

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

**Институт стоматологии  
Кафедра детской профилактической стоматологии и ортодонтии**

**Методические материалы по дисциплине:**

**Детская стоматология**

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - специалитета

31.05.03 Стоматология, 4 курс

В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

- A. зеркало, гладилка
- B. зеркало, зонд
- C. зеркало, пинцет
- D. пинцет, зонд

ОТВЕТ: B

Какое количество детей по данным ВОЗ имеет те или иные заболевания пародонтом:

- A. 70%
- B. 30%
- C. 80%
- D. 40%

ОТВЕТ: C

Какое количество детей по данным ВОЗ имеет те или иные заболевания пародонтом:

- A. 70%
- B. 30%
- C. 80%
- D. 40%

ОТВЕТ: C

Ребенка с хроническим заболеванием в период ремиссии болезни показывать стоматологу необходимо:

- A. не менее 2 раза в год
- B. не менее 3 раза в год
- C. не менее 4 раза в год
- D. не менее 5 раз в год

ОТВЕТ: C

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТЬМИ ЗУБНЫХ НИТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ):

- A. 3-4
- B. 5-6
- C. 10-12
- D. 15-16

ОТВЕТ: C

Сколько раз в день рекомендовано проведение гигиенических процедур у детей:

- A. один раз в день
- B. два раза в день
- C. три раза в день
- D. четыре раза в день

ОТВЕТ: B

Слизистая оболочка полости рта в норме:

- A. бледного цвета, сухая
- B. бледно-розового цвета, сухая
- C. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
- D. ярко-красного цвета, обильно увлажнена

ОТВЕТ: C

У детей 4-6 лет оценку гигиенического состояния проводят с помощью индекса:

- A. Индекс Грин Вермильона
- B. Индекс Шиллера-Писарева
- C. Индекс Федорова- Володкиной
- D. Индекс РМА

ОТВЕТ: B

У детей 8 – 10 лет и старше оценку гигиенического состояния проводят с помощью индекса:

- A. Индекс Грин - Вермильона
- B. Индекс Шиллера – Писарева
- C. Индекс Федорова – Володкиной
- D. Индекс РМА

ОТВЕТ: A

У детей 8-10 лет и старше оценку гигиенического состояния проводят с помощью индекса:

- A. индекс Грин Вермильона
- B. индекс Шиллера-Писарева
- C. индекс Федорова- Володкиной
- D. индекс РМА

ОТВЕТ: A

У детей, родившихся от матерей с патологическим течением беременности, интенсивность кариеса составляет:

- A. 6,1
- B. 3,5
- C. 5,5
- D. 7,8

ОТВЕТ: A

У какого количества детей дошкольного возраста выявляются травматические повреждения зубов:

- A. 20-30%
- B. 10-20%
- C. 40-50%
- D. 50-60%

ОТВЕТ: C

У какого количества детей наблюдается отит при врожденных расщелинах

губы и неба:

- A. 75%
- B. 45%
- C. 50%
- D. 55%

ОТВЕТ: А

У какого количества детей школьного возраста выявляются травматические повреждения зубов:

- A. 10-20%
- B. 5,5-40%
- C. 3,6-33%
- D. 1-5%

ОТВЕТ: С

Что должен уметь врач педиатр для регистрации раннего кариеса:

- A. собрать анамнез
- B. проводить профессиональную гигиену полости рта
- C. уметь снять с поверхности мягкий налет и посмотреть состояние эмали
- D. определить гигиенический индекс

ОТВЕТ: С

Что может выявить причины нарушений в смене отдельных временных зубов постоянными:

- A. осмотр врача стоматолога
- B. рентгенологическое исследование
- C. своевременное лечение кариеса временных зубов
- D. жалобы ребенка

ОТВЕТ: В

Какое количество здоровых зубов у ребенка в норме:

- A. 18
- B. 20
- C. 24
- D. 28

ОТВЕТ: В

Комплаентность – это:

- A. резистентность к кариесу;
- B. степень соответствия поведения пациента рекомендациям врача;
- C. лояльность к пациенту;
- D. реакция организма на воздействие аллергена.

ОТВЕТ: В

Комплекс лечения заболеваний пародонта у детей на заключительном этапе входят

- A. Уроки гигиены
- B. Профессиональная чистка зубов и снятие поддесневых зубных отложений

- С. Пришлифовывание зубов
  - Д. Ортодонтическое лечение
- ОТВЕТ: D

Комплекс лечения заболеваний пародонта у детей на заключительном этапе входят

- А. Уроки гигиены
  - В. Профессиональная чистка зубов и снятие поддесневых зубных отложений
  - С. Пришлифовывание зубов
  - Д. Ортодонтическое лечение
- ОТВЕТ: D

Осмотр зубов - это:

- А. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
  - В. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
  - С. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
  - Д. определение отклонения зуба от оси
- ОТВЕТ: С

Осмотр пациента начинают с:

- А. заполнения зубной формулы
  - В. определения прикуса
  - С. внешнего осмотра
  - Д. осмотра зубных рядов
- ОТВЕТ: С

Основанием для снятия ребенка с диспансерного учета является:

- А. своевременная смена временных зубов
  - В. снятие воспалительного процесса
  - С. благоприятное окончание активного лечения
  - Д. все ответы верны
- ОТВЕТ: А

Основная задача стоматологической поликлиники

- А. медицинская помощь на дому
  - В. лечебно-диагностическое обслуживание
  - С. экспертиза временной нетрудоспособности
  - Д. профилактика кариеса
- ОТВЕТ: В

Основные задачи территориального центра диспансеризации:

- А. выявление и ведение учета детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ
  - В. постановка правильного диагноза
  - С. организация комплексного лечения больных
  - Д. все ответы верны
- ОТВЕТ: D

Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является:

- A. осмотр
- B. проба Шиллера
- C. рентгенологические исследования
- D. генеалогический анамнез

ОТВЕТ: B

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. низкий уровень интенсивности кариеса зубов у населения, содержание фторида в воде менее половины оптимальной дозы
- B. высокий уровень интенсивности кариеса зубов у населения, содержание фторида в воде менее половины оптимальной дозы
- C. высокий уровень интенсивности кариеса зубов у населения, содержание фторида в воде 1,5 ppm
- D. содержание фторида в воде 1,5 ppm

ОТВЕТ: B

ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ СОСКИ-ПУСТЫШКИ НЕОБХОДИМО ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА:

- A. 6 месяцев
- B. 12 месяцев
- C. 1,5 года
- D. 3 лет

ОТВЕТ: B

Отсутствие комплаентности родителей к стоматологическому лечению детей может оказать влияние на:

- A. Диагностику
- B. План лечения
- C. Стоматологические манипуляции
- D. Все этапы оказания стоматологической помощи

ОТВЕТ: D

Первым этапом обследования детей является:

- A. объективное внеротовое обследование
- B. выяснение общего состояния здоровья
- C. клинические тесты
- D. рентгенологическое обследование

ОТВЕТ: B

Когда заканчивают свое формирование корни постоянных вторых моляров:

- A. 10 годам
- B. 12 годам
- C. 13 годам
- D. 15 годам

ОТВЕТ: D

Когда заканчивается формирование корня нижних постоянных клыков:

A. к 10 годам

B. к 15 годам

C. к 11 годам

D. к 12-14 годам

ОТВЕТ: D

Наибольшее влияние на созревание эмали оказывает:

A. фтор

B. молибден

C. стронций

D. кальций

ОТВЕТ: A

Что нарушает физиологическую потребность смены временных зубов постоянными:

A. эндокринные заболевания

B. раннее удаление временных зубов

C. заболевания ВНЧС

D. гипоплазия эмали временных зубов

ОТВЕТ: B

Когда происходит завершение формирования корня временных верхних клыков:

A. 1,5 года

B. 2 года

C. 3 года

D. 2,5 года

ОТВЕТ: C

Когда происходит завершение формирования корня временных верхних первых моляров:

A. 1,5 года

B. 2 года

C. 3 года

D. 2,5 года

ОТВЕТ: D

Когда происходит завершение формирования корня временных верхних центральных резцов:

A. 1,5 года

B. 2 года

C. 3 года

D. 2,5 года

ОТВЕТ: A

Когда происходит завершение формирования корня временных нижних боковых резцов:

- A. 1,5 года
- B. 2года
- C. 3 года
- D. 2,5 года

ОТВЕТ: А

Когда происходит завершение формирования корня временных нижних вторых моляров:

- A. 1,5 года
- B. 2года
- C. 3 года
- D. 2,5 года

ОТВЕТ: С

Когда происходит завершение формирования корня временных нижних клыков:

- A. 1,5 года
- B. 2года
- C. 3 года
- D. 2,5 года

ОТВЕТ: С

Когда происходит завершение формирования корня временных нижних первых моляров:

- A. 1,5 года
- B. 2года
- C. 3 года
- D. 2,5 года

ОТВЕТ: В

Когда происходит завершение формирования корня временных нижних центральных резцов:

- A. 1,5 года
- B. 2года
- C. 3 года
- D. 2,5 года

ОТВЕТ: А

Когда происходит завершение формирования эмали временных верхних боковых резцов:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 9 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: В

Когда происходит завершение формирования эмали временных верхних вторых моляров:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 11 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: C

Когда происходит завершение формирования эмали временных верхних клыков:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 9 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: C

Когда происходит завершение формирования эмали временных верхних первых моляров:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 9 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: D

Когда происходит завершение формирования эмали временных верхних центральных резцов:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес
- C. 9 мес
- D. 6 мес

ОТВЕТ: A

Когда происходит завершение формирования эмали временных нижних боковых резцов:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 3 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: C

Когда происходит завершение формирования эмали временных нижних вторых моляров:

- A. 1,5 мес.
- B. 10 мес
- C. 5,5 мес
- D. 6 мес

ОТВЕТ: B

Когда происходит завершение формирования эмали временных нижних клыков:

- A. 1,5 мес.
- B. 9 мес
- C. 11 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: С

Когда происходит завершение формирования эмали временных нижних первых моляров:

- A. 1,5 мес.
- B. 9 мес
- C. 5,5 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: С

Когда происходит завершение формирования эмали временных нижних центральных резцов:

- A. 1,5 мес.
- B. 2,5 мес.
- C. 11 мес
- D. 6 мес.

ОТВЕТ: В

Когда происходит прорезывание временных нижних клыков:

- A. 16 мес
- B. 6 мес
- C. 7 мес
- D. 24 мес

ОТВЕТ: А

Когда происходит прорезывание постоянных нижних первых премоляров:

- A. 15 годам
- B. 11 годам
- C. 12 годам
- D. 13 годам

ОТВЕТ: В

Когда формируются корни верхних постоянных клыков:

- A. к 10 годам
- B. к 15 годам
- C. к 30 годам
- D. к 12-14 годам

ОТВЕТ: С

Развитие периодонта происходит за счет:

- A. амелобластов
- B. центральной части зубного сосочка;

С. мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка.  
D. цементобластов  
ОТВЕТ: С

Сроки минерализация временных зубов начинаются:

- A. в I половине внутриутробного развития
- B. в II половине внутриутробного развития
- C. в I полугодии после рождения
- D. во II полугодии после рождения

ОТВЕТ: B

Сроки прорезывания боковых временных резцов на нижней и верхней челюсти:

- A. 8-10 месяцев
- B. 12-16 месяцев
- C. 24-30 месяцев
- D. 15-21 месяцев

ОТВЕТ: A

Сроки прорезывания временных центральных резцов на нижней челюсти у детей:

- A. 5-6 месяцев
- B. 6-8 месяцев
- C. 12 месяцев
- D. 1-2 месяца

ОТВЕТ: B

Сроки прорезывания временных клыков:

- A. 8-10 месяцев
- B. 12-16 месяцев
- C. 24-30 месяцев
- D. 16-20 месяцев

ОТВЕТ: D

Корни молочных клыков формируются к:

- A. 2 годам
- B. к 3 годам
- C. 4 годам
- D. к 5 годам

ОТВЕТ: D

Корни молочных моляров формируются к:

- A. 2 годам
- B. к 3 годам
- C. 4 годам
- D. к 5 годам

ОТВЕТ: C

Период "физиологического покоя" для корней временных зубов длится:

- A. 1 год
- B. 2 года
- C. 2.5-3 года
- D. 4 года

ОТВЕТ: C

Физиологическая резорбция корней молочных зубов начинается:

- A. вскоре после прорезывания
- B. через год после прорезывания
- C. через два года после прорезывания
- D. В среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов

ОТВЕТ: D

Пришеечная область молочных резцов минерализуется у ребёнка :

- A. до рождения
- B. в первые 3-4 месяца после рождения
- C. сразу после прорезывания зуба
- D. к 1.5 годам

ОТВЕТ: B

Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к:

- A. 10 годам
- B. 7 годам
- C. 11 годам
- D. к 13 годам

ОТВЕТ: A

Корни премоляров заканчивают свое формирование к:

- A. 10 годам
- B. 11 годам
- C. 13 годам
- D. 12 годам

ОТВЕТ: D

Корни вторых постоянных моляров заканчивают свое формирование к:

- A. к 11 годам
- B. к 13 годам
- C. к 9 годам
- D. к 15 годам

ОТВЕТ: D

Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

- A. с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
- B. ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом

С. с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом  
D. на рентгене не определяется  
ОТВЕТ: В

Толщина эмали после прорезывания зуба с увеличением возраста ребёнка:  
A. увеличивается в результате деятельности энамелобластов  
B. не изменяется, т. к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют  
C. уменьшается в результате физиологического стирания  
D. увеличивается в результате деятельности одонтобластов  
ОТВЕТ: С

Толщина дентина после прорезывания зуба с увеличением возраста ребёнка:  
A. увеличивается в результате деятельности одонтобластов  
B. уменьшается в результате физиологического стирания  
C. увеличивается в результате деятельности энамелобластов  
D. не изменяется, т. к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют  
ОТВЕТ: А

Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:  
A. нормальной длины с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое  
B. нормальной длины с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое  
C. короче нормальной длины, корневой канал узкий  
D. короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня  
ОТВЕТ: D

Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме проецируется :  
A. нормальной длины с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое  
B. нормальной длины с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое  
C. нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая  
D. короче нормальной длины, корневой канал узкий  
ОТВЕТ: В

Пластические свойства пульпы временных зубов особенно выражены в:  
A. период физиологического покоя  
B. период формирования корня зуба  
C. период резорбции  
D. период минерализации  
ОТВЕТ: В

Рабочая длина канала временного зуба должна быть:  
A. равна рентгенологической длине корня

- В. должна быть равна физиологической верхушке корня
  - С. на 2-3 мм короче рентгенологической длины
  - Д. обработка канала проводится на 1/3
- ОТВЕТ: С

Из каких слоев эпителия состоит слизистая новорожденного

- А. базальный и шиповидный
- В. зернистый и роговой
- С. слой плоских клеток
- Д. ороговевающий слой

ОТВЕТ: А

В слизистой оболочке какой анатомической области могут встречаться железы Фордайса

- А. Мягкого неба
- В. Щеки
- С. Языка верхней поверхности
- Д. Твердого неба

ОТВЕТ: В

К функциям слизистой оболочки полости рта бывает:

- А. защитная, пластическая, всасывательная, оборонительная, сенсорная
- В. защитная, чувствительная, пластическая, всасывательная, терморегуляторная
- С. вкусовая, защитная, сенсорная, всасывательная, пластическая
- Д. вкусовая, тактильная, всасывательная, защитная, терморегуляторная

ОТВЕТ: В

Формирование постоянных центральных резцов происходит на:

- А. 5-6 месяце жизни
- В. 8-9 месяце жизни
- С. 11-12 месяце жизни
- Д. В 3-4 года

ОТВЕТ: А

Альвеолярная кость образуется из клеток:

- А. Эмалевого органа
- В. Зубного сосочка
- С. Зубного мешочка
- Д. Десны

ОТВЕТ: С

В 10-11 лет прорезывается зуб:

- А. 2.6
- В. 7.5
- С. 4.1
- Д. 4.3

ОТВЕТ: D

В 12-13 лет прорезывается зуб:

A. 5.1

B. 7.4

C. 3.4

D. 2.7

ОТВЕТ: D

В 12-16 месяцев прорезывается зуб:

A. 6.4

B. 2.6

C. 5.2

D. 4.5

ОТВЕТ: A

В 16-20 месяцев прорезывается зуб:

A. 8.3

B. 4.6

C. 7.1

D. 2.2

ОТВЕТ: A

В 20-30 месяцев прорезывается зуб:

A. 6.1

B. 7.3

C. 8.5

D. 1.6

ОТВЕТ: C

В 5-6 лет прорезывается зуб:

A. 4.4

B. 8.3

C. 1.6

D. 6.1

ОТВЕТ: C

В 6-8 лет прорезывается зуб:

A. 7.5

B. 4.1

C. 5.2

D. 3.2

ОТВЕТ: B

В 6-8 месяцев прорезывается зуб:

A. 1.1

B. 6.1

C. 8.4

D. 3.2

ОТВЕТ: В

В СОСТАВ ЭМАЛИ ВХОДЯТ

- А. гидроксиапатиты
- В. йодапатиты
- С. фосфориды
- Д. хлорофиллины

ОТВЕТ: А

КАКОЕ ОДНО ИЗ ГЛАВНЫХ СВОЙСТВ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРОЦЕССЫ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ И ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ

- А. растворимость
- В. барьерная функция
- С. твердость
- Д. проницаемость

ОТВЕТ: D

Длительное взаимодействие кариесогенной флоры, легкоусвояемых углеводов при низкой резистентности твердых тканей зубов приводит к развитию:

- А. Некариозных поражений
- В. Кариеса
- С. Заболеваний пародонта
- Д. Заболеваний слизистой рта

ОТВЕТ: В

Как называются места на зубе, где чаще всего скапливается зубной налет:

- А. Ретенционные пункты
- В. Окклюзионные пункты
- С. Иммунные зоны
- Д. Меловые пятна

ОТВЕТ: А

У ребёнка развился кариес зуба 8.2 на вестибулярной поверхности в пределах нижней трети коронки. Какому классу соответствует данная полость по классификации Блэка?

- А. I класс
- В. II класс
- С. III класс
- Д. V класс

ОТВЕТ: D

Углевод обладающий наиболее кариесогенным свойством:

- А. Мальтоза
- В. Галактоза
- С. Сахароза
- Д. Гликоген

ОТВЕТ: С

Для предупреждения кариеса необходимо:

- A. Устранить факторы риска
- B. Повышать резистентность тканей зуба
- C. Осмотр стоматолога один раз в год
- D. Лечение гипоплазии эмали

ОТВЕТ: A

Длительное неконтролируемое грудное вскармливание

- A. Стимулирует выработку иммуноглобулинов, обеспечивающих местный иммунитет полости рта
- B. Оптимальный источник кальция для минерализации зачатков постоянных зубов
- C. Может привести к развитию кариеса раннего детского возраста
- D. Подавляет выработку витамина Д

ОТВЕТ: C

Диагнозу «Кариес эмали» в соответствии с классификацией МКБ-10 соответствует код

- A. K02.0
- B. K02.1
- C. K02.4
- D. K04.00

ОТВЕТ: A

Для укрепления эмали используются комбинации растворов:

- A. глюконата кальция и фторида натрия
- B. «Ремодента» и глюконата кальция
- C. Фторида натрия и фторида олова
- D. Хлоргексидина и перекиси водорода

ОТВЕТ: A

Ребенок 4 года. Жалобы на незначительное застревание пищи в около зуба 84.

Какой метод исследования позволит наиболее точно поставить диагноз

- A. Фиброоптическая трансиллюминация
- B. Диагност
- C. Прицельная рентгенограмма
- D. Прикусная рентгенограмма

ОТВЕТ: D

В развитии кариеса у детей до 6 лет принимает участие:

- A. *Streptococcus mutans*
- B. *Pseudomonas aeruginosa*
- C. *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus haemolyticus*)
- D. Коронавирус

ОТВЕТ: A

Особенностью локализации дефектов при раннем кариесе является:

- A. Передняя и пришеечная области зуба

- В. Контактные поверхности зубов
  - С. Фиссуры
  - Д. Жевательная поверхность зубов
- ОТВЕТ: А

При вовлечении в процесс дентина проявляется болевая реакция от:

- А. Холодного
- В. Кислого
- С. Острого
- Д. Соленого

ОТВЕТ: В

При высокоуглеводной диете наблюдается :

- А. Гипосаливация, повышение резистентности эмали к действию кислот
- В. Гиперсаливация
- С. Повышение резистентности эмали к действию кислот
- Д. Увеличение Са/Р соотношения, гипосаливация

ОТВЕТ: D

При деминерализации эмали наблюдается :

- А. Упорядоченность ориентации кристаллов гидроксиапатита
- В. Нарушение ориентации кристаллов гидроксиапатита
- С. Отсутствуют какие-либо изменения
- Д. Повышение количества кристаллов гидроксиапатита

ОТВЕТ: В

Первичное инфицирование ребенка кариесогенными штаммами микроорганизмов происходит

- А. При прохождении родовых путей
- В. При приеме пищи
- С. Через контакт со слюной родителя/опекуна
- Д. Через общение в детском коллективе

ОТВЕТ: С

Кариес раннего детского возраста в первую очередь поражает

- А. Резцы нижней челюсти
- В. Резцы верхней челюсти
- С. Моляры нижней челюсти
- Д. Моляры верхней челюсти

ОТВЕТ: В

В возрасте 4-8 лет у детей чаще поражаются кариесом

- А. Контактные поверхности резцов верхней челюсти
- В. Контактные поверхности резцов нижней челюсти
- С. Контактные поверхности моляров
- Д. Контактные поверхности клыков

ОТВЕТ: С

Активность течения кариозного процесса временных зубов зависит от:

- A. Степени минерализации тканей
- B. Степени сформированности корня
- C. Наличия зачатка постоянного зуба
- D. Соблюдения режима диспансерного наблюдения

ОТВЕТ: A

Интенсивность поражения кариесом в период временного прикуса определяется индексом:

- A. КПУ
- B. GI
- C. ПМА
- D. Кп

ОТВЕТ: D

Кариес раннего детского возраста на начальных стадиях проявляется как

- A. Меловидные пятна в пришеечной области зубов
- B. Пигментированные пятна в пришеечной области зубов
- C. Меловидные пятна в области экватора и режущего края
- D. Пигментированные пятна в области экватора и режущего края

ОТВЕТ: A

Проницаемость эмали повышается у детей с хроническими соматическими заболеваниями под действием:

- A. Ремодента
- B. Углеродистой пищи
- C. Фторидсодержащих зубных паст
- D. Ультрафиолетового света

ОТВЕТ: B

Большое количество сахара в рационе детей раннего возраста способствует возникновению кариеса преимущественно на :

- A. Вестибулярных поверхностях фронтальных зубов
- B. Оральных поверхностях фронтальных зубов
- C. Щечных поверхностях моляров
- D. Жевательных поверхностях моляров

ОТВЕТ: A

В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам :

- A. Str. Aureus
- B. Стафилококкам
- C. Str. Mutans
- D. Актиномицета

ОТВЕТ: C

Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:

- A. Наследственность

- В. Инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
  - С. Высокое содержание фтора в питьевой воде
  - Д. Неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
- ОТВЕТ: D

Очаговая деминерализация эмали относится к заболеваниям зуба, возникающим:

- А. До прорезывания зуба
- В. После прорезывания зуба
- С. Во время прорезывания зуба
- Д. Во время закладки фолликула зуба

ОТВЕТ: В

Очаговую деминерализацию эмали дифференцируют с :

- А. Системной гипоплазией эмали, местной гипоплазией, клиновидным дефектом
- В. Местной гипоплазией эмали, системной гипоплазией эмали, флюорозом
- С. Средним кариесом
- Д. Флюорозом, средним кариесом

ОТВЕТ: В

Ребенок 1 год 8 месяцев. Обратились с жалобами на сколы зубов, которые мама связывает с полученной травмой при падении на игровой площадке.

Ребенок на грудном вскармливании. Предположите диагноз

- А. Системная гипоплазия эмали
- В. Ранний детский кариес, осложненный острой травмой зубов
- С. Травматические сколы коронок
- Д. Синдром Стентона Капдепона

ОТВЕТ: В

Что такое ранний кариес:

- А. Кариес, который регистрируется у детей с хроническими заболеваниями
- В. Кариес, который регистрируется у детей в возрасте до года
- С. Кариес, который регистрируется у детей до 5 лет
- Д. Кариес в стадии пятна

ОТВЕТ: В

В каком слое эмали начинается процесс деминерализации :

- А. В поверхностном слое
- В. На дентино-эмалевой границе
- С. В подповерхностном слое
- Д. В околопульпарном слое

ОТВЕТ: С

Для поверхностного кариеса характерно эмаль ..., зондирование ...:

- А. Гладкая, болезненно
- В. Гладкая, безболезненно
- С. Шероховатая, болезненно

D. Шероховатая, безболезненно

ОТВЕТ: D

При лечении кариеса временных зубов можно использовать все, кроме

A. Стеклоиономерные цементы

B. Композиты

C. Коронки

D. Гуттаперча

ОТВЕТ: D

Метод инфильтрации кариеса показан при

A. Активном течении кариеса в стадии белых пятен

B. Стабилизированной форме кариеса

C. Кариесе дентина

D. Пульпите

ОТВЕТ: A

Метод инфильтрации кариеса основан на пропитывании тканей кариозного пятна

A. Антисептиком

B. Минерализующим комплексом

C. Полимерной смолой

D. Нитратом серебра

ОТВЕТ: C

К реставрационным стеклоиономерным цементам относится

A. Vitrebond

B. Ultrablend

C. Cavalite

D. Fiji 9

ОТВЕТ: D

Что входит в состав порошка и жидкости традиционных стеклоиономерных цементов

A. Алюмосиликатное стекло и вода

B. Алюмосиликатное стекло и акриловая кислота

C. Алюмосиликатное стекло и водный раствор акриловой кислоты

D. Алюмосиликатное стекло и водный раствор акриловой кислоты+фотоинициаторы

ОТВЕТ: C

Замешивание стеклоиономерных цементов предпочтительно проводить

A. На стекле металлическим шпателем

B. На стекле пластиковым шпателем

C. На бумажном блокноте металлическим шпателем

D. На бумажном блокноте пластиковым шпателем

ОТВЕТ: D

Противопоказанием к композитным реставрациям у детей является

- A. Возраст младше 12 лет
- B. Невозможность изоляции рабочего поля от слюны
- C. Наличие в композите токсических веществ
- D. Опасность световой полимеризации для пульпы зуба

ОТВЕТ: B

При лечении кариеса дентина зуба 8.5 у ребенка 7 лет при хорошем уровне сотрудничества предпочтительно обезболивание

- A. Мандибулярная анестезия
- B. Местное аппликационное+инъекционное
- C. Общее обезболивание
- D. Обезболивание не показано

ОТВЕТ: B

При лечении кариеса раннего детского возраста проведение ремотерапии показано

- A. При поражении резцов
- B. При поражении резцов и моляров
- C. Показано в любом случае
- D. Не показано

ОТВЕТ: C

Лечение кариеса дентина следует начинать:

- A. В возрасте 3 года
- B. В возрасте 5 лет
- C. С момента возникновения
- D. Вмешательство не проводится до физиологической смены зубов

ОТВЕТ: C

Используемая в детской стоматологии ART-методика это:

- A. Метод психокоррекции у детей до 3-х лет
- B. Использование полихромных компомеров (цветных пломб)
- C. Препарирование кариозной полости ручными инструментами
- D. Использование произведений искусства в оформлении стоматологического кабинета

ОТВЕТ: C

При проведении ART-методики после препарирования зуб восстанавливают

- A. Стеклоиономерными цементами
- B. Компомерами
- C. Композитами
- D. Амальгамой

ОТВЕТ: A

Атравматическое восстановительное лечение кариеса зубов у детей - это:

- A. Препарирование кариозной полости ручными инструментами с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом

- В. Максимальное удаление поврежденных тканей зуба и пародонта
  - С. Импрегнация кариозных поражений раствором нитрата серебра
  - Д. Лечение кариозных поражений под общим наркозом
- ОТВЕТ: А

Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

- А. Форфенан
- В. Пасты с гормональными препаратами
- С. СИЦ
- Д. Прокладки на основе гидроокиси кальция

ОТВЕТ: D

Альтернативой при лечении кариеса и его осложнений с помощью метода удержания ребенка 2-х лет является применение препарата:

- А. Артикаин
- В. Севоран
- С. Скандонест
- Д. Тримекаин

ОТВЕТ: В

Кариес в стадии пятна можно вылечить методом:

- А. Определения индекса гигиены
- В. Инфильтрации системой Icon
- С. Латеральной конденсации
- Д. Удаления зуба

ОТВЕТ: В

Целью препарирования кариозной полости является:

- А. Восстановление окклюзионных контактов
- В. Восстановление функции зуба
- С. Удаление некротизированного дентина
- Д. Создание доступа к корневым каналам

ОТВЕТ: С

При формировании кариозной полости II класса дополнительная площадка служит для:

- А. Эстетики
- В. Улучшения фиксации пломбы
- С. Укрепления зуба
- Д. Профилактического иссечения

ОТВЕТ: В

Раскрытие кариозной полости - это:

- А. Удаление некротизированного дентина
- В. Удаление нависающих краев эмали
- С. Формирование кариозной полости
- Д. Отделка краев кариозной полости

ОТВЕТ: В

Удаление некротизированного дентина производится:

- A. Экскаватором
- B. Фиссурным бором
- C. Экскаватором и шаровидным бором
- D. Экскаватором и колесовидным бором

ОТВЕТ: C

Дополнительная площадка в полостях II класса по глубине должна быть:

- A. В пределах эмали
- B. Ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм
- C. Ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм
- D. Ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм

ОТВЕТ: D

Показанием к созданию дополнительной площадки в полостях III класса является:

- A. Затрудненный подход к полости
- B. Расположение полости на небной поверхности
- C. Расположение полости на язычной поверхности
- D. Наличие глубокой полости

ОТВЕТ: A

Для герметизации фиссур могут использоваться материалы:

- A. Стеклоиономерные цементы, композитные материалы, адгезивы
- B. Сиаланты, композитные материалы, адгезивы
- C. Силанты, компомеры, композиты, стеклоиономерные цементы
- D. Композит Filtek

ОТВЕТ: C

Для дифференциальной диагностики очаговой деминерализации эмали используют методы:

- A. Зондирование, ЭОД
- B. Витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего, ЭОД
- C. Витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего, диагностическая система «Diagnodent»
- D. Рентгенологический

ОТВЕТ: C

Для запечатывания фиссур постоянных зубов у детей с хроническими соматическими заболеваниями применяют:

- A. Силидонт
- B. Силанты
- C. Компомеры
- D. Амальгаму

ОТВЕТ: B

Для герметизации фиссур первых постоянных моляров могут использовать

материалы:

- A. Композитные материалы, адгезивы
- B. Композитные материалы, адгезивы, ортофосфорная кислота
- C. Силанты, компомеры, стеклоиономерные цементы, жидкотекучие композитные материалы
- D. Композит Filtek

ОТВЕТ: C

При дифференциальной диагностике очаговой деминерализации эмали и флюороза используют:

- A. Зондирование, ЭОД
- B. Витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего, ЭОД
- C. Витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего, диагностическая система «Diagnodent»
- D. Рентгенологический

ОТВЕТ: C

При герметизации фиссур временных зубов у детей с хроническими соматическими заболеваниями применяют :

- A. Амальгаму
- B. Силанты
- C. Компомеры
- D. МТА

ОТВЕТ: B

При кариесе в стадии пятна эмаль

- A. Гладкая, болезненная при зондировании
- B. Гладкая, безболезненная при зондировании
- C. Шероховатая, болезненная при зондировании
- D. Шероховатая, безболезненная при зондировании

ОТВЕТ: B

Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяются:

- A. Эндометазон
- B. Пасты с иодоформом
- C. Пасты с антибиотиками
- D. Прокладки на основе портландского цемента

ОТВЕТ: D

К кариесогенной микрофлоре полости рта относится

- A. *Velonella spp*
- B. *Candida albicans*
- C. *Streptococcus mutans*
- D. *E. coli*

ОТВЕТ: C

Кариес детей в возрасте 12 лет в большей степени поражает:

- A. фиссуры первых постоянных моляров и аппроксимальные поверхности

резцов

В. фиссуры временных моляров и режущий край резцов

С. контактные поверхности постоянных моляров

Д. апроксимальные поверхности временных клыков

ОТВЕТ: А

Кариес зубов в стадии пятна у детей сопровождается:

А. болями при приеме пищи

В. ночными болями

С. ноющими болями от холодного

Д. не сопровождается субъективными ощущениями

ОТВЕТ: D

Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как

А. оптимальное содержание фтора в питьевой воде

В. отягощенная наследственность

С. замедленное прорезывание зубов

Д. кариесогенные факторы

ОТВЕТ: D

Критическое значение рН зубного налета составляет:

А. 3,5-4,0

В. 5,5-5,7

С. 6,5-7,0

Д. 9,5-10,0

ОТВЕТ: D

К кариесогенной микрофлоре полости рта относится

А. *Velonella spp*

В. *Candida albicans*

С. *Streptococcus mutans*

Д. *E. coli*

ОТВЕТ: С

Ребенок к лечению мотивирован. Предложите рациональный метод восстановления эстетики улыбки

А. Сошлифовывание импрегнированных тканей с последующей ремотерапией

В. Кабинетное отбеливание

С. Метод инфильтрации кариеса

Д. Композитная реставрация

ОТВЕТ: D

Пациент 3 года. Обратились с жалобами на эстетику улыбки – ребенка дразнят в детском саду из-за черных зубов. Три месяца назад проведен метод серебрения. Предложите рациональную альтернативу методу серебрения при первичном обращении три месяца назад:

А. Ремотерапия препаратами кальция

В. Ремотерапия фторидсодержащими препаратами

- C. Ремотерапия препаратами кальция и фторидами
  - D. Реставрация СИЦ
- ОТВЕТ: C

- Особенностью кариеса постоянных несформированных зубов является
- A. Выраженная стабилизация процесса
  - B. Локализация в области экватора зуба
  - C. Быстрое развитие процесса
  - D. Локализация в области режущих краев, бугров зуба
- ОТВЕТ: C

- Точные данные о глубине поражения фиссур постоянных несформированных зубов можно получить
- A. По данным прицельной внутриротовой рентгенографии
  - B. При инвазивной ревизии фиссуры
  - C. По данным электрометрии
  - D. По данным аппарата Диагност
- ОТВЕТ: B

- При диагностике кариеса фиссур постоянных несформированных зубов
- A. Нельзя использовать активное зондирование
  - B. Нельзя использовать рентгенографию
  - C. Нельзя использовать электрометрию
  - D. Нельзя использовать аппарат Диагност
- ОТВЕТ: A

- Развитие кариеса постоянных несформированных зубов протекает на фоне
- A. Физиологической гипоминерализации эмали
  - B. Изменений проницаемости гематосаливарного барьера
  - C. Физиологической стираемости эмали
  - D. Все перечисленное верно
- ОТВЕТ: A

- Кариозный процесс развивается при:
- A. преобладании деминерализации
  - B. равновесии ре- и деминерализации
  - C. преобладании реминерализации
  - D. все перечисленное верно
- ОТВЕТ: A

- Начальный кариес (стадии мелового пятна. характеризуется:
- A. нарушением формирования эмали
  - B. поверхностной деминерализацией
  - C. подповерхностной деминерализацией
  - D. некроз эмали
- ОТВЕТ: C

НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ УГЛЕВОД

- A. мальтоза
  - B. галактоза
  - C. сахароза
  - D. гликоген
- ОТВЕТ: C

По мере приближения кариозной полости к пульпе возникает болевая реакция от:

- A. холодного
  - B. кислого
  - C. сладкого
  - D. соленого
- ОТВЕТ: A

ПРОЦЕСС ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ В СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКАХ

- A. шейка зуба, режущий край
- B. фиссуры зуба, шейка зуба
- C. контактные поверхности
- D. режущий край

ОТВЕТ: B

У детей для лечения начальных форм кариеса используют:

- A. 10% глюконат кальция и 2% NaF
- B. Ангидрин
- C. Перекись водорода
- D. 10% CaCO<sub>3</sub> и 3% (NH<sub>4</sub>)<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>

ОТВЕТ: A

Кариозные пятна чаще выявляются на поверхности зубов:

- A. вестибулярной
- B. контактной
- C. жевательной
- D. на режущем крае

ОТВЕТ: A

БЕЛОЕ ПЯТНО НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ - ЭТО РЕЗУЛЬТАТ

- A. дисколорирования
- B. изменения оптических свойств эмали
- C. применения антибиотиков пенициллиновой группы
- D. травмы

ОТВЕТ: B

Белый/светло-желтый дефект эмали имеет код согласно DDE-index:

- A. 0
- B. 1
- C. 2

D. 3

ОТВЕТ: B

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

A. местная гипоплазия

B. системная гипоплазия

C. эрозия эмали

D. очаговая деминерализация эмали

ОТВЕТ: D

БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПО ЭМАЛЕВО-  
ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

A. кариеса в стадии пятна

B. среднего кариеса

C. глубокого кариеса

D. хронического пульпита

ОТВЕТ: B

В какую сторону смещается реакция слюны при мягком зубном налете:

A. кислую

B. щелочную

C. нейтральную

D. не изменяется

ОТВЕТ: A

В ПЕРИОД ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЗНАЧИТЕЛЬНО  
ВОЗРАСТАЕТ РИСК ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ:

A. пришеечной области

B. фиссур жевательных поверхностей

C. проксимальных поверхностей

D. язычных поверхностей

ОТВЕТ: B

Важную роль в возникновении кариеса играет свойство микроорганизмов:

A. устойчивость к антибиотикам

B. образование органических кислот

C. способность вызывать дисбактериоз,

D. способность к колонизации на поверхности зуба

ОТВЕТ: B

Ведущая роль в развитии кариеса принадлежит:

A. Str. Salivaris

B. Str. Mutans

C. лактобациллы

D. Str. sangius

ОТВЕТ: B

Витальное окрашивание используют для того, чтобы диагностировать:

- A. Кариес эмали
  - B. Несовершенный амелогенез
  - C. Корневую кисту
  - D. Перекоронит
- ОТВЕТ: А

Возникновению кариеса способствуют у детей:

- A. Неудовлетворительная гигиена
  - B. Преобладание в пище легкоусваиваемых углеводов
  - C. Скученность
  - D. Всё вышеперечисленное
- ОТВЕТ: D

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ  
У 12 ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ КРИТЕРИЮ

- A. 0-1,1
  - B. 1,2-2,6
  - C. 4,5-6,5
  - D. 2,7-4,4
- ОТВЕТ: С

В СОСТАВ ФЛЮОКАЛЬ ГЕЛЬ (FLUOCAL GEL) ВХОДИТ

- A. фтористый кальций 5 г, хлорид стронция 2,71г
  - B. фтористый натрий 2,71 г, эксципиент 100 мл
  - C. гидроксиапатит, фторид кальция 6%
  - D. 1,23% NaF и лимонную кислоту
- ОТВЕТ: B

В СОСТАВ CLINPRO WHITE VARNISH (3M ESPE) ВХОДИТ

- A. казеин фосфопептид – аморфный кальций фосфат
  - B. кальций, магний, ксилит
  - C. 5%-ный фторид натрия, трикальцийфосфат
  - D. 1,23% NaF и лимонную кислоту
- ОТВЕТ: С

МЕТОД ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- A. obturation корневых каналов герметиками
  - B. шлифовывании бугров и покрытия их герметиками
  - C. obturation фиссур и анатомических углублений здоровых зубов герметиками
  - D. обработка эмали зубов особыми фторосодержащими растворами
- ОТВЕТ: С

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА  
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- A. препарирование с последующим пломбированием
- B. аппликация реминерализирующих препаратов
- C. аппликация раствора гидрокарбоната натрия

D. импрегнация 30% раствором нитрата серебра

ОТВЕТ: B

Самая большая зона кариозного пятна, в которой возможно выявление микроорганизмов:

A. Прозрачная

B. Тёмная

C. Тело поражения

D. Поверхностная

ОТВЕТ: C

ФУНКЦИЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР:

A. создает барьер для кариесогенных бактерий

B. лечение кариеса

C. нормализации окклюзии

D. возникновение кариеса

ОТВЕТ: A

ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

A. форфенан

B. пасты с гормональными препаратами

C. пасты с антибиотиками

D. прокладки на основе гидроокиси кальция

ОТВЕТ: D

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

A. препараты растительного происхождения

B. препараты кальция и фтора

C. витамин D

D. пищевые добавки

ОТВЕТ: B

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КОМБИНАЦИИ РАСТВОРОВ

A. глюконата кальция и фторида натрия

B. «Ремодента» и глюконата натрия

C. фторида натрия и фторида олова

D. «Ремодента» и глюконата кальция

ОТВЕТ: A

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

A. герметики

B. композиционные материалы

C. местные кальций- и фторидсодержащие средства

D. стеклоиономерные цементы

ОТВЕТ: C

ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ НАДЕЖНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЗУБА ОТ СЛЮНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА СЛУЖИТ

- A. химиоотверждаемый герметик
- B. светоотверждаемый герметик
- C. стеклоиномерный цемент
- D. компомер

ОТВЕТ: C

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ:

- A. наличие интактных широких, хорошо сообщающихся фиссур
- B. наличие полипообразных фиссур
- C. хорошая гигиена полости рта
- D. фиссурный кариес

ОТВЕТ: A

Для запечатывания фиссур постоянных зубов у детей с хроническими соматическими заболеваниями применяют :

- A. Силидонт
- B. Силанты
- C. Компомеры
- D. Амальгаму

ОТВЕТ: B

ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ УГЛЕВОДОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ СОЗДАНИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- A. количество принятого сахара
- B. форма приема сахара
- C. частота приема сахара
- D. вид сахара

ОТВЕТ: A

ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. стабилизации кариеса
- B. увеличение прочности эмали зубов
- C. создание барьера для внешних кариесогенных факторов
- D. изменение анатомической формы фиссур для стабилизации окклюзии

ОТВЕТ: C

Для детей 2-6 лет оптимальная концентрация фтора в зубной пасте:

- A. 500 ppm
- B. 1000 ppm
- C. 10000 ppm
- D. 20000 ppm

ОТВЕТ: B

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА  
ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР СОСТАВЛЯЕТ

- A. 60-70%
- B. 70-80%
- C. 80-90%
- D. 98-100%

ОТВЕТ: D

Для активации диффузии фторида в ткани зуба в состав препаратов добавляют

- A. Фосфорную кислоту
- B. Гидроксид меди-кальция
- C. Перекись водорода
- D. Хлоргексидин

ОТВЕТ: A

ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ  
МАТЕРИАЛЫ

- A. стеклоиономерные цементы, композитные материалы, адгезивы
- B. силанты, композитные материалы, адгезивы
- C. силанты, компомеры, стеклоиономерные цементы
- D. силанты, композитные материалы.

ОТВЕТ: C

В СОСТАВ БИФЛЮОРИДА 12 (BIFLUORID 1B. ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ  
ВЕЩЕСТВА

- A. аминфториды, 6% фторид натрия
- B. 6% фторид кальция, 6% фторид натрия
- C. 6% фторид кальция, 10% фторид натрия
- D. 1,23% NaF и лимонную кислоту

ОТВЕТ: B

К современным препаратам кальция для реминерализирующей терапии  
относится

- A. Бифлюорид
- B. Rocs medical mineral
- C. Флюокаль
- D. Фтор-люкс

ОТВЕТ: B

Аморфный кальция фосфат-казеин фосфопептид

- A. Эффективное действующее вещество в препаратах для ремотерапии
- B. Входит в состав порошка стеклоиномерного цемента
- C. Минеральный наполнитель композитов
- D. Пластификатор в материалах для obturации корневых каналов

ОТВЕТ: A

Оптимальная кратность проведения аппликаций препаратов кальция для  
ремотерапии

- A. 3-4 раза в год
  - B. Не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель
  - C. Однократно при лечении кариеса
  - D. 1 раз в год
- ОТВЕТ: B

Для детей до 6 месяцев оптимальная концентрация фтора в зубной пасте:

- A. 500-1500 ppm
  - B. 1000-5000 ppm
  - C. 10000-12000 ppm
  - D. применение фторсодержащих паст не требуется
- ОТВЕТ: D

Для детей от 0,5 до 2 лет оптимальная концентрация фтора в зубной пасте:

- A. не более 500 ppm
  - B. 1000-5000 ppm
  - C. 10000-12000 ppm
  - D. 20000-22000 ppm
- ОТВЕТ: A

Для детей от 6 лет и старше оптимальная концентрация фтора в зубной пасте:

- A. 500-1500 ppm
  - B. 1450 ppm
  - C. 10000-12000 ppm
  - D. 20000-22000 ppm
- ОТВЕТ: B

Аббревиатура «ppm», характеризующая содержание фторида в препарате, расшифровывается

- A. Passive percent mortal
  - B. Parts per million
  - C. Possible part minute
  - D. Perfect past morning
- ОТВЕТ: B

Для активации диффузии фторида в ткани зуба в состав препаратов добавляют

- A. Фосфорную кислоту
  - B. Гидроксид меди-кальция
  - C. Перекись водорода
  - D. Хлоргексидин
- ОТВЕТ: A

Для активации диффузии кальция в ткани зуба используют фториды с концентрацией

- A. 500-1500 ppm
- B. 1000-5000 ppm
- C. 10000-12000 ppm
- D. 20000-22000 ppm

ОТВЕТ: А

К реставрационным стеклоиономерным цементам относится

- A. Vitrebond
- B. Ultrablend
- C. Cavalite
- D. Fiji 9

ОТВЕТ: D

Диагнозу в МКБ-10 «Гиперемия пульпы» соответствует диагноз по классификации Е.Е.Платонова:

- A. Острый диффузный пульпит
- B. Обострение хронического пульпита
- C. Глубокий кариес
- D. Острый очаговый пульпит

ОТВЕТ: С

Недопустимый метод диагностики пульпита у детей, критерием, оценки которого, является боль:

- A. рентгенологический метод
- B. температурные пробы
- C. стоматологический анамнез
- D. визуальное внутриротовое обследование

ОТВЕТ: В

Недопустимый метод диагностики пульпита у детей:

- A. зондирование в глубине кариозной полости
- B. клинические тесты
- C. рентгенологическое обследование
- D. внеротовое обследование

ОТВЕТ: А

Некроз пульпы по МКБ 10:

- A. K04. 4
- B. K04. 5
- C. K04. 8
- D. K04. 1

ОТВЕТ: D

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. наличие узких глубоких фиссур на жевательной поверхности
- B. страх стоматологического вмешательства у пациента
- C. кариозное поражение фиссур с вовлечением дентина
- D. некариозное поражение твердых тканей зуба

ОТВЕТ: А

Диагностическим критерием состояния пульпы при обратимом пульпите является:

- A. изменение на рентгенограмме
  - B. чувствительность к раздражителям
  - C. кровотечение из устьевой пульпы
  - D. реакция на вертикальную перкуссию
- ОТВЕТ: B

Заключительным этапом обследования детей при пульпите является:

- A. стоматологический анамнез
  - B. рентгенологическое обследование
  - C. клинические тесты
  - D. визуальное внутриротовое обследование
- ОТВЕТ: B

Первично хронические формы пульпита у детей развиваются при:

- A. действии биогенных аминов, попадающих в пульпу через дентинные канальцы
  - B. нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении
  - C. бытовой травме
  - D. удаление соседнего зуба
- ОТВЕТ: A

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ БОРОВСКОГО-ВОЛКОВА ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ

- A. глюконата кальция и фторида натрия
  - B. нитрата кальция и кислого фосфата аммония
  - C. «Ремодента»
  - D. фторида натрия и фторида олова
- ОТВЕТ: B

Формы острого пульпита согласно классификации Е.Е.Платонова:

- A. Очаговый, диффузный
  - B. Фиброзный, гангренозный, гипертрофический
  - C. Начальный, диффузный
  - D. Гнойный, Фиброзный
- ОТВЕТ: A

Диагностическим признаком при обратимом пульпите является:

- A. повышенная подвижность
  - B. реакция на вертикальную перкуссию
  - C. болевая симптоматика
  - D. отсутствие сообщения между кариозной полостью и полостью зуба на рентгенограмме
- ОТВЕТ: D

Диагностическими критериями при некрозе пульпы:

- A. физиологическая подвижность
- B. отсутствие изменения на рентгенограмме

- C. кровотечение из устьевой пульпы
  - D. отсутствие кровотечения при вскрытии полости зуба
- ОТВЕТ: D

Положительный исход метода витальной пульпотомии возможен при длительности кровотечения из устья корневого канала не более

- A. 4-5 минут
- B. 1-2 минут
- C. 10 минут
- D. 15 минут

ОТВЕТ: A

Гангрена пульпы классификации МКБ-10 соответствует пульпиту по классификации Е.Е. Платонова:

- A. хронический фиброзный пульпит
- B. хронический гангренозный пульпит
- C. хронический гиперпластический пульпит
- D. соответствия нет

ОТВЕТ: D

Код в МКБ-10, соответствующий диагнозу «Пульпит»:

- A. K02.0
- B. K06.0
- C. K04.0
- D. K02.1

ОТВЕТ: C

Код диагноза Гиперемия пульпы по МКБ-10:

- A. K02.1
- B. K03.0
- C. K04.01
- D. K04.00

ОТВЕТ: D

Код диагноза хронический язвенный пульпит по МКБ-10:

- A. K04.5
- B. K04.4
- C. K03.5
- D. K04.1

ОТВЕТ: B

Код K04.00 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: B

Код K04.00 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: B

Код K04.01 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. гиперемия пульпы
- B. острый пульпит
- C. хронический простой пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: B

Код K04.01 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. гиперемия пульпы
- B. острый пульпит
- C. хронический простой пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: B

Код K04.03 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический простой пульпит

ОТВЕТ: D

Код K04.03 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический простой пульпит

ОТВЕТ: D

Код K04.04 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: C

Форма пульпита, наиболее редко выявляемая у детей:

- A. хронический гиперпластический пульпит
- B. хронический простой пульпит
- C. хронический язвенный пульпит
- D. обострение хронического пульпита

ОТВЕТ: A

Форма пульпита, наиболее часто выявляемая при плановой санации полости рта у детей:

- A. острый очаговый
- B. хронический язвенный
- C. хронический фиброзный
- D. острый диффузный

ОТВЕТ: C

ФОРМА ПУЛЬПИТА, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЕМАЯ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ПРИ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

- A. хронический фиброзный
- B. острый диффузный
- C. хронический гангренозный
- D. хронический гипертрофический

ОТВЕТ: A

Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей с хроническими соматическими заболеваниями:

- A. Острый диффузный
- B. Хронический фиброзный
- C. Хронический гангренозный
- D. Хронический гипертрофический

ОТВЕТ: B

Код K04.04 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: C

Особенности течения пульпита во временных зубах:

- A. медленное распространение процесса в пульпе
- B. болевая реакция не выражена, отсутствие иррадиации боли
- C. диагностика пульпита у детей значительно легче, чем у взрослых
- D. болевая реакция значительно выражена, иррадиация боли

ОТВЕТ: B

Хронический пульпит у детей развивается:

- A. из острых форм пульпита
- B. как первично хронический процесс
- C. крайне редко
- D. в результате острой травмы зуба

ОТВЕТ: B

Код K04.01 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. гиперемия пульпы
- B. острый пульпит
- C. хронический простой пульпит
- D. хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: B

Код K04.03 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. острый пульпит
- B. гиперемия пульпы
- C. хронический язвенный пульпит
- D. хронический простой пульпит

ОТВЕТ: D

Полип пульпы классификации МКБ-10 соответствует пульпиту по классификации Е.Е. Платонова:

- A. хронический фиброзный пульпит
- B. хронический гангренозный пульпит
- C. хронический гиперпластический пульпит
- D. острый гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: C

К причинам первично острых форм пульпита у детей относят:

- A. ненормированную нагрузку ортодонтических аппаратов
- B. бактерии из кариозной полости
- C. бактерии из пародонтальных карманов
- D. нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении

ОТВЕТ: D

Первично хронические формы пульпита у детей развиваются при:

- A. действию биогенных аминов, попадающих в пульпу через дентинные каналы
- B. нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении
- C. бытовой травме
- D. удаление соседнего зуба

ОТВЕТ: A

При хронических формах пульпита обнаруживается микрофлора:

- A. стрептококковая
- B. стафилококковая
- C. смешанная
- D. грибковая

ОТВЕТ: C

Особенности чтения рентгенограмм при диагностике форм пульпита у детей временных зубов:

- A. по ортопантомограмме возможно получить достаточно сведений для дифференциальной диагностики пульпита
  - B. необходимо четко отслеживать структуру костной ткани у причинного зуба
  - C. возможно наложение изображений зачатков постоянных зубов на внутриворотовой прицельной рентгенограмме
  - D. проведение рентгенограмм противопоказано детям
- ОТВЕТ: B

Наиболее типичные локализации кариозной полости во временных молярах, приводящие к пульпиту у детей старше 3 лет:

- A. 1 класс по Блэку;
  - B. 2 класс по Блэку;
  - C. 3 класс по Блэку;
  - D. 4 класс по Блэку.
- ОТВЕТ: B

Вид пульпита, при котором ткань пульпы разрастается в виде полипа:

- A. гиперемия пульпы
  - B. хронический язвенный пульпит
  - C. хронический гиперпластический пульпит
  - D. хронический простой пульпит
- ОТВЕТ: C

Выраженный болевой синдром при остром пульпите обусловлен:

- A. изменением атмосферного давления
  - B. раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза
  - C. понижением гидростатического давления в полости зуба
  - D. уменьшением количества вазоактивных веществ
- ОТВЕТ: B

Для какой формы пульпита характерен свищ:

- A. хронический язвенный пульпит
  - B. хронический простой пульпит
  - C. обострение хронического пульпита
  - D. хронический гиперпластический пульпит
- ОТВЕТ: A

К причинам первично острых форм пульпита у детей относят:

- A. ненормированную нагрузку ортодонтических аппаратов
  - B. бактерии из кариозной полости
  - C. бактерии из пародонтальных карманов
  - D. нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении
- ОТВЕТ: D

Какие фазы воспаления присутствуют при патогенезе пульпита?

- A. Альтерация, экссудация, пролиферация
- B. Альтерация, экссудация

С. Острая, хроническая  
D. Легкая, Средняя, Тяжелая  
ОТВЕТ: А

Клинические тесты в диагностики пульпита это:

- A. пальпация слюнных желез
- B. зондирование
- C. окрашивание полости метиленовым синим
- D. щадящая перкуссия

ОТВЕТ: D

Особенности чтения рентгенограмм при диагностики форм пульпита у детей временных зубов:

- A. по ортопантограмме невозможно получить достаточно сведений для дифференциальной диагностики пульпита
- B. необходимо четко отслеживать целостность компактной пластинки у зуба-антагониста
- C. возможно наложение изображений зачатков временных зубов на внутриротовой прицельной рентгенограмме
- D. проведение рентгенограмм противопоказано детям

ОТВЕТ: А

По мере формирования в пульпе воспалительной реакции возникает боль от:

- A. холодного
- B. кислого
- C. сладкого
- D. горячего

ОТВЕТ: D

Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей с хроническими соматическими заболеваниями:

- A. Острый диффузный
- B. Хронический фиброзный
- C. Хронический гангренозный
- D. Хронический гипертрофический

ОТВЕТ: B

Форма пульпита, при котором возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

- A. фиброзный пульпит
- B. обратимый пульпит
- C. катаральный пульпит
- D. хронический пульпит в стадии обострения

ОТВЕТ: D

Форма пульпита, при котором возможна болезненная перкуссия, припухлость

и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

- A. хронический простой пульпит
- B. хронический язвенный пульпит
- C. хронический гиперпластический пульпит
- D. хронический пульпит в стадии обострения

ОТВЕТ: D

Какая функция не относится к функциям пульпы?

- A. Трофическая
- B. Защитная
- C. Опорно-удерживающая
- D. Сенсорная

ОТВЕТ: C

Диагнозу в МКБ-10 «Гиперемия пульпы» соответствует диагноз по классификации Е.Е.Платонова:

- A. Острый диффузный пульпит
- B. Обострение хронического пульпита
- C. Глубокий кариес
- D. Острый очаговый пульпит

ОТВЕТ: C

Код диагноза Гиперемия пульпы по МКБ-10:

- A. K02.1
- B. K03.0
- C. K04.01
- D. K04.00

ОТВЕТ: D

Код диагноза хронический язвенный пульпит по МКБ-10:

- A. K04.5
- B. K04.4
- C. K03.5
- D. K04.1

ОТВЕТ: B

Формы острого пульпита согласно классификации Е.Е.Платонова :

- A. Очаговый, диффузный
- B. Фиброзный, гангренозный, гипертрофический
- C. Начальный, диффузный
- D. Гнойный, Фиброзный

ОТВЕТ: A

Чаще всего на профилактических осмотрах у детей выявляют пульпит:

- A. Острый
- B. Диффузный острый
- C. Хронический фиброзный

D. Хронический гиперпластический

ОТВЕТ: С

При диагностике пульпита у детей недопустимо использование методов исследования:

A. Рентгенологических

B. Объективное внеротовое исследование

C. Визуальное внутриворотное обследование

D. Методы, критерием которых является боль

ОТВЕТ: D

Как проводится метод непрямого покрытия пульпы:

A. Гидроксидом кальция покрывают вскрытый рог пульпы

B. Гидроксидом кальция покрывают тонкий слой дентина

C. Удаление части коронковой пульпы

D. Удаление коронковой и корневой пульпы

ОТВЕТ: B

Прямое покрытие пульпы это наложение лечебной повязки:

A. На здоровый дентин

B. На устья каналов

C. На обнаженную пульпу

D. На поврежденную эмаль

ОТВЕТ: C

Субодонтбластический слой пульпы содержит клетки:

A. Одонтобласты

B. Пульпоциты звездчатой формы

C. Фибробласты

D. Гистиоциты

ОТВЕТ: B

Действие формокрезола на ткань пульпы:

A. Фиксация

B. Регенерация

C. Образование заместительного дентина

D. Репаративная

ОТВЕТ: A

Материалы, содержащие гидроокись кальция и применяемые для прямого покрытия пульпы:

A. Светоотверждаемые лайнеры

B. Комбинированные цементы

C. Цементы химического отверждения

D. Неотверждаемые цементы

ОТВЕТ: C

Наличие кровоточивости устьевой пульпы после удаления коронковой по

истечении 6 минут является показанием к:

- A. Пульпотомия
- B. Пульпэктомия
- C. Непрямое покрытие пульпы
- D. Прямое покрытие пульпы

ОТВЕТ: B

Показанием для частичной пульпотомии зубов с несформированными корнями является:

- A. Посттравматическое обнажение пульпы (более 5 дней)
- B. Скудное выделение крови из полости после случайного вскрытия
- C. Острый травматический пульпит (до 48 часов после травмы)
- D. Хронический гиперпластический пульпит

ОТВЕТ: C

Какой материал применяется для непрямого покрытия пульпы:

- A. Vertise Flow
- B. Consepsis
- C. Dycal
- D. Fissurit F

ОТВЕТ: C

К препаратам МТА относят:

- A. Резорцин-формалиновая смесь
- B. Пульпотек
- C. Триоксидент
- D. Глассин

ОТВЕТ: C

Противопоказанием к методу частичной пульпотомии зубов с несформированными корнями является:

- A. Точечное вскрытие пульпы после завершения некрэктомии кариозного поражения
- B. Острый травматический пульпит
- C. Обильное кровотечение из пульпарной камеры
- D. Кариес дентина

ОТВЕТ: C

Хронический простой пульпит классификации МКБ-10 соответствует пульпиту по классификации Е.Е. Платонова:

- A. Хронический фиброзный пульпит
- B. Хронический гангренозный пульпит
- C. Хронический гиперпластический пульпит
- D. Острый очаговый пульпит

ОТВЕТ: A

Острый пульпит классификации МКБ-10 соответствует пульпиту по классификации Е.Е. Платонова:

- A. Острый очаговый пульпит
  - B. Хронический язвенный пульпит
  - C. Обострение хронического пульпита
  - D. Соответствия нет
- ОТВЕТ: A

Возникновение пульпита у детей в зубах с неглубокой кариозной полостью обусловлено:

- A. Большим количеством клеточных элементов, основного вещества и меньшим количеством волокон
  - B. Меньшей минерализацией дентина
  - C. Развитой сетью кровеносных и лимфатических сосудов
  - D. Большой минерализацией дентина
- ОТВЕТ: B

Код K04.01 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. Гиперемия пульпы
  - B. Острый пульпит
  - C. Хронический простой пульпит
  - D. Хронический гиперпластический пульпит
- ОТВЕТ: B

Код K04.03 классификации МКБ-10 соответствует:

- A. Острый пульпит
  - B. Гиперемия пульпы
  - C. Хронический язвенный пульпит
  - D. Хронический простой пульпит
- ОТВЕТ: D

К причинам первично острых форм пульпита у детей относят:

- A. Ненормированную нагрузку ортодонтических аппаратов
  - B. Бактерии из кариозной полости
  - C. Бактерии из пародонтальных карманов
  - D. Нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении
- ОТВЕТ: D

Первично хронические формы пульпита у детей развиваются при:

- A. Действии биогенных аминов, попадающих в пульпу через дентинные каналы
  - B. Нанесение на дно кариозной полости сильнодействующих веществ при глубоком поражении
  - C. Бытовой травме
  - D. Удаление соседнего зуба
- ОТВЕТ: A

Удаление коронковой пульпы проводят с помощью:

- A. Бора

- В. Элеватора
  - С. Гладилки
  - Д. Кюретажной ложки
- ОТВЕТ: А

Положительный исход метода витальной пульпотомии возможен при длительности кровотечения из устья корневого канала не более

- А. 4-5 минут
  - В. 1-2 минут
  - С. 10 минут
  - Д. 15 минут
- ОТВЕТ: А

Положительный исход метода апексификации:

- А. Формирование дентинного мостика
  - В. Формирование остеоцементного мостика
  - С. Завершение роста корня зуба в длину
  - Д. Наличие симптома «положительного стопа»
- ОТВЕТ: В

Положительный исход метода апексогенеза

- А. Формирование дентинного мостика
  - В. Формирование остеоцементного мостика
  - С. Завершение роста корня зуба в длину
  - Д. Наличие симптома «положительного стопа»
- ОТВЕТ: С

Основной функцией одонтобластов пульпы является:

- А. Образование дентина
  - В. Поглощение различных антигенов, их процессинг и представление лимфоцитам
  - С. Фагоцитоз микроорганизмов, участие в развитии иммунных реакций
  - Д. Выработка и поддержание необходимого состава межклеточного вещества
- ОТВЕТ: А

К клеточным элементам пульпы не относят:

- А. Одонтобласты
  - В. Фибробласты
  - С. Миелоциты
  - Д. Лимфоциты
- ОТВЕТ: С

Апексогенез это:

- А. преждевременное завершение формирования корня
  - В. патологическая резорбция корней
  - С. нормальное завершение формирования корня
  - Д. ничего из перечисленного
- ОТВЕТ: С

Концентрация сульфата железа в препарате для пульпотомии составляет:

- A. 25.5%
- B. 0,05%
- C. 15.5%
- D. 3%

ОТВЕТ: С

Наличие кровоточивости пульпы после пульпотомии в течение 4 минут является показанием к:

- A. проведению пульпотомии с фармокрезолом
- B. удалению зуба
- C. отсроченного лечения
- D. проведению пульпэктомии пульпы

ОТВЕТ: А

Наличие кровоточивости устьевой пульпы после удаления коронковой в течение 1 минуты является показанием к:

- A. пульпотомия
- B. пульпэктомия
- C. не прямое покрытие пульпы
- D. прямое покрытие пульпы

ОТВЕТ: А

Наличие кровоточивости устьевой пульпы после удаления коронковой по истечении 6 минут является показанием к:

- A. пульпотомии
- B. пульпэктомии
- C. не прямому покрытию пульпы
- D. прямому покрытию пульпы

ОТВЕТ: В

Наложение тампона с резорцин-формалиновой смесью на устья каналов при девитальной ампутации проводится:

- A. в первое посещение
- B. во второе посещение
- C. в третье посещение
- D. этот этап отсутствует

ОТВЕТ: В

Пульпитная боль характеризуется:

- A. высокой интенсивностью
- B. усиливается от холодного, горячего
- C. усиливается от приема сладкой пищи
- D. низкой интенсивностью

ОТВЕТ: А

Ребенок обратился с жалобами на боль в области 11 зуба, возникшую после

перелома режущего края. Боль появляется от холодного, имеет ноющий, иногда более острый характер. При осмотре: полость зуба не вскрыта, просвечивают оба рога пульпы, зондирование в области рогов болезненно. Предполагаемый диагноз:

- A. травматический пульпит зуба 11
  - B. хронический периодонтит
  - C. перелом корня зуба
  - D. гипертрофический пульпит
- ОТВЕТ: А

Что такое апексогенез?

- A. Нормальное развитие корня зуба
  - B. Преждевременное завершение развития корня зуба
  - C. Аномальное развитие корня зуба
  - D. Неправильное положение зачатка
- ОТВЕТ: А

Концентрация сульфата железа в препарате для пульпотомии составляет:

- A. 12%
  - B. 0,05%
  - C. 15,5%
  - D. 3%
- ОТВЕТ: С

Материал Pro Root, Триоксидент, Biodentine в полость зуба вносят:

- A. на ватном тампоне 5 минут
  - B. втирают брашем 15 секунд
  - C. тонким слоем
  - D. не применяется
- ОТВЕТ: С

Материалы, содержащие гидроксид кальция и применяемые для прямого покрытия пульпы:

- A. светоотверждаемые лайнеры
  - B. комбинированные цементы
  - C. цементы химического отверждения
  - D. неотверждаемые цементы
- ОТВЕТ: С

Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

- A. йодинол
  - B. эфир
  - C. раствор Шиллера-Писарева
  - D. спирт
- ОТВЕТ: А

**МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ  
ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

- A. спирт
  - B. дистиллированная вода
  - C. физиологический раствор
  - D. хлоргексидин
- ОТВЕТ: D

Положительный исход метода апексогенеза

- A. формирование дентинного мостика
  - B. формирование остеоцементного мостика
  - C. завершение роста корня зуба в длину
  - D. нет правильного ответа
- ОТВЕТ: C

После пульпотомии с сульфатом железа или формокрезолом на устья каналов накладывают пасту на основе:

- A. цинкоксидэвгенола
  - B. йодоформа
  - C. гидроксида кальция
  - D. фенолформалина
- ОТВЕТ: A

Препарат Пульпотек содержит:

- A. фенол, гваякол, окись цинка
  - B. резорцин, формалин, окись цинка
  - C. минерал триоксид агрегат
  - D. эвгенол, окись цинка
- ОТВЕТ: A

Пульпотомия – это:

- A. удаление коронковой и корневой пульпы
  - B. удаление коронковой пульпы
  - C. удаление корневой пульпы
  - D. нет правильного ответа
- ОТВЕТ: B

Пульпотомия по Цвеку проводится:

- A. при лечении пульпита во временных зубах
  - B. при лечении пульпита временных однокорневых зубов
  - C. при гиперемии пульпы постоянного несформированного зуба
  - D. при травме зуба
- ОТВЕТ: D

Пульпотомия это:

- A. полное удаление пульпы из корневых каналов
  - B. полное удаление коронковой пульпы и корневой пульпы
  - C. частичное удаление коронковой пульпы
  - D. полное удаление коронковой пульпы
- ОТВЕТ: D

Укажите правильную последовательность применения методики непрямого покрытия пульпы зубов с несформированными корнями:

- А. анестезия, удаление размягченного дентина со стенок полости, со дна полости, изоляция с помощью коффердама, нанесение лечебной повязки до дентино-эмалевой границы, пломбирование композитом
- В. анестезия, изоляция с помощью коффердама, удаление размягченного дентина со стенок полости, со дна полости, нанесение лечебной повязки до дентино-эмалевой границы, пломбирование СИЦ на 6 мес.
- С. анестезия, изоляция с помощью коффердама удаление размягченного дентина со стенок полости, со дна полости, нанесение лечебной повязки на вскрытую пульпу, пломбирование СИЦ на 6 мес
- Д. анестезия, изоляция с помощью коффердама удаление размягченного дентина со стенок полости, нанесение лечебной повязки на вскрытую пульпу, пломбирование СИЦ на 6 мес.

ОТВЕТ: В

Через 6 месяцев после проведения непрямого покрытия пульпы в зоне наложения гидроокиси кальция происходит:

- А. Дебондинг реставрации
- В. Ингибирование металлопротеиназы
- С. Окончательная полимеризация
- Д. Кальциноз дентинных канальцев

ОТВЕТ: А

Особенностью инструментальной обработки канала зубов с несформированными корнями является:

- А. расширение устья канала
- В. определение рабочей длины на 3 мм меньше рентгенологической
- С. определение рабочей длины на 3 больше рентгенологической
- Д. ничего из перечисленного

ОТВЕТ: В

Особенностью инструментальной обработки канала зубов с несформированными корнями является:

- А. расширение устья канала
- В. определение рабочей длины на 3 мм меньше рентгенологической
- С. определение рабочей длины на 3 больше рентгенологической
- Д. ничего из перечисленного

ОТВЕТ: В

При лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня не применяется:

- А. метод прямого покрытия
- В. метод глубокой пульпотомии
- С. метод девитальной пульпоэктомии
- Д. метод непрямого покрытия

ОТВЕТ: С

Для временного пломбирования корневых каналов используют пасты на основе

- A. фенол-формалина
- B. гидроокиси кальция
- C. эпоксидных смол
- D. гуттаперчи

ОТВЕТ: B

Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности коронковой и корневой пульпы?

- A. прямое покрытие
- B. метод пульпотомии
- C. метод девитальной пульпотомии
- D. комбинированные методы

ОТВЕТ: A

Какой из перечисленных пломбировочных материалов для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?

- A. парацин
- B. цебанит
- C. эндодент
- D. АН plus

ОТВЕТ: D

Критерием эффективности лечения пульпита в постоянных несформированных зубах является

- A. Апексификация
- B. Апексогенез
- C. Формирование дентинного мостика
- D. Трехмерная obturation корневого канала

ОТВЕТ: B

Предпочтительный метод лечения несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- A. Непрямое покрытие пульпы
- B. Прямое покрытие пульпы
- C. Пульпотомия
- D. Пульпэктомия

ОТВЕТ: C

При механической обработке каналов временных зубов применяют:

- A. Только ротационные инструменты
- B. Ручные инструменты больших размеров (более 40 ISO)
- C. Ручные и ротационные эндодонтические инструменты не больше 30 размера
- D. Механическую обработку не проводят

ОТВЕТ: С

Пломбировочные материалы для корневых каналов временных зубов должны отвечать следующим требованиям, кроме:

- А. Быть безопасными для периапикальных тканей и зачатка постоянного зуба.
- В. Рассасываться по мере резорбции корня временного зуба.
- С. Легко вводиться в корневой канал
- Д. Содержать в составе эпоксидные смолы

ОТВЕТ: D

Постоянная obturation корневого канала во временном зубе не проводится:

- А. Пастой на основе цинкоксидэвгенола
- В. Пастой на основе йодоформа
- С. Пастой на основе гидроксида кальция
- Д. Гуттаперчевыми штифтами

ОТВЕТ: D

Периодонт начинает развиваться:

- А. Одновременно с корнем зуба незадолго до его прорезывания;
- В. После прорезывания зуба в течение 1-2 лет;
- С. После прорезывания зуба на протяжении многих лет.
- Д. До прорезывания зуба

ОТВЕТ: А

При дифференциальной диагностике острого периодонтита и обострения хронического используют:

- А. ЭОД
- В. Окрасивание зубов раствором Шиллера-Писарева
- С. Рентгенологический метод
- Д. Анамнез

ОТВЕТ: С

Для obturation корневых каналов временных зубов у детей используют:

- А. Резорбируемые пасты
- В. Термофилы
- С. Резорцин-формалиновые пасты
- Д. Гуттаперчевые штифты с конусностью 02

ОТВЕТ: А

При лечении хронических периодонтитов в зубах с неоконченным ростом корней материалом выбора является:

- А. Эвгеноловая паста
- В. Резорцин-формалиновая паста
- С. Йодоформсодержащая паста
- Д. Кальцийсодержащая паста

ОТВЕТ: D

Сроки регенерации тканей периодонта сокращают:

- A. Кортикостероидные гормоны
  - B. Антибиотики и слабые антисептики
  - C. Пиримидиновые основания
  - D. Устранение инфекционного фактора
- ОТВЕТ: D

Метод лечения периодонтита временного моляра который следует выбрать у ребенка 5 лет, болеющего ревматизмом:

- A. Резекцию верхушки корня
- B. Удаление зуба
- C. Гемисекция;
- D. Консервативный

ОТВЕТ: B

Укажите основные свойства комплексонов или хелатных веществ, которые используются при инструментальной обработке корневых каналов:

- A. Антисептическое действие
- B. Декальцинация дентина
- C. Увлажнение канала
- D. Усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

ОТВЕТ: B

К препаратам МТА относят:

- A. Резорцин-формалиновая смесь
- B. Пульпотек
- C. Триоксидент
- D. Каласепт

ОТВЕТ: C

Соотношение МТА с дистиллированной водой:

- A. 1:1
- B. 3:1
- C. 2:1
- D. 1:3

ОТВЕТ: B

В состав Mineral Trioxide Aggregate входит:

- A. Портландский цемент 75%
- B. Полиакриловая кислота 20%
- C. Пировиноградная кислота 15 %
- D. Триоксид кальция

ОТВЕТ: A

Неотвердевающие материалы на основе гидроксида кальция обеспечивают:

- A. Обезболивающее действие
- B. Антисептическое и одонтотропное действие
- C. Девитализирующее и мумифицирующее действие
- D. Токсичное действие

ОТВЕТ: В

Одонтотропное действие ионов  $\text{OH}^-$  заключается в:

- А. Активации щелочной фосфатазы
- В. Мумификации пульпы
- С. Активации кислой среды в очаге воспаления
- Д. Повышение буферной емкости слюны

ОТВЕТ: А

Неотвердевающие материалы на основе гидроксида кальция представляют собой:

- А. Салицилаты
- В. Цементы с добавлением смол и наполнителей
- С. Смесь гидроксида кальция с водой
- Д. МТА

ОТВЕТ: С

В каком периоде состояния корня возможно консервативное лечение хронических периодонтитов временных зубов:

- А. Период сформированного корня
- В. Период сформированного корня или резорбции корня не более  $1/3$  длины
- С. Период формирующегося и сформированного корня
- Д. Период незакрытой верхушки

ОТВЕТ: А

Лечебная тактика относительно острых и обострившихся хронических периодонтитов временных зубов:

- А. Хирургическая, с назначением общей противовоспалительной терапии
- В. Консервативная, с назначением общей противовоспалительной терапии
- С. Определяется нозологической формой периодонтита, возрастом и группой здоровья ребенка
- Д. Хирургическая

ОТВЕТ: С

Какие из перечисленных материалов используются для пломбирования корневых каналов временных зубов:

- А. Гуттаперчевые штифты с корневым герметиком
- В. Цинкоксид-эвгеноловая паста
- С. Резорцин-формалиновая паста
- Д. Пасты на основе растительных масел

ОТВЕТ: В

Наиболее эффективным временным материалом для заполнения корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным формированием корней является:

- А. Эвгеноловая паста
- В. Резорцин-формалиновая паста
- С. Кальцийсодержащая паста

D. Не назван

ОТВЕТ: С

Наиболее распространенная форма хронического периодонтита временных зубов:

A. Хронический фиброзный периодонтит

B. Хронический гранулирующий периодонтит

C. Хронический гранулематозный периодонтит

D. Острый периодонтит

ОТВЕТ: B

Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

A. Йодиол

B. Эфир

C. Раствор Шиллера-Писарева

D. Спирт

ОТВЕТ: A

Пломбирование каналов временных резцов с разрушенной коронкой производят:

A. Пастой из окиси цинка на масляной основе

B. Фосфат-цементом

C. Серебряным штифтом

D. Пастой Каласепт

ОТВЕТ: A

Острый токсический периодонтит развивается:

A. При передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты

B. При выведении за верхушку пломбировочного материала

C. После проведения резорцин-формалинового метода

D. При медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия

ОТВЕТ: A

Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку зуба при лечении хронических периодонтитов методом активной их терапии?

A. Да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани

B. Нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов

C. Нет, он является инородным телом и препятствует регенерации тканей периодонта

D. Да, т.к. цемент резко раздражает окружающие верхушки корня зуба ткани

ОТВЕТ: C

Какой их перечисленных пломбировочных материалов для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?

A. Парацин

B. Цебанит

C. Метапекс

D. AN plus

ОТВЕТ: D

Абсолютным противопоказанием к консервативному лечению периодонтита временного зуба является:

A. Наличие общесоматических заболеваний

B. Вовлечение в воспалительный процесс зачатка постоянного зуба

C. Наличие очага резорбции костной ткани на фуркации

D. Выраженная болевая симптоматика

ОТВЕТ: B

При периодонтите временных многокорневых зубов свищевой ход чаще всего открывается:

A. В проекции фуркации

B. В проекции верхушки корня

C. С латеральным смещением

D. По переходной складке

ОТВЕТ: B

Рабочая длина корневого канала временного зуба:

A. До анатомической верхушки корня

B. До физиологической верхушки корня

C. На 2 мм меньше рентгенологической длины

D. На 5 мм меньше рентгенологической длины

ОТВЕТ: C

Пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие соседние зубы:

A. Трансептальные

B. Свободные волокна десны

C. Циркулярные волокна

D. Альвеолярные гребешковые волокна

ОТВЕТ: A

олокна периодонта, идущие в горизонтальном направлении:

A. циркулярные

B. косые

C. альвеолярные

D. Трансептальные

ОТВЕТ: D

Волокна периодонта, которые охватывают шейку зуба:

A. циркулярные

B. трансептальные

C. косые

D. свободные волокна Десны

ОТВЕТ: A

Волокна периодонта, которые идут от вершины альвеолярных гребней к цементу корня.

- A. транссептальные
- B. свободные волокна Десны
- C. циркулярные волокна.
- D. альвеолярные гребешковые волокна

ОТВЕТ: D

Волокна периодонта, которые располагаются под углом к оси зуба:

- A. свободные волокна десны
- B. циркулярные волокна
- C. альвеолярные гребешковые волокна
- D. косые волокна

ОТВЕТ: D

Микрофлора инфекционного периодонтита представлена:

- A. стафилококки
- B. стрептококки
- C. вейлонеллы
- D. лактобактерии

ОТВЕТ: B

Вероятной причиной травмы периодонта является:

- A. агрессивная эндодонтическая обработка канала
- B. вредные привычки
- C. скученность зубов
- D. травматическая окклюзия

ОТВЕТ: A

Симптом «выросшего зуба» возникает при:

- A. скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- B. гиперемией и отеком десны
- C. избыточной нагрузкой на зуб
- D. температурным воздействием на зуб

ОТВЕТ: A

При какой форме периодонтита происходит расширение периодонтальной щели в области верхушки корня:

- A. хронического фиброзного периодонтита
- B. хронического гранулематозного периодонтита
- C. хронического гранулирующего периодонтита
- D. острого периодонтита

ОТВЕТ: A

На рентгенограмме очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области верхушке корня виден при:

- A. хроническом фиброзном периодонтите
- B. хроническом гранулематозном периодонтите

- C. хроническом гранулирующем периодонтите
  - D. остром периодонтите
- ОТВЕТ: C

На рентгенограмме очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами (0,5 см ) соответствует ;

- A. хронический фиброзный периодонтит
- B. хронический гранулематозный периодонтит
- C. хронический гранулирующий периодонтит
- D. острый периодонтит

ОТВЕТ: B

Основной вид диагностики при развитии периодонтита:

- A. ЭОД
- B. реопародонтография
- C. рентгенография
- D. температурная проба

ОТВЕТ: C

Средняя толщина периодонта (мм):

- A. 0-0,1
- B. 0,10-0,15
- C. 0,20-0,25
- D. 0,25-0,30

ОТВЕТ: C

Коллаген какого типа составляет основную массу периодонта:

- A. первого
- B. Второго
- C. Третьего
- D. Пятого

ОТВЕТ: A

Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

- A. хронический фиброзный периодонтит
- B. хронический гранулирующий периодонтит
- C. хронический гранулематозный периодонтит
- D. острый периодонтит

ОТВЕТ: B

Какая форма периодонтита даёт редко обострения:

- A. острая
- B. Фиброзная
- C. гранулематозная
- D. гранулирующая

ОТВЕТ: B

Сколько возрастных изменений периодонта:

- A. 2 периода
  - B. 3 периода
  - C. 4 периода
  - D. 5 периодов
- ОТВЕТ: B

Ноющая боль, которая усиливается при накусывании на зуб возникнет при:

- A. пульпите
  - B. глубокий кариес
  - C. острый периодонтит
  - D. периостит
- ОТВЕТ: A

Периодонт образуется :

- A. эмалевый орган
  - B. зубной сосочек
  - C. зубной мешочек
  - D. насмитова оболочка
- ОТВЕТ: C

Основная функция периодонта:

- A. рефлекторная
  - B. сенсорная
  - C. Защитная
  - D. опорно-удерживающая
- ОТВЕТ: D

Локализация периодонта:

- A. верхушечный (апикальный), краевой (маргинальный)
  - B. инфекционный, травматический, медикаментозный
  - C. острый, хронический
  - D. гематогенный, лимфогенный
- ОТВЕТ: A

Какими клетками осуществляется защитная функция периодонта:

- A. клетками ретикулоэндотелиальной системы
  - B. цементобластами
  - C. Остеобластами
  - D. коллагеновыми волокнами
- ОТВЕТ: A

По этиологии периодонтит бывает:

- A. инфекционный и травматический
  - B. серозный и фиброзный
  - C. острый и хронический
  - D. острый, гнойный
- ОТВЕТ: A

К Основным жалобам в зубах с несформированными корнями не относится:

- A. постоянная боль, усиливающаяся при надавливании на зуб
- B. боль от сладкого
- C. припухлость
- D. нарушение самочувствия

ОТВЕТ: B

Дифференциальную диагностику периодонтитам временных зубов проводят с:

- A. гиперемия пульпы
- B. хронический фиброзный пульпит
- C. некариозные поражения
- D. Остеомиелит

ОТВЕТ: B

По локализации процесса периодонтит подразделяют на:

- A. верхушечный и маргинальный
- B. острый и хронический
- C. фиброзный и гранулематозный
- D. хронический в стадии обострения или ремиссии

ОТВЕТ: A

Что не относится к особенностям строения периодонтита:

- A. периодонт представлен более рыхлой соединительной тканью
- B. большое количество сосудов
- C. широкое апикальное отверстие
- D. дальнейшее расположение зачатка постоянного зуба

ОТВЕТ: D

К основным симптомам острого периодонтита не относят:

- A. отёк десны
- B. увеличение регионарных лимфатических узлов
- C. болезненное зондирование
- D. Подвижность

ОТВЕТ: C

Какой вид периодонтита практически не встречается во временных зубах:

- A. хронический гранулематозный
- B. хронический гранулирующий
- C. хронический фиброзный
- D. хронический гангренозный

ОТВЕТ: A

Основные симптомы хронического гранулирующего периодонтита:

- A. отсутствие подвижности
- B. отрицательная перкуссия
- C. положительное зондирование
- D. свищевой ход

ОТВЕТ: D

Основные симптомы острого периодонтита:

- A. отсутствие боли
- B. Отек
- C. боль от раздражителей
- D. Припухлость

ОТВЕТ: D

Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста

- A. хронический гранулирующий периодонтит
- B. хронический гранулематозный периодонтит
- C. хронический фиброзный периодонтит
- D. хронический периодонтит в стадии обострения

ОТВЕТ: A

Для дифференциальной диагностики острого и обострения хронического используют

- A. рентгенологический метод
- B. окрашивание зубов раствором Шиллера – Писарева
- C. ЭОД
- D. перкуссия зуба

ОТВЕТ: A

Острый инфекционный периодонтит является исходом

- B. травмы зуба
- C. хронического фиброзного пульпита
- D. передозировки мышьяковистой пасты

ОТВЕТ: C

Причины острого травматического периодонтита

- A. ушиб зуба
- B. обработка корневого канала иодиолом
- C. передозировка мышьяковистой пасты
- D. обработка корневого канала хлорфиллиптом

ОТВЕТ: A

Клинические проявления инфекционного острого периодонтита

- A. боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица
- B. иррадиирующие приступообразные боли
- C. ЭОД до 20 мкА
- D. боли от температурных раздражителей

ОТВЕТ: A

Клинические проявления острого токсического периодонтита

- A. боль при накусывании на зуб
- B. отек мягких тканей лица
- C. свищ на десне с гнойным отделяемым
- D. отсутствуют

ОТВЕТ: А

При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме

- А. очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
- В. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- С. расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- Д. очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре

ОТВЕТ: А

Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме выглядит как

- А. разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
- В. расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
- С. расширения периодонтальной щели на всем протяжении
- Д. разрежение костной ткани с нечеткими контурами

ОТВЕТ: А

Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня на рентгенограмме характерно для периодонтита

- А. хронического фиброзного
- В. хронического гранулирующего
- С. хронического гранулематозного
- Д. для всех форм

ОТВЕТ: А

При рентгендиагностике острого периодонтита определяется

- А. отсутствие изменений на рентгенограмме
- В. очаг разрежения костной ткани с четким контуром
- С. расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- Д. исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

ОТВЕТ: С

ЭОД при хроническом периодонтите в постоянных зубах:

- А. 1 - 6 мкА,
- В. 20 - 60 мкА,
- С. 200 мкА
- Д. 80-90 мкА

ОТВЕТ: С

Пломбируют корневые каналы постоянных зубов с несформированными корнями при хроническом периодонтите:

- А. пастой из окиси цинка на масляной основе,
- В. резорцин-формалиновой пастой,
- С. пастой на основе гидроокиси кальция
- Д. гуттаперчевыми штифтами

ОТВЕТ: С

Апексогенез - это:

- A. способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями, при котором завершение роста корня происходит физиологическим путем,
  - B. способ лечения периодонтита постоянных зубов с несформированными корнями, при котором апикальное отверстие закрывается с помощью остецементного барьера
  - C. способ лечения пульпита при котором сохраняется жизнеспособность пульпы
  - D. способ лечения пульпита, при котором сохраняется корневая пульпа
- ОТВЕТ: A

Апексификация проводится в постоянных зубах с несформированными корнями, когда зона роста:

- A. сохранена,
  - B. разрушена
  - C. отсутствует
  - D. разрушена с одной стороны
- ОТВЕТ: A

Апексогенез проводится в постоянных зубах с несформированными корнями, когда зона роста:

- A. сохранена,
  - B. разрушена
  - C. отсутствует
  - D. разрушена с одной стороны
- ОТВЕТ: A

Какие материалы используют для одношаговой апексификации:

- A. формокрезол,
  - B. рассасывающаяся керамика,
  - C. резорцин-формалиновая паста,
  - D. цинкоксидэвгеноловая паста
- ОТВЕТ: D

Основной функцией периодонта является:

- A. опорная,
  - B. трофическая,
  - C. пластическая
  - D. все перечисленное
- ОТВЕТ: D

Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:

- A. хронический гранулирующий периодонтит
- B. хронический гранулематозный периодонтит
- C. хронический фиброзный периодонтит
- D. хронический периодонтит в стадии обострения

ОТВЕТ: А

При остром токсическом периодонтите следует:

А. удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

В. удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

С. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания

Д. удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку

ОТВЕТ: D

Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

А. удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение

В. из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым

С. из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу

Д. из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку

ОТВЕТ: А

Острый токсический периодонтит развивается:

А. при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты

В. при выведении за верхушку пломбировочного материала

С. после проведения резорцин-формалинового метода

Д. при медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия

ОТВЕТ: А

При хроническом гранулирующем периодонтите несформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

А. запломбировать канал

В. зуб оставить открытым

С. наложить временную пломбу (повязку)

Д. направить на физиотерапию

ОТВЕТ: А

Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:

А. ЭОД

В. рентгенологический

С. трансиллюминационный

Д. определение индекса РМА

ОТВЕТ: В

Причины острого травматического периодонтита:

- A. ушиб зуба
- В. обработка корневого канала йодиолом
- С. передозировка мышьяковистой пасты
- D. использование препаратов для расширения канала

ОТВЕТ: А

При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокоренного несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение:

- A. проводят противовоспалительную терапию
- В. проводят пломбирование канала пастой
- С. проводят физиотерапевтические процедуры
- D. канал зуба оставляют открытым

ОТВЕТ: В

Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте:

- A. пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
- В. пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба
- С. боль при накусывании на зуб
- D. кариозная полость на контактной поверхности моляра, препарирование безболезненно

ОТВЕТ: В

При обострении хронического периодонтита назначают:

- A. леворин и физиотерапию
- В. бонафтон и физиотерапию
- С. антибиотики, сульфаниламиды и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды
- D. супрастин и теплые ротовые ванночки раствором питьевой соды

ОТВЕТ: С

Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют:

- A. ЭОД
- В. окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
- С. рентгенологический метод
- D. анамнез

ОТВЕТ: С

Медикаментозные средства для антисептической обработки каналов:

- A. йодиол
- В. эфир
- С. раствор Шиллера-Писарева
- D. физиологический раствор

ОТВЕТ: А

При остром инфекционном периодонтите постоянного зуба с несформированным корнем, если не исчезли явления воспаления, во второе посещение показано:

- A. проведение медикаментозной обработки канала, зуб оставить открытым
- B. пломбирование канала с введением в периодонт противовоспалительных средств
- C. удаление зуба
- D. резекция верхушки корня

ОТВЕТ: B

При лечении кариеса дентина у ребенка при хорошем уровне сотрудничества предпочтительно обезболивание

- A. Местное аппликационное
- B. Местное аппликационное +инъекционное
- C. Общее обезболивание
- D. Обезболивание не показано

ОТВЕТ: B

Местные анестетики относятся

- A. к антигистаминным фармакологическим соединениям
- B. к антагонистам ацетилхолина
- C. к антиаритмическим препаратам
- D. к аналептикам

ОТВЕТ: C

Лидокаин относится

- A. к амину
- B. к эфиру
- C. к амиду
- D. к производному изохинолина

ОТВЕТ: C

Не рекомендуется у детей с хроническими соматическими заболеваниями одноразовое применение лидокаина свыше:

- A. 12 мл
- B. 10 мл
- C. 8 мл
- D. 5 мл

ОТВЕТ: D

При проведении местной анестезии у детей с вегето-сосудистой дистонией - аспирационная проба проводится с целью:

- A. Повышения эффективности анестезии
- B. Предотвращения развития болевого синдрома
- C. Предотвращения попадания препарата в сосудистое русло
- D. Предотвращения аллергической реакции

ОТВЕТ: C

При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- A. язычного и щечного
- B. язычного и нижнелуночкового
- C. язычного, щечного и нижнелуночкового
- D. язычного, нижнелуночкового и подбородочного

ОТВЕТ: C

Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- A. I-й
- B. II-й
- C. III-й
- D. IV-й

ОТВЕТ: B

Терапевт-стоматолог детский проводит лечение острого гнойного пульпита 75 зуба у ребенка 6 лет методом витальной экстирпации. Какой метод обезболивания является оптимальным в данном случае ?

- A. Торусальная анестезия
- B. Апликационное обезболивание
- C. Мандибулярная анестезия
- D. Инфильтрационная анестезия

ОТВЕТ: D

У детей до 4 лет с хроническими соматическими заболеваниями применение ультракаина:

- A. С вазоконстриктором 1:200000
- B. Без вазоконстриктора
- C. Применение артикаина противопоказано
- D. С вазоконстриктором 1:100000

ОТВЕТ: A

У детей до 4 лет с хроническими соматическими заболеваниями применение ультракаина:

- A. С вазоконстриктором 1:200000
- B. Без вазоконстриктора
- C. Применение артикаина противопоказано
- D. С вазоконстриктором 1:100000

ОТВЕТ: A

Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

- A. у большого небного отверстия
- B. мандибулярная
- C. туберальная
- D. торусальная

ОТВЕТ: D

К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится

анестезия:

- A. инфраорбитальная
- B. торусальная
- C. туберальная
- D. у резцового отверстия

ОТВЕТ: B

При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- A. щечный
- B. щечный и нижний луночковый
- C. нижний луночковый и язычный
- D. язычный и щечный

ОТВЕТ: C

При торусальной анестезии выключаются нервы:

- A. язычный
- B. язычный и щечный
- C. щечный и нижний луночковый
- D. язычный, нижний луночковый и щечный

ОТВЕТ: D

К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- A. торусальная
- B. мандибулярная
- C. у большого небного отверстия
- D. у ментального отверстия

ОТВЕТ: C

К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- A. мандибулярная
- B. туберальная
- C. ментальная
- D. торусальная

ОТВЕТ: B

Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

- A. туберальная
- B. инфраорбитальная
- C. инфильтрационная
- D. внутрикостная

ОТВЕТ: C

Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

- A. трех лет

- В. пяти лет
  - С. семи лет
  - Д. восьми лет
- ОТВЕТ: В

Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

- А. мандибулярной
  - В. торусальной, инфильтрационной
  - С. торусальной
  - Д. мандибулярной, инфильтрационной
- ОТВЕТ: С

При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

- А. быстрее и сильнее
  - В. сильнее и медленнее
  - С. медленнее и слабее
  - Д. слабее и быстрее
- ОТВЕТ: В

Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

- А. заболевание ЦНС
  - В. острая респираторно-вирусная инфекция
  - С. болезнь Дауна
  - Д. спазмофилия
- ОТВЕТ: В

Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

- А. обморока
  - В. анафилактического шока
  - С. сердечно-сосудистого коллапса
  - Д. аллергической реакции
- ОТВЕТ: А

Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

- А. сердечно-сосудистого коллапса
  - В. обморока
  - С. аллергической реакции
  - Д. Отек Квинке
- ОТВЕТ: А

Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

- А. сердечно-сосудистого коллапса
- В. обморока
- С. аллергической реакции

D. приступа бронхиальной астмы

ОТВЕТ: С

Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

A. апноэ

B. брадипноэ

C. гиперпноэ

D. Тахипноэ

ОТВЕТ: D

Подъязычный нерв иннервирует:

A. все поверхности языка

B. боковые поверхности языка

C. переднюю 1/3 языка

D. заднюю 1/3 языка

ОТВЕТ: D

Мимическая мускулатура иннервируется:

A. тройничным и лицевым нервами

B. ушно-височным нервом

C. тройничным нервом

D. лицевым нервом

ОТВЕТ: D

Местные анестетики амидной группы:

A. новокаин, дикаин

B. новокаин, тримекаин

C. ультракаин, дикаин

D. тримекаин, лидокаин

ОТВЕТ: D

Ненаркотические анальгетики:

A. анальгин, кодеин

B. кодеин, амидопирин

C. амидопирин, кодеин

D. анальгин, амидопирин, фенацетин

ОТВЕТ: D

Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

A. выполнение разреза в месте инъекции

B. введение физиологического раствора в место инъекции

C. выжидательная тактика

D. госпитализация ребенка

ОТВЕТ: C

По классификации Патрикеевой В.К. к поражениям твердых тканей зубов, возникающих до прорезывания, относят:

A. Несовершенный амелогенез

- В. Кариес дентина
  - С. Кариес эмали
  - Д. Несовершенный пульпогенез
- ОТВЕТ: А

- Несовершенный амелогенез поражает зубы:
- А. Подверженные травматическому воздействию
  - В. Временные
  - С. Постоянные
  - Д. Временные и постоянные
- ОТВЕТ: D

- К наследственным порокам развития относятся:
- А. Зубы Фурнье
  - В. Синдром Стентона-Капдепона
  - С. Тетрациклиновые зубы
  - Д. Флюороз
- ОТВЕТ: В

- Заболевание, являющееся наследственным:
- А. Гипоплазия эмали
  - В. Несовершенный амелогенез
  - С. Флюороз
  - Д. Зубы Гетчинсона
- ОТВЕТ: В

- Блестящая поверхность эмали светло-желтого цвета с повышенной прозрачностью характерна для:
- А. Гипопластического гладкого несовершенного амелогенеза
  - В. Гипопластического гранулообразного несовершенного амелогенеза
  - С. Гипопластического полосчато-бороздчатого несовершенного амелогенеза
  - Д. Гипоматурационного несовершенного амелогенеза
- ОТВЕТ: А

- В основе несовершенного амелогенеза лежит:
- А. Мутации в генах эмалевых белков
  - В. Мутации одонтобластов
  - С. Недоразвитие эндодермальной зародышевой ткани
  - Д. Недоразвитие мезенхимальной зародышевой ткани
- ОТВЕТ: А

- В результате наследственного несовершенного дентиногенеза образуется:
- А. Гиперминерализованный дентин
  - В. Аморфный неорганизованный дентин
  - С. Опалесцирующий дентин
  - Д. Околопульпарный дентин
- ОТВЕТ: В

Основная цель реабилитации при несовершенном дентиногенезе имеет:

- A. Своевременное лечение поверхностного кариеса
- B. Устранение пятен на эмали
- C. Предупреждение дальнейшего истирания и восстановление функции жевания
- D. Устранение гиперэстезии эмали

ОТВЕТ: C

Временные и постоянные зубы при несовершенном остеогенезе:

- A. Подвержены очень быстрому истиранию вскоре после прорезывания
- B. Прорезываются в ранние физиологические сроки
- C. Имеют характерные полулунные вырезки на режущих краях
- D. Имеют характерные вертикально ориентированные бороздки на эмали

ОТВЕТ: A

Выбор оптимальных методов реабилитации наследственных пороков развития твердых тканей зубов у детей определяется:

- A. Родителями
- B. Случайно
- C. Количеством пораженных зубов
- D. Жалобами и степенью выраженности клинических проявлений

ОТВЕТ: D

Четвертая степень стираемости при флюорозе характеризуется:

- A. Незначительной стертостью режущих краев резцов
- B. Более выраженной стертостью коронок резцов и незначительной стертостью бугров моляров
- C. Стертостью коронок резцов на 1/3 высоты и полной стертостью бугров моляров
- D. Стертостью коронок резцов на 1/2 высоты и выраженной стертостью коронок моляров

ОТВЕТ: D

Гипоплазия эмали развивается в результате:

- A. Нарушения минерализации дентина зуба
- B. Нарушения построения белковой матрицы пульпы
- C. Замедленной функции остеобластов
- D. Нарушения минерализации эмали зуба

ОТВЕТ: D

Формой флюороза является:

- A. Ямочная форма
- B. Бороздчатая форма
- C. Точечная форма
- D. Сомнительная форма

ОТВЕТ: D

Тяжесть проявления флюороза обуславливается:

- A. Степенью чувствительности организма к кальциевой интоксикации
  - B. Концентрацией йода в питьевой воде
  - C. Длительностью поступления фтора в организм
  - D. Идиопатически
- ОТВЕТ: C

Гипопластическая форма гипоплазии эмали развивается в результате:

- A. Нарушения минерализации дентина зуба
  - B. Нарушения построения белковой матрицы пульпы
  - C. Нарушения трофики твердых тканей зубов
  - D. Нарушения минерализации и построения белковой матрицы эмали зуба
- ОТВЕТ: D

Местная гипоплазия может поражать:

- A. Временные центральные резцы
  - B. Временные моляры
  - C. Постоянные резцы
  - D. Временные боковые резцы
- ОТВЕТ: C

Депигментированная поверхность коронок с меловидно-матовым оттенком, участки пигментации эмали светло- или темно-коричневого цвета на той поверхности коронок, где эмаль утратила блеск, углубления в виде крапинок желтого или коричневого цвета, дно и стенки которых шероховатые, характерны для:

- A. Ямочной формы гипоплазии эмали
  - B. Кариеса в стадии пятна
  - C. Меловидно-крапчатой формы флюороза
  - D. синдрома Стейнтона-Капдепона
- ОТВЕТ: C

К формам гипоплазии НЕ относится:

- A. Сомнительная форма
  - B. Сочетанная форма
  - C. Бороздчатая форма
  - D. Ямочная форма
- ОТВЕТ: A

К какому пороку развития относятся зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера:

- A. флюороз
  - B. гипоплазия
  - C. несовершенный амелогенез
  - D. несовершенный дентиногенез
- ОТВЕТ: B

К какому пороку развития относятся «тетрациклиновые зубы»:

- A. флюороз
- B. гипоплазия

- C. несовершенный амелогенез
  - D. несовершенный дентиногенез
- ОТВЕТ: B

- Травма зуба может служить причиной:
- A. последующего разрушения зубов
  - B. восстановления аномального прикуса
  - C. острого кариеса
  - D. апексификации
- ОТВЕТ: A

- Самая распространенная травма временных зубов:
- A. ушиб
  - B. вывих
  - C. перелом корня
  - D. прелом коронки
- ОТВЕТ: B

- Самая распространенная травма постоянных зубов:
- A. ушиб
  - B. полный вывих
  - C. неполный вывих
  - D. перелом коронки
- ОТВЕТ: D

- Самая частая причина травм в 15-17 лет:
- A. Бытовая травма
  - B. Драки
  - C. Падения
  - D. Травма на детской площадке
- ОТВЕТ: B

- Самая частая причина травм в 2-3 года:
- A. Спортивная травма
  - B. «Околоспортивная» травма
  - C. Падения
  - D. Травма на катке
- ОТВЕТ: C

- У какого количества детей дошкольного возраста выявляются травматические повреждения зубов:
- A. 20-30%
  - B. 10-20%
  - C. 40-50%
  - D. 50-60%
- ОТВЕТ: C

Какой вид травмы постоянных зубов у детей считается самым частым?

- A. полный вывих зуба
  - B. ушиб зуба
  - C. перелом коронки зуба
  - D. перелом корня зуба
- ОТВЕТ: C

Наиболее распространенная классификация травм зубов

- A. Хинча
  - B. Лебединского
  - C. Андресена
  - D. Патрикеевой
- ОТВЕТ: C

Обследование детей с острой травмой зубов начинается с:

- A. опроса
  - B. назначения лечения
  - C. клинических методов обследования
  - D. дополнительных методов
- ОТВЕТ: A

Основным методом диагностики при травме зуба является:

- A. внешний осмотр
  - B. рентгенологическое обследование
  - C. перкуссия
  - D. пальпация
- ОТВЕТ: B

Трещина коронки-это:

- A. неполный перелом без нарушения целостности зуба
  - B. полный перелом с нарушением целостности зуба
  - C. неполный перелом с нарушением целостности зуба
  - D. полный перелом без нарушения целостности зуба
- ОТВЕТ: A

Трещина эмали у детей в результате травмы называется:

- A. Ретракция
  - B. Инфракция
  - C. Авульсия
  - D. Интрузия
- ОТВЕТ: B

Во временных зубах наиболее часто встречающиеся острые травмы будут представлены:

- A. вывихом зуба
  - B. переломом коронки
  - C. переломом корня
  - D. отломом коронки
- ОТВЕТ: A

Вывих зуба представляет собой:

- A. смещение травмированного зуба лунке
- B. повреждение целостности зуба в лунке
- C. выпадением пораженного зуба из лунки
- D. перелом корня зуба в лунке

ОТВЕТ: A

Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:

- A. Прогеническом
- B. Постоянном
- C. Ортогнатическом
- D. Временном

ОТВЕТ: D

Вывихи зубов бывают от:

- A. Прямого удара по коронке зуба.
- B. Бокового удара по коронке зуба.
- C. Бокового удара по шейке зуба.
- D. Все ответы верны

ОТВЕТ: D

Выпадение зуба из его лунки - это:

- A. вколоченный вывих
- B. полный вывих
- C. неполный вывих
- D. перелом корня

ОТВЕТ: B

Где чаще локализуются переломы зубов?

- A. на верхней челюсти во фронтальном отделе;
- B. на нижней челюсти во фронтальном отделе;
- C. на верхней челюсти в боковом отделе;
- D. на нижней челюсти в боковом отделе.

ОТВЕТ: A

Для перелома коронки с обнажением пульпы характерно:

- A. боль при перкуссии
- B. боль при пальпации
- C. боль от всех раздражителей
- D. боль при накусывании

ОТВЕТ: C

Звонкий звук при перкуссии зубов характерен для:

- A. Вколоченного вывиха
- B. Обострение хронического периодонтита
- C. Перелома корня зуба в апикальной трети
- D. Перелома корня в средней трети

ОТВЕТ: А

Зуб 5.1 при переломе корня у ребенка в возрасте трех лет рекомендовано:

- А. Удалить
- В. Сохранить, проведя экстирпацию
- С. Шинировать
- Д. Сохранить, проведя ампутацию

ОТВЕТ: А

Зуб 5.2 у ребёнка трёх лет при переломе коронки со вскрытием полости зуба рекомендуется:

- А. Удалить
- В. Сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
- С. Сохранить, используя штифт
- Д. Сохранить, проведя эндодонтическое лечение

ОТВЕТ: D

Зуб 6.1 у ребёнка трёх лет при переломе коронки со вскрытием полости зуба рекомендуется:

- А. Удалить
- В. Сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
- С. Сохранить, используя штифт
- Д. Сохранить, проведя эндодонтическое лечение

ОТВЕТ: D

Зуб подлежит удалению при:

- А. Поперечном его переломе
- В. Продольном его переломе
- С. Косом его переломе
- Д. Переломе эмали

ОТВЕТ: В

Лечение перелома коронки центрального резца в пределах эмали у ребенка 3 лет заключается в:

- А. шинировании зуба
- В. сошлифовывании острых краев эмали, диспансерном наблюдении
- С. удалении зуба с последующим ортодонтическим лечением
- Д. девитальной ампутации

ОТВЕТ: В

Лечение перелома коронки центрального резца в пределах эмали у ребенка 3 лет заключается в:

- А. шинировании зуба
- В. удалении зуба с последующим ортодонтическим лечением
- С. сошлифовывании острых краев эмали, диспансерном наблюдении
- Д. девитальной ампутации

ОТВЕТ: С

Лечение переломов коронки с обнажением пульпы в постоянных зубах с несформированным корнем проводят методом:

- A. Витальной ампутации
- B. Девитальной экстирпации
- C. Девитальной ампутации
- D. Динамическое наблюдение

ОТВЕТ: A

Лечение продольного коронково-корневого перелома заключается в:

- A. удаление зуба с последующим ортодонтическим лечением
- B. репозиции с последующим шинированием зубов
- C. динамическом наблюдении, противовоспалительной терапии
- D. восстановлении коронковой части косполитным материалом

ОТВЕТ: A

Лечение ушиба зуба заключается:

- A. создание для зуба полного покоя
- B. исключение твердой пищи
- C. антибактериальная терапия
- D. шинирование

ОТВЕТ: A

Лучшим методом восстановления перелома коронки постоянного зуба без повреждения пульпы является в течение 3-6 часов после травмы:

- A. Композит светового отверждения
- B. СИЦ
- C. Стандартная металлическая коронка
- D. Фиксация цельного осколка коронки зуба

ОТВЕТ: D

Признаками здоровой десны являются:

- A. бледность десны, плотность тканей, рецессия (ретракция) десны
- B. розовый цвет, заостренность вершин межзубных сосочков, отсутствие кровоточивости
- C. розовый цвет края десны, отсутствие кровоточивости, деформация десневого края
- D. бледность десны, отсутствие кровоточивости

ОТВЕТ: B

Формалиновая проба положительна при:

- A. катаральном гингивите
- B. гипертрофическом гингивите
- C. атрофическом гингивите
- D. пародонтите

ОТВЕТ: D

Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:

- A. переходу в следующую фазу заболевания

- В. стабилизации процесса
  - С. выздоровлению
  - Д. не влияет на течение заболевания
- ОТВЕТ: В

Для проведения формалиновой пробы применяют:

- А. 0.5%раствор
- В. 3%раствор
- С. 10%раствор
- Д. 30%раствор

ОТВЕТ: В

Рентгенологическими признаками пародонтита являются:

- А. мелкочаеистое строение кости альвеолы
- В. сохранность кортикальной пластинки на вершинах межзубных перегородок
- С. снижение высоты межальвеолярных перегородок, остеопороз
- Д. сохранность высоты межальвеолярных перегородок

ОТВЕТ: С

Причиной генерализованного гингивита может быть:

- А. отсутствие контактного пункта
- В. скученность зубов
- С. заболевания эндокринной системы
- Д. патологический прикус

ОТВЕТ: С

Какое исследование из названных наиболее целесообразно включить в первую очередь в план диагностики заболеваний пародонта у детей 5 лет с подвижностью временных моляров?

- А. определение толерантности к глюкозе
- В. анализ крови клинический
- С. анализ мочи
- Д. все названные

ОТВЕТ: А

Какое количество детей по данным ВОЗ имеет те или иные заболевания пародонтом:

- А. 70%
- В. 30%
- С. 80%
- Д. 40%

ОТВЕТ: С

Концентрация хлоргексидина для лечения заболеваний пародонта у детей:

- А. 2%
- В. 0,5%
- С. 0,01%
- Д. 0,05%

ОТВЕТ: А

Лечение заболеваний пародонта должно быть:

- А. Хирургическое
- В. Терапевтическое
- С. Комплексное
- Д. Лечение не требуется

ОТВЕТ: С

Морфофункциональный комплекс пародонта включает десну, ткани зуба, костную ткань альвеолы и

- А. дентин
- В. мезенхимальные клетки
- С. периодонт
- Д. верхушку корня

ОТВЕТ: С

Впервые понятие о комплексе околозубных тканей было сформулировано в

- А. 1903 г
- В. 1917 г
- С. 1907 г
- Д. 1905 г

ОТВЕТ: D

Какую форму имеет межзубной сосочек

- А. треугольную
- В. неправильную
- С. трапецевидную
- Д. овальную

ОТВЕТ: А

Десна лишена

- А. подслизистого слоя
- В. эпителия
- С. собственно слизистой оболочки
- Д. клеток ороговения

ОТВЕТ: А

Какое понятие не входит в классификацию болезней пародонта

- А. гингивит
- В. пародонтит
- С. пародонтома
- Д. периодонтит

ОТВЕТ: D

Какое процентное соотношение занимает пародонтоз от всех пародонтальных заболеваний

- А. 40%

В. 20%

С. 2%

Д. 5%

ОТВЕТ: D

Где первоначально регистрируется начало воспалительных изменений при заболеваниях пародонта

А. бороздковая часть десны

В. маргинальная часть десны

С. периодонт

Д. верхушка корня

ОТВЕТ: А

Результатом гипокоагуляции тканей пародонта является

А. замедление кровотока

В. резкое ускорение кровотока

С. дегрануляция лейкоцитов

Д. разрастание соединительной ткани

ОТВЕТ: А

У больных туберкулёзом лёгких в выраженной стадии воспаления в пародонте регистрируются признаки специфического воспаления

А. клетки Пирогова

В. специфические гранулёмы

С. скопление мезенхимальных клеток

Д. дегрануляция лейкоцитов

ОТВЕТ: В

В каком возрасте наиболее часто встречается Гингивит

А. в молодом возрасте

В. в пожилом возрасте

С. в старческом возрасте

Д. в зрелом возрасте

ОТВЕТ: А

Слизистая оболочка полости рта новорожденных состоит из количества слоёв:

А. 6

В. 2

С. 3

Д. 1

ОТВЕТ: В

Эпителиальный покров слизистой оболочки новорожденных имеет слаборазвитый слой:

А. Шиповидный

В. Базальный

С. Сосочковый

Д. Все слои развиты одинаково

ОТВЕТ: С

В развитии слизистой оболочки полости рта выделяют один из периодов:

- А. Ранний детский
- В. Незрелый подростковый
- С. Зрелый дошкольный
- Д. Поздний школьный

ОТВЕТ: А

К первичным элементам поражения относятся:

- А. Пузырь
- В. Эрозия
- С. Афта
- Д. Рубец

ОТВЕТ: А

К вторичным элементам поражения относятся:

- А. Чешуйка
- В. Бугорок
- С. Пятно
- Д. Узел

ОТВЕТ: А

Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:

- А. Бугорок
- В. Рубец
- С. Пятно
- Д. Узел

ОТВЕТ: С

К дефектам слизистой оболочки относятся:

- А. Афта
- В. Узел
- С. Пятно
- Д. Бугорок

ОТВЕТ: А

Линейный дефект слизистой оболочки - это:

- А. Афта
- В. Трещина
- С. Язва
- Д. Эрозия

ОТВЕТ: В

Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия - это:

- А. Эрозия
- В. Пятно
- С. Чешуйка

D. Корка  
ОТВЕТ: А

Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток Тцанка:

- A. Паракератоз
  - B. Гиперкератоз
  - C. Акантоз
  - D. Акантолиз
- ОТВЕТ: D

К грибковым заболеваниям полости рта относят:

- A. кандидоз
  - B. лейкоплакию
  - C. пиодермию
  - D. ХРАС
- ОТВЕТ: А

Кандидоз СОПР имеет природу:

- A. бактериальную
  - B. грибковую
  - C. аллергическую
  - D. травматическую
- ОТВЕТ: В

Элемент поражения при кандидозе полости рта:

- A. папула
  - B. пузырек
  - C. налёт
  - D. пузырь
- ОТВЕТ: С

Возбудителем кандидоза СОПР является:

- A. *Streptococcus mutans*
  - B. *Staphylococcus aureus*
  - C. *Pseudomonas aeruginosa*
  - D. *Candida albicans*
- ОТВЕТ: D

Кандидоз полости рта у детей подтверждают исследованием:

- A. бактериоскопическим
  - B. цитологическим
  - C. иммунологическим
  - D. сиалографическим
- ОТВЕТ: А

Налет при кандидозе полости рта состоит из:

- A. единичных грибов *Candida*, клеток эпителия и фибрина

В. почкующихся форм бластоспор, дрожжевого псевдомицелия, клеток эпителия, лейкоцитов  
С. грибов *Candida* и клеток эпителия  
D. клеток эпителия и фибрина  
ОТВЕТ: В

У новорожденных и грудных детей встречается форма кандидоза полости рта:  
А. острый эрозивно-язвенный кандидозный стоматит  
В. острый катаральный кандидозный стоматит  
С. острый псевдомембранозный кандидозный стоматит  
D. хронический гиперпластический кандидозный стоматит  
ОТВЕТ: С

Клинические формы кандидоза полости рта:  
А. аллергическая, атрофическая, эрозивно-язвенная  
В. псевдомембранозная, отёчная, атрофическая  
С. псевдомембранозная, некротическая, гиперпластическая  
D. псевдомембранозная, атрофическая, гиперпластическая  
ОТВЕТ: D

У какого процента новорожденных детей в первые сутки в полости рта выявляются возбудители кандидоза?  
А. 25-40%  
В. 85-95%  
С. 5-10%  
D. 10-20%  
ОТВЕТ: А

Условие проявления патогенности гриба *Candida*:  
А. переохлаждения  
В. дисбактериоз  
С. травма СОПР  
D. наличие кариеса  
ОТВЕТ: В

Острый герпетический стоматит является заболеванием:  
А. Грибковым  
В. Аллергическим  
С. Грибковым  
D. Вирусным  
ОТВЕТ: D

Что является первичным морфологическим элементом поражения при остром герпетическом стоматите:  
А. Эрозия  
В. Пузырёк  
С. Корка  
D. Аффа

ОТВЕТ: В

Какой морфологический элемент является вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите:

- А. Пузырёк
- В. Папула
- С. Эрозия
- Д. Аффа

ОТВЕТ: С

С каким заболеванием следует дифференцировать острый герпетический стоматит:

- А. Атрофический кандидоз
- В. Десквамативным глосситом
- С. Медикаментозным стоматитом
- Д. Хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

ОТВЕТ: С

Какой возбудитель вызывает острый герпетический стоматит:

- А. *Candida albicans*
- В. *Streptococcus mutans*
- С. *Herpes simplex*
- Д. *Coxsackievirus*

ОТВЕТ: С

Что приводит к рецидиву герпетической инфекции у детей:

- А. Активация латентной инфекции из-за переохлаждения
- В. Стоматологическое вмешательство
- С. Аллергия на медикаменты
- Д. Наличие хронического заболевания в анамнезе у ребёнка

ОТВЕТ: А

Какие клетки обнаруживаются в цитологическом препарате при остром герпетическом стоматите:

- А. Клетки Тцанка
- В. Акантолитические
- С. Гигантские многоядерные
- Д. Атипичные

ОТВЕТ: С

Какой патологический процесс возникает в эпителии при остром герпетическом стоматите у детей:

- А. Баллонизирующая дегенерация
- В. Гиперкератоз
- С. Акантолиз
- Д. Папилломатоз

ОТВЕТ: А

Для профилактики рецидивов герпеса с целью специфической десенсибилизации применяется:

- А. Культуральная инактивированная герпетическая вакцина
- В. Интерферон лейкоцитарный
- С. Ибупрофен
- Д. Ацикловир

ОТВЕТ: А

Первичное инфицирование вирусом просто герпеса отличается от рецидива тем, что:

- А. Сопровождается появлением других морфологических элементов
- В. Протекает остро
- С. Начинается не остро
- Д. Длительностью заболевания

ОТВЕТ: В

### **Вопросы к экзамену по детской стоматологии**

#### **1. Ведение медицинской документации на детском амбулаторном приеме**

**Ответ:** 043 — карта амбулаторная.

030 — карта диспансерного больного (с каким заболеванием поступил, динамика).

Если пациент несовершеннолетний – нужно согласие родителей.

До 15 лет – согласие на анестезию.

Медицинская карта N 043/у содержит три основных раздела.

Первый раздел — паспортная часть. Он включает в себя:

- номер карты;
- дату ее оформления;
- ФИО пациента;
- возраст пациента;
- пол пациента;
- адрес (место регистрации постоянного места проживания);
- диагноз при первичном обращении;
- сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях;
- сведения о развитии настоящего (ставшего поводом первичного обращения) заболевания.

Этот раздел может быть дополнен паспортными данными (серия, номер, дата и

место выдачи) для лиц старше 14 лет, и данными свидетельства о рождении для

лиц, не достигших 14-летнего возраста.

Второй раздел — данные объективного исследования. Он содержит:

- данные внешнего осмотра;
- данные осмотра полости рта и таблицу состояния зубов, заполненную с использованием официально принятых сокращений (отсутствует — О,

корень — R, кариес — С, пульпит — Р, периодонтит — Pt, пломбированный — П, пародонтоз — А, подвижность — I, II, III (степень), коронка — К, искусственный зуб — И);

- описание прикуса;
- описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба;
- данные рентгеновских и лабораторных исследований.

Третий раздел — общая часть. Он состоит из:

- плана обследования;
- плана лечения;
- особенностей лечения;
- записей консультаций, консилиумов;
- уточненных формулировок клинических диагнозов и т.п.

Помимо записей, в медицинскую карту должны быть внесены (вклеены):

- результаты анализов (если они проводились) — оригиналы либо копии;
- выписки из других лечебных учреждений, медицинские заключения, экспертные заключения, консультации, полученные в связи с заболеваниями, по которым пациент наблюдается в данной клинике;
- полученные в связи с иными заболеваниями, течение которых может сказаться на особенностях стоматологического заболевания;
- сведения о проведении онкоосмотров, сведения о дозах лучевой нагрузки, полученных пациентом при проведении рентгенологических исследований
- рентгеновские снимки зубочелюстной системы, выполненные в данной стоматологической клинике.

## **2. Принципы психологической подготовки к первому посещению и осмотру ребенка у врача-стоматолога.**

**Ответ:** К лечению зубов детей обычно готовят родители и учителя, часто этого бывает

недостаточно. Поэтому врачи должны проводить подготовку детей до лечения зубов и оказывать эмоциональную поддержку в процессе лечения. Подготовка детей к лечению состоит из психотехнических приемов, способствующих развитию позитивных отношений между пациентом и врачом.

Первое посещение стоматологического кабинета имеет не только важное диагностическое значение, но и позволяет установить положительный контакт с

ребенком. С первого посещения стоматолога ребенок должен накапливать положительный эмоциональный опыт лечения. Между врачом и ребенком должна быть установлена положительная коммуникация. Имеются два основных

пути установления такой связи: вербальный и невербальный

Общая атмосфера стоматологической клиники и дизайн кабинета должны

снимать тревожность пациентов. Оформление стоматологических кабинетов обычно бывает самым разнообразным. Если в клинике принимают детей, то в приемной должны быть какие-либо знаки, что детей здесь любят и ждут. Это могут быть игрушки, настенное панно или детская роспись, рисунки бывших пациентов. В атмосфере клиники, где принимают детей, должны ощущаться основные правда взаимоотношения врача и ребенка: «Уважение». «Терпение». «Альтруизм». «Оптимизм». «Дистанция». Профилактика нервных срывов во время лечения зубов должна начинаться задолго до лечения зубов.

Невербальная связь устанавливается через зрительный контакт, теплую и доброжелательную улыбку, покачивание головой в такт словам пациентам, особым расположением тела по отношению к ребенку, одобрительным, легким

пожатием рук и прикосновением к плечам ребенка и его голове. Наклон вперед и

близость показывают ребенку заинтересованность и желание успокоить пациента, подталкивают ребенка к откровенности.

Вербальная связь предполагает использование уменьшительного или домашнего

имени ребенка дошкольного и младшего школьного возраста. в начале общения

возможны комплимент и похвала внешнего вида ребенка, причёске, обуви.

Возможными темами для первого разговора могут быть друзья, братья и сестры,

домашние животные, книги, телевизионные программы, любимые мультфильмы

и игрушки, школе, любимые занятия, спорт, компьютерные игры. Стоматолог работает в непосредственной близости от лица ребенка, поэтому должен установить эмоциональную связь на короткой дистанции. Мягкие голосовые модуляции врача подчеркивают значение его слов и помогают понять ребенку врача. Голос должен быть мягким, но решительным и требовательным. Чем понятнее ребенку речевые конструкции, тем лучше для лечения. Тембр и тон голоса должны выражать доброту и решимость. Движения должны быть мягкими, плавными и размеренными.

Во время осмотра и лечения зубов ребенок должен слышать, видеть, сотрудничать, помогать. Он может дотрагиваться до игрушек, некоторых приборов и бормашины, в том числе до врача и сотрудников клиники. Из поля зрения ребенка всевозможные устрашающие предметы следует убрать (зонд, шприц, щипцы). Расположив ребенка к себе в первое посещение, поддерживайте

его расположение к себе и лечению.

Ассистент должен быть «в тени» и поддерживать невербальную связь. В кабинете не должно быть постороннего шума и лишних движений. Ребенка

нельзя оставлять в кабинете одного, кто-то все время должен быть с ним в кабинете и поддерживать контакт.

В первое посещение рекомендуется провести осмотр ребенка, профессиональную гигиену, герметизацию фиссур. Покрытие зубов фторлаком, если необходимо, рентгенографию и урок гигиены. Чтобы не очень утомлять ребенка, в первое посещение рекомендуется проводить не более 3-4 стоматологических процедур.

Для закрепления желаемого поведения ребенку можно подарить подарок. Тем самым выразить расположение, дружелюбие и внимание к ребенку, что является традиционным приемом в детской стоматологии. Иногда подарок может использоваться как аванс: «Будешь хорошо себя вести, получишь подарок». В качестве подарка можно использовать значки, зубные щетки и пасты, книжки и блокнотики.

Консультативный прием детей с родителями должен состоять из общения с ребенком, осмотра и составления плана лечения. План лечения и профилактические мероприятия обсуждаются без ребенка. Обсуждение ограничения сладостей следует предоставить родителям. Врачу надо мягко мотивировать необходимость уменьшения употребления конфет.

### **3. Управление поведением ребенка на стоматологическом приеме.**

**Ответ:** Управление поведением пациента — совокупность приемов и методов, которые помогают врачу-стоматологу и его ассистенту эффективно провести лечение и в то же время сформировать позитивное отношение пациента к профилактическим и лечебным стоматологическим манипуляциям. Похвала и комплиментарность являются базовыми приемами управления поведением детей. Тон, которым произносятся слова, для детей порой важнее, чем их значение, когда врач пытается влиять на поведение напрямую, а не через понимание.

Эмпатия как личностный фактор врача может выражаться без слов, что чрезвычайно важно при работе с детьми. Дети реагируют на естественное дружественное отношение, которое проявляется даже при обычном приветствии.

Честность — фундаментальное правило при работе с детьми, потому что многие события дети видят в черно- белом цвете и промежуточные варианты могут быть недоступны их пониманию.

Терпение позволяет врачу справиться с девиантным поведением пациентов.

Терпеливость врача — показатель его личностных особенностей. При отсутствии глубинных качеств терпеливости аутотренинг может быть одним из

приемов, позволяющих повысить его уровень.

Гибкость позволяет врачу при необходимости менять план или метод лечения из-за неадекватного поведения детей и спокойно относиться к необходимости немедленно прервать лечение.

Установление контакта считается наиболее важным звеном в управлении поведением ребенка. Вовлечение ребенка в разговор дает врачу

дополнительную информацию, которая может быть неожиданной для родителей. Завязавшийся разговор может уменьшить напряжение ребенка и рассеять его тревогу, связанную со знакомством с новым человеком, которым для ребенка является врач. Общение лучше начать с комплимента и вопросов, предполагающих подробные ответы. В общении с ребенком проявляется активность врача, он задает вопросы, хвалит, говорит комплименты и шутит. Ассистент разговаривает с ребенком только при отсутствии врача, по дороге к кабинету или в тех случаях,

когда врач выходит из кабинета.

Все команды и пояснения, которые дает врач по ходу лечения, должны быть четко сформулированы и понятны ребенку. Важны ясность высказываний и самоконтроль за звучанием голоса. Тон и тембр голоса врача очень важны для создания контакта с пациентом. Успокаивающий голос врача действует на пациента как музыка. Строгой интонацией можно дисциплинировать ребенка и

прекратить действия, мешающие работе врача.

Разговаривая с ребенком, врач должен сидеть на его уровне и смотреть ему в глаза, что способствует установлению более дружеских отношений. Если ребенок отводит взгляд, на лице выражается недовольство, меняется ЧД, отмечается покраснение лица, то это свидетельствует о том, что он

испытывает тревогу и нуждается в дополнительной поддержке. Это особенно важно при работе с маленькими детьми, которые на невербальном уровне выражают свои мысли и чувства.

Способность врача внимательно вслушиваться в каждое слово при общении с детьми школьного возраста — основа долговременных контактов с ними в целях

профилактики заболеваний. В любом общении важны ответные реакции, они по

возможности должны быть адекватными и позитивными. Первое посещение ребенком стоматологической клиники должно сопровождаться только

положительными эмоциями. Отрицательная реакция врача на поведение ребенка

в первое посещение недопустима и расценивается как неадекватная.

Проявления

врачом неудовольствия по поводу поведения ребенка может быть адекватным только при установлении долгосрочных отношений. Ответные реакции врача должны соответствовать конкретным ситуациям, зависеть от возраста ребенка,

его поведения и степени установившейся близости отношений.

Незначительные

проявления нежелательного поведения следует игнорировать. Если их не замечать при поощрении позитивного поведения, они могут исчезнуть.

Дети есть дети. Задачей взрослых людей является поддержание их представлений о том, что мир — доброе и безопасное место. Иногда родители не

участвуют в воспитании детей. Эту задачу берут на себя ухаживающие за ребенком люди и посильно с ней справляются. Из этого складываются особенности воспитания детей, о которых следует знать врачу.

Известно, что желаемое поведение может быть быстро достигнуто приказом (как в армии) или устрашением, которое часто на бессознательном уровне применяется взрослыми по отношению к детям. И то и другое нежелательно и неэффективно в отношениях с пациентами, если они направлены на долгосрочные контакты в целях лечения и профилактики заболеваний.

При формировании правильного поведения ребенка в стоматологическом кресле

врач может использовать следующие приемы:

- Объяснение ребенку необходимости проведения процедуры, разделяя объяснение на части.
  - Объяснения должны соответствовать возрасту.
  - Соблюдение методики «Рассказывай, показывай, делай».
  - Усиление и закрепление желаемого поведения с применением разных видов стимулов для его усиления.
  - Наиболее эффективный вид поощрения детей подарок. Он может иметь отношение к стоматологии (например, книга), способствуя улучшению здоровья.
  - Игнорирование незначительных проявлений нежелательного поведения.
- Методика управления поведением ребенка предусматривает целесообразность возвращения назад, если ребенок начал вести себя неправильно. Если врач переступает через последовательные ступени, то увеличивается вероятность того, что ребенок будет плохо себя вести.
- Методика «Рассказывай, показывай, делай» эффективный способ формирования

долгосрочных отношений. Общение с ребенком в соответствии с классической моделью управления поведением строиться на методике «Рассказывай, показывай, делай». Она рассчитана на серию последовательных контактов с детьми. Врач должен шаг за шагом показывать, рассказывать и объяснять пациенту проводимые процедуры.

Рассказывая о предстоящих процедурах, надо использовать речевые конструкции, понятные ребенку. Не рекомендуется использовать детскую манеру разговора. Разговаривать следует ровным, мягким, уверенным и твердым голосом, общаясь с ребенком на уровне его понимания несколько выше, не забывая о возрастных особенностях ребенка. Можно применять «вторичный, детский язык» для общения с дошкольником. Для детей младшего школьного возраста и боязливых подростков эффективным считается «метод заговаривания». Изменение тона и громкости голоса может быть использовано

для усиления влияния на поведение ребенка.

Необходимо рассказывать и показывать ребенку бормашину и стоматологические инструменты. При показе надо демонстрировать основные этапы того, что будет происходить, и стараться использовать все чувства ребенка. Можно заключить соглашение с ребенком, что вы будете сверлить («чистить») и считать вслух от одного до пяти и делая перерывы. Условия договора надо соблюдать. Если он будет нарушен, ребенок не будет вам доверять. В процессе игры делайте то, что обещали. Не начинайте лечения, если

ребенок не понял, что от него нужно, или если ребенок к этому не готов. Надо быть готовым в любой момент прекратить лечение

#### **4. Развитие зуба: клинико-рентгенологические аспекты, основные этапы одонтогенеза.**

**Ответ:** Развитие зубов состоит из трех периодов:

I. Период закладки зубных зачатков:

- 6-8 недели эмбрионального развития;
- Многослойный эпителий ротовой ямки => зубной валик => врастает в мезенхиму => подковообразная эпителиальная пластинка => 2 зубных пластинки (передняя пластинка расположена под 90 градусов => желобок, отделяющий закладку губ и щек от зачатков десен) => разрастание эпителия (колбовидный выпячивание) на верхней челюсти и на нижней челюсти по 10 выпячиваний => каждая такая зубная почка превращается в эмалевый орган => зубной сосочек (врастающая мезенхима);
- шейка эмалевого органа (тяж между эмалевым органом и зубной пластинкой);
- зубной мешочек (охватывает зубной зачаток со всех сторон).

## II. Период формирования и дифференцировки зубных зачатков:

- 12-14 недели эмбрионального развития;
- однородные клетки => разные по форме и функциям клеточные элементы;
- внутренние клетки эмалевого органа дают начало энамелобластам и одонтобластам;
- зубной сосочек увеличивается.

## III. Период гистогенеза

- начинается на 4 месяце эмбрионального развития заканчивается после рождения;
- первой тканью является дентин, обызвествление дентина происходит на 5 месяце эмбриональной жизни;
- второй тканью является эмаль.

Из эктодермы развивается эпителий выстилка первичной полости рта => эмалевый орган => первичная кутикула и эмаль.

Из мезодермы развивается мезенхима верхней и нижней челюсти => зубной сосочек, из которого развивается дентин и пульпа, и зубной мешочек, дающий начало цементу и периодонту.

В рентгенологическом аспекте выделяют следующие этапы роста зубов:

- 1) зубной фолликул;
- 2) фаза точек;
- 3) фаза штриха (или кольца);
- 4) фаза поплавка;
- 5) фаза колпачка;
- 6) фаза бифуркации корней;
- 7) фаза несформированной верхушки;
- 8) фаза незакрытой верхушки;
- 9) сформированный зуб.

Первичный фолликул выглядит на рентгенограмме в виде просветления округлой формы с тонким склерозированным ободком; далее в нем появляются

элементы зуба на различной стадии формирования.

Временные зубы состоят как бы из одной коронки, корни их короткие с большим

углом бифуркации у моляров, полость зуба большая, корневые каналы широкие,

нередко имеется пришеечный валик.

## **5. Клинико-рентгенологические аспекты развития корня зуба. Описать этапы развития корня.**

**Ответ:** Развитие корней зубов:

- начинается незадолго до прорезывания зубов;
- края зубного органа разрастаются интенсивно наподобие рукава и внедряются в подлежащую мезенхиму;

- эти края зубного органа состоят из двух рядов эпителиальных клеток (внутреннего и наружного) — эпителиальное корневое влагалище;
- из мезенхимальных клеток зубного сосочка образуются одонтобласты => дентин корня;
- из мезенхимальных клеток зубного мешочка образуются цементобласты => цемент корня, оставшаяся часть зубного мешочка идет на построение периодонта

Этапы развития корня зуба:

1. