 __ 4 __

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

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

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3) временных коренных зубов

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

- 1) цистэктомии
- 2) цитотомии

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

- 1) цитотомия
- 2) цистэктомия с радикальной гайморотомией
- 3) цистэктомия с резекцией верхушки корня

054. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение .обеих желез

- 1) характерно
- 2) не характерно

055. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком

- 1) обязательным
- 2) необязательным

056. Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита
- 1) острого эпидемического
 - 2) хронического паренхиматозного
057. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков, страдающих
- 1) хроническим паренхиматозным паротитом
 - 2) острым эпидемическим паротитом
 - 3) калькулезным сиалоаденитом
058. Калькулезный сиалоаденит преимущественно развивается в железах
- 1) околоушных
 - 2) поднижнечелюстных
059. В плане лечения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в период обострения обязательными являются
- 1) антибактериальная терапия
 - 2) противовоспалительная терапия
 - 3) хирургическое лечение
 - 4) введение 30% раствора йодолипола в проток железы
 - 5) физиотерапевтическое лечение
 - 6) десенсибилизирующая терапия
060. Для хронического калькулёзного паротита характерны следующие симптомы
- 1) усиление болей при приеме пищи
 - 2) пастоно-тестоватая консистенция железы
 - 3) задержка или отсутствие выделения секрета из протока слюнной железы
 - 4) наличие уплотнения по ходу протока
 - 5) свободное выделение секрета из протока железы
 - 6) периодическое увеличение объема слюнной железы
061. Для удаления временных коренных зубов верхней челюсти
- 1) клювовидные
 - 2) S-образно изогнутые
 - 3) байонетные
 - 4) прямые
062. Для удаления временных клыков верхней челюсти рекомендуются щипцы
- 1) байонетные
 - 2) прямые
 - 3) S-образно изогнутые
 - 4) клювовидные
063. S-образно изогнутые щипцы рекомендуется использовать для удаления
- 1) временных резцов
 - 2) временных и постоянных клыков
 - 3) временных коренных зубов
 - 4) малых коренных зубов
 - 5) больших коренных зубов
064. Клювовидные щипцы используются для удаления
- 1) центральных временных резцов верхней челюсти

- 2) боковых временных резцов нижней челюсти
 - 3) малых коренных зубов нижней челюсти
 - 4) временных коренных зубов верхней челюсти
065. Прямые щипцы рекомендуется использовать при удалении
- 1) временных коренных зубов
 - 2) клыков
 - 3) малых коренных зубов
 - 4) временных резцов
066. Клювовидные щипцы рекомендуется использовать при удалении
- 1) временных коренных зубов
 - 2) постоянных больших коренных зубов
 - 3) малых коренных зубов
 - 4) временных клыков
 - 5) постоянных резцов
067. К осложнениям после операции удаления зуба относятся
- 1) вывих соседнего зуба
 - 2) позднее кровотечение
 - 3) альвеолит
 - 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава
068. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся
- 1) перелом корня
 - 2) альвеолит
 - 3) позднее кровотечение
 - 4) вывих соседнего зуба
 - 5) травма зуба противоположной челюсти
069. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся
- 1) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - 2) кровотечение
 - 3) травма зачатка зуба
 - 4) альвеолит
070. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся
- 1) травма зачатка зуба
 - 2) альвеолит
 - 3) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - 4) перфорация дна гайморовой пазухи
071. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся
- 1) травма зуба-антагониста
 - 2) вывих соседнего зуба
 - 3) альвеолит
 - 4) удаление зачатка зуба
072. Характерным видом травмы временных зубов является
- 1) перелом
 - 2) вывих
 - 3) ушиб

073. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает
1) вывих .2) перелом
074. Среди всех видов травмы зубов у детей перелом преобладает в прикусе
1) постоянном
2) временном
075. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе
1) постоянном
2) временном
076. У детей с временным прикусом переломы и вывихи зубов наблюдаются с частотой
1) одинаковой
2) неодинаковой
077. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме
временного зуба в виде вывиха
1) полного
2) неполного
3) внедренного
078. Взаимосвязь существует между травмой зачатка и гипоплазией эмали зуба
1) системной
2) местной
079. Нарушение непрерывности замыкательной пластинки зачатка зуба свидетельствует
о его гибели
1) не всегда
2) всегда
080. Местная гипоплазия эмали как исход травмы зачатка зуба
1) невозможна
2) возможна
081. Травма зачатка постоянного зуба при удалении временного зуба
1) невозможна
2) возможна
082. Предрасполагающими факторами
вывиха резцов верхней челюсти у детей является
1) множественный кариес этих зубов и его осложнения
2) глубокий прогнатический прикус
3) мелкое преддверие
083. При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель
1) расширена
2) сужена
3) не изменена
084. Центральный резец верхней челюсти при полном вывихе у ребенка 3 лет реплантации
1) подлежит
2) не подлежит

