

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 02.06.2025 15:45:36
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей стоматологии ФНМФО

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.мед.н., доц. С.И.Максютенко

Фонд оценочных средств по дисциплине

СТОМАТОЛОГИЯ

Специальность

31.05.02 Педиатрия

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию
	30.08.2024 протокол №1			

* протокол заседания учебно-методического совещания кафедры

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

СТОМАТОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-1. Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза	ПК-1.1.7. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование к врачам специалистам с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T1 ПК- 1.1.7 T2 ПК -1.1.7	C1 ПК- 1.1.7
	ПК-1.1.8. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи	T3 ПК-1.1.8 T4 ПК- 1.1.8	C2 ПК -1.1.8
	ПК-1.2.7. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.	T5 ПК-1.2.7. T6 ПК-1.2.7.	C3 ПК-1.2.7
	ПК-1.2.10. Умеет обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистами.	T7 ПК-1.2.10. T8 ПК-1.2.10.	C4 ПК-1.2.10..
ПК-2. Способен к назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности.	ПК-2.1.2. Знает современные методы медикаментозной терапии заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T9 ПК-2.1.2. T10 ПК-2.1.2.	C5 ПК-2.1.2..
	ПК-2.1.7. Знает принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях и состояниях, при обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения),	T11 ПК-2.1.7. T12 ПК-2.1.7.	C6 ПК-2.1.7.

	<p>порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-2.2.5. Умеет оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний; оказывать паллиативную помощь детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T13 ПК-2.2.5. T14 ПК-2.2.5.</p>	<p>C7 ПК-2.2.5.</p>
<p>ПК-3. Способен к реализации и контролю эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей</p>	<p>ПК-3.1.2. Знает показания для направления детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в службу ранней помощи, медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы.</p>	<p>T15 ПК-3.1.2. T16 ПК-3.1.2.</p>	<p>C8 ПК-3.1.2.</p>
	<p>ПК-3.1.5. -Знает медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T17 ПК-3.1.5. T18 ПК-3.1.5.</p>	<p>C9 ПК-3.1.5.</p>
	<p>ПК-3.2.1. Умеет направлять детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, для прохождения медико-социальной экспертиз</p>	<p>T19 ПК-3.2.1. T20 ПК-3.2.1.</p>	<p>C10 ПК-3.2.1.</p>
<p>ПК-4. Способен к проведению профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской</p>	<p>ПК-4.1.2. Знает основные принципы профилактического наблюдения за детьми с учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T21 ПК-4.1.2. T22 ПК-4.1.2.</p>	<p>C11 ПК-4.1.2.</p>

работы, среди детей и их родителей.	ПК-4.1.13. Знает лечебно-оздоровительные мероприятия среди детей с учетом группы здоровья, возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T23 ПК-4.1.13. T24 ПК-4.1.13.	C12 ПК-4.1.13.
	ПК-4.1.14. Знает принципы диспансерного наблюдения длительно и часто болеющим детям и детям с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T25 ПК-4.1.14. T26 ПК-4.1.14.	C13 ПК-4.1.14.
	ПК-4.1.16. Знает формы и методы санитарно-просветительской работы среди детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, по формированию элементов здорового образа жизни с учетом возраста ребенка и группы здоровья.	T27 ПК-4.1.16. T28 ПК-4.1.16.	C14 ПК-4.1.16.
	ПК-4.2.8. Умеет проводить диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими детьми и детьми с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья, детьми-инвалидами с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T29 ПК-4.2.8. T30 ПК-4.2.8.	C15 ПК-4.2.8.
	ПК-4.2.10. Умеет разъяснять детям, их родителям (законным представителям) и лицам, осуществляющих уход за ребенком, элементы и правила формирования здорового образа жизни с учетом возраста ребенка и группы здоровья.	T31 ПК-4.2.10. T32 ПК-4.2.10.	C16 ПК-4.2.10.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 ПК- 1.1.7. РЕШАЮЩИЙ ТЕСТ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОСТРОГО ПУЛЬПИТА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА:

- А. Перкуссия
- Б. *Электроодонтодиагностика
- В. Характер болей
- Г. Термометрия

Т2 ПК- 1.1.7. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА, КРОМЕ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ:

- А. Реоплатизмографию
- Б. Реографию
- В. Томографию
- Г. *Рентгенографию

Т3 ПК-1.1.8. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- А. *Обморока
- Б. Анафилактического шока
- В. Сердечно-сосудистого коллапса
- Г. Аллергической реакции

Т4 ПК-1.1.8. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ, КОТОРЫЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА:

- А. Кровотечение из носа;
- Б. Выпадение чувствительности в области нижнеглазничного нерва;
- В. Кровотечение из наружного слухового прохода;
- Г. *Ликворея;

Т5 ПК-1.2.7. НАИБОЛЕЕ ОПАСНАЯ ДЛЯ ЖИЗНИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА:

- А. Глаз.
- Б. Губ.
- В. *Гортани.
- Г. Слизистой оболочки полости рта

Т6 ПК-1.2.7. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА:

- А. 2.
- Б. 3.
- В. *4.
- Г. 1.

Т7 ПК-1.2.10. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ К:

- А. *Районному онкологу
- Б. Специалисту-радиологу

- В. Участковому терапевту
- Г. Хирургу-стоматологу

T8 ПК-1.2.10. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ РОДИЛСЯ РЕБЕНОК СО СКВОЗНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ. ПРИГЛАШЕНИЕ КАКОГО СПЕЦИАЛИСТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО?

- А. Психоневролога
- Б. Детского хирурга
- В. *Челюстно–лицевого хирурга
- Г. Врача–ортодонта

T9 ПК-2.1.2. УКАЖИТЕ СРЕДСТВА МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОЧИЩЕНИЮ ЯЗВ У ПАЦИЕНТА С УЧАСТКОМ НЕКРОЗА ДЕСЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИГГИВИТА

- А. *Протеолитические ферменты.
- Б. Противовоспалительные препараты.
- В. Кератопластики.
- Г. Кератолитики.

T10 ПК-2.1.2. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДВОЙНЫМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПОДБОРОДКА И ПРАВОГО СУСТАВНОГО ОТРОСТКА С ПОДВЫВИХОМ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ

- А. Межчелюстное связывание по Айви.
- Б. *Остеосинтез.
- В. Працевидная повязка.
- Г. Шинирование по Тигерштедту с наложением накусочной пластинки.

T11 ПК-2.1.7. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИЕМОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ УДАЛЕНИЮ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПРОИЗВОДЯТ:

- А. Трахеотомию
- Б. Трахеостомию
- В. *Коникотомию
- Г. Цистотомию

T12 ПК-2.1.7. ПРИ КАКОМ ОДОНТОГЕННОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНО УДАЛИТЬ "ПРИЧИННЫЙ" ЗУБ?

- А. При остром лимфадените
- Б. При остром периодонтите.
- В. *При остром остеомиелите челюсти.
- Г. При остром перикоронарите.

T13 ПК-2.2.5. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НУЖНО ПРОВЕСТИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ?

- А. *Выведение и фиксация языка
- Б. Интубация;
- В. Трахеостомия;
- Г. Ввести воздуховод;

T14 ПК-2.2.5. ПАЦИЕНТУ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ: МЕДИАСТЕНИТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Биохимический анализ крови

- Б. Клинический анализ крови
- В. *Рентгенографию грудной клетки
- Г. Общий анализ мочи

T15 ПК-3.1.2. РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА, КОТОРОМУ ПРИ РОЖДЕНИИ УСТАНОВИЛИ ДИАГНОЗ - ИЗОЛИРОВАННОЕ НЕСКВОЗНОЕ НЕСРАЩЕНИЕ НЕБА, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ОПЕРИРОВАТЬ ЭТОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ:

- А. До года.
- Б. *Дошкольном.
- В. Младшем школьном .
- Г. Старшем школьном

T16 ПК-3.1.2. ПРОБЛЕМАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ СОВМЕСТНО С ПЕДИАТРОМ-ОНКОЛОГОМ ЗАНИМАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

- А. Психолог.
- Б. Методист по лечебной физкультуре.
- В. Педагог.
- Г. *Все перечисленные

T17 ПК-3.1.5. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ:

- А. *До года.
- Б. В дошкольном.
- В. Младшем школьном.
- Г. В любом.

T18 ПК-3.1.5. ПРАВИЛА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ НАЧАЛО ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТИ при условии отсутствия смещения костных отломков:

- А. Движения должны быть приятны для пациента, допустимо смещение костных отломков
- Б. *Движения должны быть безболезненны, отсутствует смещение костных отломков
- В. Движения должны быть безболезненны, допустимо смещения костных отломков
- Г. Движения должны быть легковыполнимы для кинезотерапевта, отсутствует смещение костных отломков

T19 ПК-3.2.1. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО С ЗОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- А. Спустя 2 года после окончания специальной терапии.
- Б. После окончания специальной терапии.
- В. В процессе проведения специальной терапии.
- Г. *С момента постановки диагноза.

T20 ПК-3.2.1. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО С ЗОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- А. Спустя 2 года после окончания специальной терапии.
- Б. После окончания специальной терапии.
- В. В процессе проведения специальной терапии.
- Г. *С момента постановки диагноза.

T21 ПК-4.1.2. ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О

- А. Динамике демографических процессов в регионе
- Б. Имеющемся персонале и материальных ресурсах
- В. Состоянии окружающей среды
- Г. *Стоматологическом статусе населения

T22 ПК-4.1.2. ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Обучение родителей правильному способу вскармливания ребенка, рациональному использованию соски-пустышки
- Б. Устранение вредных привычек
- В. Обучение родителей правильному положению ребенка в кровати
- Г. *Все перечисленное

T23 ПК-4.1.13. УКАЖИТЕ КРАТНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС 21, 12, 74, 85 ЗУБОВ И ЧАСТЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

- А. *3 раза в год.
- Б. 2 раза в год.
- В. 1 раз в год.
- Г. 4 раза в год.

T24 ПК-4.1.13. ВЫБЕРИТЕ СХЕМУ ЭКЗОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У РЕБЕНКА 7-МИ ЛЕТ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА

- А. Рациональная гигиена полости рта.
- Б. *Покрытие зубов фторсодержащим лаком 3 раза в год.
- В. Рациональное питание с ограниченным потреблением углеводов.
- Г. Интенсивное жевание с включением твердой пищи.

T25 ПК-4.1.14. УКАЖИТЕ СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ 5-ТИ ЛЕТ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА 54 ЗУБА

- А. *До смены временных зубов, осмотр каждые 6 месяцев.
- Б. До смены временных зубов, осмотр 1 раз в год.
- В. В течение года.
- Г. Независимо от смены временных зубов 1 раз в год.

T26 ПК-4.1.14. ВЫБЕРИТЕ ЧАСТОТУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ СТОМАТОЛОГА ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ, ГРАНУЛИРУЮЩАЯ ФОРМА, II СТЕПЕНЬ.

- А. *2 раза в год.
- Б. 1 раз в год.
- В. 3 раза в год.
- Г. 4 раза в год.

T27 ПК-4.1.16. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Издание научно-популярной литературы

- Б. Проведение выставок средств гигиены полости рта
- В. *Занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
- Г. Телевизионная реклама

Т28 ПК-4.1.16. ЦЕЛЮЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Изучение стоматологической заболеваемости населения
- Б. Выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
- В. Выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний
- Г. *Мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

Т29 ПК-4.2.8. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ И ИМЕЮЩИЕ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ ОТНОСЯТСЯ К _____ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- А. I
- Б. *II
- В. III
- Г. IV

Т30 ПК-4.2.8. ДЕТИ С ВЫРАЖЕННЫМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ОТНОСЯТСЯ К _____ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- А. I
- Б. II
- В. III
- Г. * IV

Т31 ПК-4.2.10. СТОМАТОЛОГ ОБОСНОВЫВАЕТ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОШО ВОЗРАСТА НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДНЯ РЕБЕНКУ МЕСТНОЙ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ , ТАК КАК У НЕГО ВЫЯВЛЕН

- А. Хроническое течение кариеса
- Б. * Острое и острейшее течение кариеса
- В. Гингивит
- Г. Флюороз

Т32 ПК-4.2.10. СТОМАТОЛОГ ОБЪЯСНЯЕТ РОДИТЕЛЯМ ЦЕЛЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР 46,36. ,26,16 ЗУБОВ РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ

- А. Создание на поверхности зуба физического барьера для кариесогенных факторов
- Б. Наличии в составе герметика активных ионов
- В. Оказание реминерализующего действия на эмаль в области фиссуры
- Г. *Все перечисленное

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ПК- 1.1.7. Ребенок 3-х лет не выговаривает некоторые зубо-десневые звуки. При осмотре: парусовидный тяж, который крепится не только к нижней поверхности языка, но к передней области кончика языка. Подвижность языка ограничена. Какой наиболее вероятный диагноз?

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходимы ребенку в данном случае?

3. В какие сроки необходимо провести хирургическое лечение данной патологии?

Эталоны ответов:

1. Короткая уздечка языка.
2. Консультации врача-стоматолога-хирурга, логопеда.
3. При диагностировании аномалии.

С2 ПК- 1.1.8. Подросток 16 лет поступил с диагнозом – перелом верхней челюсти, осложненный переломом основания черепа.

Вопросы:

1. Какой обязательный симптом свидетельствует о переломе основания черепа?
2. Назовите методы обследования, необходимые для выявления повреждений костей челюстно-лицевой зоны у пациента после ДТП с диагнозом сотрясение головного мозга.
3. О чем свидетельствует симптом «двойного пятна»?

Эталоны ответов:

1. Ликворея.
2. Осмотр, пальпация, симптом не прямой нагрузки, рентгенография.
3. Симптом «двойного пятна» указывает на наличие ликвореи при переломе основания черепа

С3 ПК- 1.2.7. У больного М., 16 лет, диагностирован фурункул верхней губы. Спустя три дня состояние резко ухудшилось, повысилась температура тела до 40°C. Инфильтрат распространился на левую половину лица, веки.

Вопросы:

1. Чем осложнилось заболевание?
2. Чем наиболее опасен фурункул при локализации воспалительного процесса в области средней трети лица?
3. Какая локализация фурункула является наиболее опасной в прогностическом отношении (развитие тромбофлебита и синус-тромбоза) с учетом особенностей кровоснабжения лица?

Эталоны ответов:

1. Флегмоной подглазничной области.
2. Опасны своими внутричерепными гнойными осложнениями
3. Угол рта.

С4 ПК- 1.2.10. Ребенок 16 лет жалуется на болезненность и сухость губ. Отмечается значительная отечность и гиперемия красной каймы губ, наличие чешуек с переходом на кожу вокруг рта и елихенизация. В анамнезе нейродермит, бронхиальная астма.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходимы?
3. Какой должна быть тактика лечения?

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: атопический хейлит.
2. Необходима консультация и обследование у: аллерголога, дерматолога, педиатра.

3. Задача стоматолога — лечение кариеса и его осложнений, профессиональная чистка зубов для устранения инфицированного зубного налета, обладающего раздражающим действием на слизистую оболочку полости рта и губ. Местно - детям старше 3 лет назначают имудон (таблетки для рассасывания) и мази с глюкокортикоидами в малых концентрациях. Лечение сопутствующей патологии проводит врач-педиатр или соответствующий специалист.

С5 ПК- 2.1.2. В родильном доме у новорожденного диагностирована сквозная изолированная расщелина твердого и мягкого неба.

Вопросы:

1. Какой вид лечения применяется при данной патологии в ближайшие сроки?
2. В каком возрасте необходимо его применить?
3. Дальнейшая тактика врача после проведения лечения?

Эталоны ответов:

1. Рекомендовано изготовить obturator.
2. В 2 месяца.
3. Обязательная постановка на диспансерный учет, планирование хирургического лечения.

С6 ПК- 2.1.7. Пациент М., 16 лет, жалуется на стреляющие, сверлящие боли в области всей половины нижней челюсти справа, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C, озноб, потливость, неприятный запах изо рта. Из анамнеза болезни: пять дней назад появились боли в ранее леченом 4.б, боль при накусывании на этот и рядом стоящие зубы, припухлость десны и щеки справа. Ночью был озноб, утром обратился к врачу. Зуб был удален, однако улучшения не наступило. Нарастала боль в челюсти и общая слабость, появилось онемение кожи нижней губы справа, неприятный запах изо рта. Припухлость мягких ~ тканей увеличилась, повысилась температура тела. Перенесенные и сопутствующие заболевания: практически здоров. При осмотре: определяется значительная припухлость в поднижнечелюстной и щечной областях справа, кожа над ней гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Пальпация мягких тканей болезненна. Болевая чувствительность кожи нижней губы и подбородка справа снижена. Пальпация основания нижней челюсти справа резко болезненная. В полости рта: слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти в области 4.5,4.6,4.7 с вестибулярной и язычной сторон отечна и гиперемирована. Перкуссия 4.5,4.6,4.7 резко болезненная, зубы подвижны. Определяется выбухание по переходной складке в области 4.7,4.6,4.5 с вестибулярной стороны, инфильтрация мягких тканей альвеолярной части в области этих зубов с язычной стороны. Из лунки удаленного 4.б выделяется гной.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа в области 4б зуба
2. Компьютерная томография, рентгенография, анализ крови, мазок из раны для определения чувствительности флоры к антибактериальным препаратам.
3. Лечение проводится в условиях стационара (медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтические методы лечения, при необходимости – проведение реконструктивных операций).

С7 ПК- 2.2.5. В приемное отделение областной больницы доставлен скорой медицинской помощью Пациент Б., 15 лет. Со слов бригады— пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, находится в ступоре, диффузный цианоз, свистящее шумное дыхание, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС — 120/мин, АД — 125/80 мм Нг. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта — кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План оказания неотложной помощи.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.
2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей.
3. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.
4. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстношинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращей. Щадящая диета. Санация полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция осложнений дыхательной недостаточности.

С8 ПК- 3.1.3. Пациент Т., 17 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на подвижность моляров на верхней челюсти справа, периодическую боль, чувство тяжести и сукровичные выделения из правой половины носа. Болеет 4 месяца. На протяжении последнего месяца похудел, появилась слабость. На рентгенограмме верхнечелюстной синус справа затемнен, костная ткань в участке альвеолярного отростка разрушена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дальнейшая тактика врача в данном случае.
3. Определите показания для направления пациента на консультацию к данному специалисту
4. Какой дополнительный метод диагностики будет наиболее достоверным подтверждением при затрудненной клинической диагностике новообразований челюстно-лицевой области?

Эталоны ответов:

1. Рак верхней челюсти.
2. Направить на консультацию для верификации диагноза и дальнейшего лечения в онкодиспансер.
3. Длительность заболевания, объективная клиническая картина, данные рентгенограммы
4. Биопсия.

С9 ПК- 3.1.5. Ребенок К., 1 год. Со слов мамы ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта. Поставлен диагноз: врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба



Вопросы:

1. Назовите показания к хирургическому лечению детей с врожденной патологией ЧЛЮ
2. Определите задачи врача дефектолога в комплексной реабилитации больных с врожденной патологией ЧЛЮ

Эталоны ответов:

1. Нарушение глотания, сосания
2. Восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков; снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов

С10 ПК- 3.2.1. Больная К., 6 лет. Жалобы на ограничение открывания рта.
Анамнез: данный симптом был обнаружен в возрасте 2 лет. С ростом ребенка объем движения нижней челюсти уменьшался.
При обследовании ребенка выявлены мягкие атрофичные рубцы на коже левой околоушно-жевательной области и в проекции левого тазобедренного сустава.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план реабилитации данного больного, который может быть одобрен при направлении пациента в учреждения медико-социальной экспертизы.

Эталоны ответов:

1. Деформирующий остеоартроз левого височнонижнечелюстного сустава.
2. Этапы реабилитации больного:
хирургический этап - остеотомия левой ветви нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением;
после восстановления движения нижней челюсти - санация полости рта;
ортодонтический этап - удержание нижней челюсти в центральном положении и возрастная коррекция с помощью шин Вебера или Ванкевич. На этом этапе также проводят активное ортодонтическое лечение, направленное на нормализацию формы и размеров верхней и нижней зубной дуг. Длительность этапа 4-5 лет.
следующий хирургический этап - пластика левой ветви нижней челюсти биологическим трансплантатом или эндопротезом; следующий ортодонтический этап направлен на возрастную нормализацию положения отдельных зубов, а также размера и формы зубных рядов
завершающий хирургический этап проводится по косметическим показаниям - контурная пластика правой половины нижней челюсти и по показаниям – гениопластика
(все этапы требуют заключения медико-социальной экспертизы)

С11 ПК- 4.1.2. Стоматолог ведет прием детей разного возраста в стоматологической поликлинике, который включает проведение профилактических мероприятий.

Вопросы:

Охарактеризуйте особенности проведения и приемы профилактической работы, которые использует стоматолог у детей с учетом их возраста.

1. В раннем возрасте.
2. В дошкольном возрасте.
3. В младшем школьном возрасте.
4. В подростковом возрасте.
5. В старшем школьном возрасте.

Эталоны ответов:

1. Индивидуальные и групповые занятия с родителями, приучения ребенка к чистке зубов под контролем родителей
2. Сюжетно-ролевые игры, обучающие правилам ухода.
3. Уроки гигиены с элементами игры
4. Беседы и практические занятия по обучению индивидуальной гигиене полости рта и зубов.
5. Лекции, семинары и практические занятия, материалы научно-популярной литературы и средства массовой информации о индивидуальной гигиене полости рта и профилактике различных стоматологических заболеваний

С12 ПК- 4.1.13. В родильном доме у новорожденного диагностирована сквозная изолированная расщелина твердого и мягкого неба.

Вопросы:

1. Какой вид лечения применяется при данной патологии в ближайшие сроки?
2. В каком возрасте необходимо его применить?
3. Дальнейшая тактика врача после проведения лечения?

Эталоны ответов:

1. Рекомендовано изготовить obturator.
2. В 2 месяца.
3. Обязательная постановка на диспансерный учет, планирование хирургического лечения.

С13. ПК- 4.1.14. В городской стоматологической поликлинике работают врачи-стоматологи разных профилей. Одна из обязанностей врача-стоматолога состоит в проведении диспансеризации и диспансерном наблюдении за стоматологическими пациентами с разной стоматологической патологией.

Вопросы:

1. В чем суть диспансеризации?
2. Чем отличается медосмотр от диспансеризации?
3. Что делает стоматолог на диспансеризации?
4. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта
5. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом.

Эталоны ответов:

1. Диспансеризация в стоматологии является комплексным методом раннего выявления больных, нуждающихся в долговременном наблюдении, всестороннего обследования и лечения, проведения индивидуальной и групповой, социальной и медико-биологической профилактики стоматологических заболеваний.
2. Основное отличие профилактического медицинского осмотра от диспансеризации – это наименьшее число исследований и периодичность проведения:
 - профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно.
 - периодичность прохождения диспансеризации зависит от возраста человека и выявленной патологии, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.)
3. Регулярный осмотр пациента позволяет провести своевременную санацию полости рта: восстанавливаются контактные пункты между зубами, проводится замена нерациональных устаревших пломб, лечение кариеса и его осложнений на фоне местной и общей реминерализующей терапии, лечение болезней пародонта, своевременное лечение пациентов с врожденными аномалиями развития лица, наблюдение за больными страдающими опухолевыми заболеваниями челюстно-лицевой области.
4. Диспансерный осмотр 1 раз в год
5. Диспансерный осмотр 2 раз в год

С14 ПК- 4.1.16. 1 На первый профилактический осмотр к стоматологу пришла мама с ребенком. У ребенка недавно прорезались зубы 7.1, 8.1. при осмотре полости рта визуально определяется зубной налет. Десневые валики полукруглой формы, уздечки верхней и нижней губы, языка в норме. Мама отмечает, что очищает ребенку зубы ватным тампоном один раз в день и просит дать рекомендации по уходу за полостью рта ребенка.

Вопросы:

1. Определите возраст ребенка.
2. Укажите время первого профилактического осмотра и периодичность профилактических осмотров ребенка в дальнейшем. Назовите сроки прорезывания временных зубов.
3. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта ребенка со времени прорезывания первых временных зубов.
4. Дайте рекомендации по употреблению ребенком сахара и правилам пользования соской-пустышкой.

Эталоны ответов:

1. 6-8 месяцев.
2. Первый профилактический осмотр – в 6 месяцев, в последующем – посещение стоматолога 1 раз в полгода.
3. Сроки прорезывания временных зубов: центральные резцы – 6 - 8 месяцев; латеральные резцы – 8- 12 месяцев; первые временные моляры – 12 – 16 месяцев; клыки – 16 – 20 месяцев; вторые временные моляры – 20 – 30 месяцев.
4. Чистка зубов очень мягкой зубной щеточкой – напалечником без пасты 1 раз в день перед сном. К моменту прорезывания 8 – 10 зубов – чистка зубов 2 раза в день (утром и вечером) очень мягкой детской зубной щеткой (длина рабочей части не более 15 мм) без применения зубной пасты. С 2 – 2,5 лет – чистка зубов мягкой детской зубной щеткой с применением детской гелеобразной зубной пасты (без фториды до 3 лет) 2 раза в день.
5. Ограничение употребления сахара до 20 мг в сутки. Использование соски-пустышки после кормления на 15-20 минут в течение первого года жизни ребенка.

С15 ПК 4.2.8. При осмотре ребёнка 7 лет выявлены нарушения функции носового дыхания, «инфантильный» тип глотания.

Вопросы:

1. Врачебная тактика по отношению к данному пациенту
2. Значение функций дыхания и глотания в развитии зубочелюстных деформаций.
3. К каким изменениям зубочелюстной системы приведёт нарушение данных функций.
4. осуществлять диспансерное наблюдение детей с нарушениями функций (речи, дыхания, жевания, глотания) в организованных детских коллективах целесообразнее

Эталоны ответов:

1. а) направление на обследование к ЛОР- врачу для определения нарушения носового дыхания (наличие аденоидных вегетаций, искривление носовой перегородки и т. д.)
б) обучение правильному глотанию, диспансерное наблюдение у врача - ортодонта 2 раза в год.
2. Нарушение функции дыхания и глотания приводит к деформациям зубочелюстной системы по трем плоскостям (вертикальной, сагиттальной, горизонтальной).
3. Дистальный прикус, сочетанный с глубоким.
4. Детскому врачу-стоматологу, осуществляющему санацию организованных детских коллективов

С16 ПК-4.2.10. Ребенок 7 лет явился на профилактический осмотр. Родители ребенка у сообщили, что чистку зубов он производит лишь в утреннее время гигиенической зубной пастой. Гигиенический индекс по Федоровой Володкиной = 2.0.

Зубная формула:

16 55 54 53 54 11 21 62 63 64 65 26
46 85 84 83 82 41 31 72 73 74 75 36

Вопросы:

1. Подберите ребенку индивидуальные средства гигиены (паста, щетка)
2. Опишите алгоритм стандартного метода чистки зубов. Его особенности.
3. Какие дополнительные средства и мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта можете порекомендовать родителям ребенка ?. Обоснуйте их.
4. Каков алгоритм подсчета индекса гигиены по Федоровой Володкиной? Его влияние на убеждение родителей и ребенка в профилактике стоматологических заболеваний?

Эталоны ответов:

1. Зубная щетка – средней степени жесткости, 5 поколения (Silver Care Teen, ROCS Teen, Jordan) и Зубная паста со F (ppm-1000) – лечебно профилактическая (ROCS Teen, Lacalut Teens, President Junior, Элмекс Джуниор).
2. Алгоритм стандартного метода чистки зубов: Разделить зубной ряд на несколько сегментов: моляры, премоляры, передние зубы. Расположить щетку под углом 45 градусов к поверхности зубов (зубные ряды разомкнуты). Чистить зубы с вестибулярной поверхности верхней челюсти слева, выполняя щеткой 10 подметающих движений сверху вниз, затем перейти ко всем остальным сегментам. Чистить зубы с небной поверхности верхних зубов, переходя по сегментам от левого к правому, делая на каждом 10 подметающих движений. Чистить зубы нижней челюсти в той же последовательности. Чистить все поверхности зубов движениями щетки вперед-назад по 10 движений на каждую поверхность. Завершить чистку зубов круговыми движениями по вестибулярной поверхности с захватом зубов и десен.
Метод способствуют очистке десневых борозд, межзубных промежутков и контактных поверхностей зубов.

3. -Гель «ROCS Medical Minerals». Если это средство используется только для курсовой терапии, то ее необходимо проводить не менее трех раз в год. Стандартная длительность применения геля составляет 14 суток. Крайне важно помнить, что от правильного проведения гигиенических процедур, а также соблюдения всех рекомендаций стоматолога зависит устойчивость уже полученного результата. (Сначала зубы чистят обычной пастой. После этого на щетку наносят лечебный гель и снова осуществляют гигиенические процедуры. Оптимальная кратность применения данного средства составляет два раза в день: после завтрака и перед сном).

- Рекомендации по герметизации фиссур постоянных моляров.

- Флоссинг. Процесс обработки зубов зубной нитью очень прост. От рулона отрывается кусок длиной примерно 30см, концы ее наматываются на указательные пальцы так, чтобы между ними осталось около 5-7см. Этот участок нити вставляют в межзубное пространство и потихоньку делают поступательные движения туда и обратно. Для более качественно результата можно сделать С-образную дугу из нити, чтобы середина ее «обтирала» зуб.

- Использование ирригатора. Правила пользования ирригатором просты и обычно никаких затруднений не возникает. Для каждого отдельного случая (лечение или профилактика стоматологических заболеваний, очистка брекет-систем, уход за имплантатами) возможно назначение индивидуального режима использования ирригатора. Для стандартной же профилактической гигиены достаточно придерживаться следующих простых правил: - нежелательно использовать ирригатор для детей раннего возраста, дети дошкольного возраста, должны пользоваться ирригатором первое время под наблюдением взрослых.

4. Окрашивание вестибулярной поверхностей центральных резцов эритрозиновым красителем для оценки ГИ по Федорову – Володкиной, окрашивая губную поверхность шести нижних фронтальных зубов раствором Шиллера – Писарева.

Оценку интенсивности окрашивания ЗН оценивают баллами:

1 балл - отсутствие окрашивания;

2 балла - окрашивание 1/4 поверхности коронки зуба;

3 балла - окрашивание 1/2 поверхности коронки зуба;

4 балла - окрашивание 2/3 поверхности коронки зуба;

5 баллов - окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Для вычисления ИГ делят сумму значений у всех окрашенных зубов на количество обследованных зубов (6).

Результаты оценивают следующим образом:

- хороший ИГ - 1,1-1,5 балла;

- удовлетворительный ИГ - 1,6-2 балла;

- неудовлетворительный ИГ - 2,1-2,5 балла;

- плохой ИГ - 2,6-3,4 балла;

- очень плохой ИГ - 3,5-5 баллов.

Окрашивание дает ребенку знать на сколько качественно/некачественно он производит чистку зубов.