085. В выборе врачебной тактики при полном вывихе временных резцов нижней челюсти возраст ребенка значение
- 1) не имеет
 - 2) имеет
086. Центральные резцы нижней челюсти у ребенка 2 лет при полном вывихе реплантации
- 1) не подлежат
 - 2) подлежат
087. Врачебная тактика при полном вывихе центральных временных резцов верхней челюсти от возраста ребенка
- 1) зависит
 - 2) не зависит
088. Взаимосвязь между тактикой врача и возрастом ребенка при полном вывихе центральных временных резцов нижней челюсти
- 1) существует
 - 2) не существует
089. При неполном вывихе временных резцов со сформированными корнями рекомендуется
- 1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней
 - 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
 - 3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
090. При полном вывихе центрального постоянного резца в результате уличной травмы у ребенка 10 лет рекомендуется
- 1) устранение дефекта имплантатом
 - 2) устранение дефекта съемным протезом
 - 3) реплантация зуба без предварительного его пломбирования
 - 4) реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
091. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано
- 1) зуб удалить
 - 2) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
 - 3) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям – эндодонтическое лечение
 - 4) произвести репозицию, фиксацию, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
092. Центральный временный резец верхней челюсти у ребенка 5 лет при переломе корня рекомендуется
- 1) сохранить
 - 2) удалить
093. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка 3 лет при переломе на уровне шейки
- 1) удалить
 - 2) сохранить
094. Центральный резец верхней челюсти у ребенка 3 лет при переломе коронки со вскрытием полости зуба рекомендуется
- 1) удалить
 - 2) сохранить

095. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка 6 лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется

- 1) удалить
- 2) сохранить

096. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину

- 1) проволочную
- 2) пластмассовую

097. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину

- 1) проволочную
- 2) пластмассовую назубную
- 3) пластмассовую зубнадесневую

098. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину пластмассовую

- 1) зубнадесневую
- 2) назубную

099. Пластмассовую зубнадесневую шину рекомендуется использовать при лечении детей с временным и сменным прикусом

- 1) при переломе челюсти
- 2) при вывихе зубов

100. Устранение грубых рубцовых деформаций мягких тканей лица у детей показано

- 1) через 1-2 мес. после заживления раны
- 2) через 7-8 мес. после заживления раны
- 3) не ранее 18-летнего возраста

101. Для детей в возрасте 4-5 лет наиболее характерен вид травмы

- 1) перелом зуба
- 2) перелом челюсти
- 3) вывих зуба
- 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава

102. Открытым переломом челюстных костей называется перелом, при котором

- 1) линия перелома проходит через зубной ряд, придаточные пазухи носа, глазницу
- 2) изменяется прикус по типу "открытого прикуса"

103. Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть

- 1) короткая уздечка языка
- 2) рубцы на коже лица
- 3) ринолалия
- 4) недоразвитие нижней челюсти

104. Наиболее частой локализацией переломов нижней челюсти по типу "зеленой ветки" является

- 1) угол
- 2) мышечковый отросток

105. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте

- 1) 14-15 лет
 - 2) 6-7 лет
106. Переломы нижней челюсти без смещения фрагментов у взрослых по сравнению с детьми встречаются
- 1) чаще
 - 2) реже
107. У детей до 10 лет в области мышечковых отростков нижней челюсти преобладают переломы
- 1) полные со смещением фрагментов
 - 2) полные по типу "зеленой ветки"
108. Решающим признаком полного перелома нижней челюсти является
- 1) неправильный прикус
 - 2) костная крепитация
 - 3) нарушение функции жевания
 - 4) гематома, отек окружающих тканей
 - 5) локальная боль, усиливающаяся при пальпации
109. Наиболее достоверным признаком консолидации фрагментов нижней челюсти является
- 1) исчезновение боли
 - 2) образование костной мозоли
 - 3) уменьшение подвижности фрагментов
110. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти, при переломах у детей рекомендуется снимать не ранее, чем через
- 1) 1 неделю
 - 2) 2 недели
 - 3) 3 недели
 - 4) 4 недели
111. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области
- 1) углов нижней челюсти
 - 2) ветвей нижней челюсти
 - 3) мышечковых отростков
112. При ударе в область тела нижней челюсти слева отраженный перелом локализуется в области мышечкового отростка
- 1) правого
 - 2) левого
113. Срок первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва составляет
- 1) 24 часа
 - 2) до 36 часов
 - 3) до 48 часов
 - 4) до 72 часов
 - 5) до 96 часов

УКАЖИТЕ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

114. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области

у детей 6-8 лет является инфекция

- 1) одонтогенная
- 2) неодонтогенная

115. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция

- 1) посттравматическая
- 2) ОРВИ
- 1) одонтогенная

116. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция

- 1) одонтогенная
- 2) посттравматическая
- 3) стоматогенная

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

- 1) 2-3 года
- 2) 3-4 года
- 3) 6-8 лет

118. У детей преобладает остеомиелит этиологии

- 1) посттравматической
- 2) одонтогенной
- 3) гематогенной

119. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области челюсти

- 1) нижней
- 2) верхней

120. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный

- 1) стафилококками
- 2) микобактериями туберкулеза
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

УКАЖИТЕ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

130. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по этиологии делятся

- 1) на острые
- 2) на хронические
- 3) на одонтогенные
- 4) на неодонтогенные
- 5) на специфические
- 6) на хронические в стадии обострения

131. Остеомиелиты челюстных костей у детей по клиническому течению делятся

- 1) на одонтогенные
- 2) на травматические
- 3) на острые
- 4) на хронические
- 5) на специфические
- 6) на хронические в стадии обострения

132. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по клиническому течению делятся

- 1) на одонтогенные
- 2) на ларингогенные
- 3) на специфические
- 4) на острые
- 5) на хронические
- 6) на хронические в стадии обострения

133. Показаниями к секвестрэктомии у детей являются

- 1) наличие секвестральной капсулы
- 2) погибшие зачатки зубов
- 3) крупные секвестры
- 4) секвестр, расположенный вне зоны роста, у детей до 10 лет
- 5) стойкий белок в моче

134. Остеомиелиты челюстных костей у детей по этиологии делятся

- 1) на острые
- 2) на хронические
- 3) на специфические
- 4) на одонтогенные
- 5) на травматические
- 6) на хронические в стадии обострения

135. Периоститы челюстных костей по этиологии делятся

- 1) на хронические
- 2) на острые
- 3) на одонтогенные
- 4) на травматические
- 5) на хронические в стадии обострения

136. Воспалительные корневые кисты челюстей у детей обнаруживаются чаще на челюсти

- 1) верхней
- 2) нижней

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

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3) временных коренных зубов

138. Травматические воспалительные корневые кисты челюстей у детей с постоянным прикусом развиваются чаще

- 1) от резцов
- 2) от клыков
- 3) от малых коренных зубов ;
- 4) от больших коренных зубов

139. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг

- 1) просветления
- 2) затемнения

140. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение .обеих желез

- 1) характерно
- 2) не характерно

141. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком

- 1) обязательным
- 2) необязательным

142. Наиболее высокая заболеваемость хроническим рецидивирующим паренхиматозным паротитом приходится на возрастные группы детей

- 1) 2-4 года
- 2) 4-6 лет
- 3) 6-8 лет
- 4) 8-10 лет

143. Для обострения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита характерны симптомы

- 1) одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез
- 2) гиперемия кожи над пораженной железой
- 3) из протока выделяется чистый прозрачный секрет
- 4) из протока выделяется гной или секрет с примесью гноя
- 5) железа тестовато-пастозная
- 5) железа плотная, бугристая

144. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится

- 1) привычный вывих
- 2) остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

145. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится

- 1) неоартроз
- 2) деформирующий юношеский артроз
- 3) остеоартроз
- 4) аплазия мышечного отростка нижней челюсти

146. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, свойственны детям телосложения

- 1) нормостенического
- 2) гиперстенического
- 3) астенического

147. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава, не связанные с нарушением прикуса, чаще встречаются в возрастной группе детей

- 1) 8-11 лет
- 2) 12-15 лет
- 3) 3-7 лет

148. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще

- 1) у мальчиков
- 2) у девочек

149. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки

- 1) наружу
- 2) назад
- 3) вперед

150. Для острого артрита сужение суставной щели на рентгенограмме

- 1) характерно
- 2) не характерно

151. Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками хронического артрита

- 1) являются
- 2) не являются

152. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

153. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется

- 1) пращевидная повязка
- 2) механотерапия

154. Привычный вывих головки височно-нижнечелюстного сустава часто сочетается

- 1) с плоскостопием
- 2) с врожденными пороками сердца
- 3) с дискинезией желчных путей
- 4) со сколиозом

155. У больного с привычным вывихом головки височно-нижнечелюстного сустава при движениях челюсти определяется

- 1) щелканье
- 2) девиация
- 3) ринолалия
- 4) крепитация
- 5) смещение суставной головки вперед
- 6) флюктуация

7) западение кпереди от козелка уха на стороне поражения

156. Для лечения функциональных заболеваний

височно-нижнечелюстного сустава применяются

- 1) щадящая диета
- 2) механотерапия
- 3) пращевидная повязка
- 4) антибактериальная терапия
- 5) электрофорез йоднда калия
- 6) противовоспалительная терапия

157. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4) морфологический

158. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает

- 1) остеогенная саркома
- 2) остеома
- 3) гемангиома

159. Высокая степень дифференцировки клеточных элементов характерна для новообразований

- 1) доброкачественных
- 2) злокачественных

160. Особенностью новообразований у детей является

- 1) их медленный рост
- 2) их дизонтогенетическое происхождение

161. Истинной доброкачественной опухолью является

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) остеома
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) аневризмальная киста

162. К одонтогенным опухолям относится

- 1) миксома челюсти
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома

163. Ведущим методом лечения новообразований у детей является

- 1) лучевая терапия
- 2) химиотерапия и гормонотерапия
- 3) хирургический

164. Наличие в полости кисты продуктов солевых и потовых желез характерно для кисты

- 1) срединной шеи

- 2) воспалительной корневой
- 3) прорезывания
- 4) дермоидной
- 5) эпидермоидной

165. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны

- 1) для гемангиомы
- 2) для лимфангиомы
- 3) для фибромы

166. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется

- 1) саркома Юинга
- 2) остеогенная саркома
- 3) фиброзная дисплазия

168. Наиболее чувствительна к лучевой терапии среди всех злокачественных опухолей у детей

- 1) фибросаркома
- 2) ретикулярная саркома
- 3) остеогенная саркома

169. Нарушение процесса зубообразования, частичная первичное адентия характерна

- 1) для херувизма
- 2) для одонтомы
- 3) для саркомы Юинга

170. Формирование врожденной расщелины верхней губы

тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода

- 1) первые 6 недель
- 2) 12-16 недели
- 3) 24-28 недели

171. Врожденные расщелины верхней губы формируются в период развития эмбриона человека

- 1) 3-6 недели
- 2) 11-12 недели
- 3) во второй половине эмбриогенеза

172. Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы как физиологическую норму в период эмбриогенеза

- 1) первые 6 недель
- 2) 16-18 недели
- 3) 24-28 недели

173. Эмбрион человека имеет расщелину неба как физиологическую норму в период эмбриогенеза

- 1) первые 6 недель
- 2) 16-18 недели

3) 24-28 недели

174. Тератогенные факторы могут вызвать формирование врожденной расщелины неба в период эмбриогенеза

- 1) первые 6 недель
- 2) 16-18 недели
- 3) 24-28 недели

175. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладает

- 1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной
- 2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности
- 3) патологические изменения репродуктивных органов беременной женщины

176. Из первичного неба формируется

- 1) верхняя губа
- 2) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти
- 3) средний отдел верхней губы и резцовая кость

177. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом

- 1) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
- 2) неполная расщелина мягкого неба
- 3) остеома верхней челюсти

178. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) ретенционная киста слизистой нижней губы
- 3) скрытая расщелина мягкого неба

179. К анатомическим нарушениям, имеющим место

при врожденной полной расщелине верхней губы, относится

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) нарушение сосания
- 3) ринолалия

180. Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции

- 1) приема пищи
- 2) речи

181. Расширение среднего отдела глотки при врожденных расщелинах мягкого и твердого неба имеет место

- 1) всегда
- 2) иногда

182. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать

- 1) до операции
- 2) по окончании хирургического лечения

183. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого неба показано в возрасте

- 1) до 4 лет
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет

184. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте

- 1) 1-2 года
- 2) 3-4 года
- 3) 5-6 лет

185. Хирургическое лечение детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показано в возрасте

- 1) 1-2 года
- 2) 3-4 года
- 3) 5-6 лет
- 4) 6-7 лет

186. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 3) нарушение речи

187. Хирургическое лечение детям с двусторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показано в возрасте

- 1) 6-8 мес
- 2) 1-2 года
- 3) 3-4 года
- 4) 7-8 лет

188. При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать

- 1) до операции
- 2) по окончании хирургического лечения

189. Локальный пародонтит является показанием к хирургической коррекции уздечки языка в возрасте ребенка

- 1) 5-6 лет
- 2) 7-9 лет
- 3) любом при сформированном постоянном прикусе

190. Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим показаниям целесообразно проводить в возрасте ребенка

- 1) 3-4 года

- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5) 7-8 лет

191. Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться

- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти
- 2) локальный пародонтит
- 3) дефект речи

192. Показанием к удалению сверхкомплектного ретинированного зуба является

- 1) его обнаружение
- 2) сформированный его корень
- 3) ретенция или дистопия комплектных зубов

193. При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является

- 1) гипертрофия межзубного сосочка
- 2) диастема
- 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка.

194. Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям следует проводить в возрасте ребенка

- 1) 1 мес
- 2) 1 год
- 3) 2-3 года
- 4) 4-5 лет
- 5) 6-7 лет

195. Величина прикрепленной десны в области нижнего свода преддверия в норме составляет

- 1) 1.5-2.0 мм
- 2) 2.0-3.0 мм
- 3) 4.0-6.0 мм
- 4) более 7.0 мм

196. Показанием к углублению мелкого преддверия является

- 1) атрофический гингивит
- 2) величина прикрепленной десны 3-4 мм
- 3) величина прикрепленной десны менее 3 мм

197. Методом лечения врожденной срединной кисты шеи является

- 1) криодеструкция
- 2) хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) комплексное лечение: хирургическое с последующей лучевой терапией

198. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является

- 1) хирургический
- 2) комплексное лечение: хирургическое с последующей лучевой терапией

- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия

199. Методом лечения врожденного срединного свища шеи является

- 1) лучевая терапия
- 2) криодеструкция
- 3) хирургический
- 4) комплексное лечение: хирургическое с последующей лучевой терапией

200. Методом лечения врожденного бокового свища шеи является

- 1) комплексное лечение: хирургическое с последующей лучевой терапией
- 2) лучевая терапия
- 3) криодеструкция
- 4) хирургический

Список тем для реферата:

1. Особенности выбора метода и средства для местной анестезии у детей при выполнении амбулаторных вмешательств в полости рта. Виды вмешательств. Осложнения.
2. Показания к применению общей анестезии у детей при оказании хирургической стоматологической помощи в условиях стационара. Противопоказания. Подготовка пациента к наркозу.
3. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Современная антибактериальная терапия.
4. Хронический одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологические формы. Особенности лечения. Профилактика. Реабилитация.
5. Переломы переднего отдела альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Клиническая картина. Диагностика, лечение, прогноз.
6. Переломы верхней и нижней челюсти у детей. Виды, локализация, клинические проявления. Первая медицинская помощь. Лечение. Особенности шинирования.
7. Сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма. Особенности течения челюстно-лицевых травм у детей. Оказание помощи на догоспитальном этапе и в специализированных учреждениях.
8. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Причины. Клиника. Методы обследования. Планирование комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией.
9. Применение компрессионно-дистракционного остеогенеза у детей.
10. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Врожденные расщелины верхней губы и альвеолярного отростка у детей. Этапы комплексной реабилитации детей в условиях центров диспансеризации.
12. Врожденные расщелины твердого и мягкого нёба у детей. Этапы комплексной реабилитации детей в условиях центров диспансеризации.

13. Современные методы диагностики мягкотканых новообразований (гемангиомы, лимфангиомы) в челюстно-лицевой области у детей.
14. Амбулаторные операции в полости рта у детей: устранение коротких уздечек языка и верхней губы, мелкое преддверие рта, удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка.
15. Неотложные состояния у детей и подростков. Виды неотложных состояний и помощь при них.
16. Инновационные методы дополнительных исследований у детей и подростков в хирургической стоматологии.
17. Современные методы рентгенологического исследования у детей и подростков.
18. Онкологическая настороженность врача-стоматолога на хирургическом приеме.
19. Современные методы лечения и диагностики заболеваний слюнных желез у детей и подростков.
20. Современные подходы к профилактике воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей и подростков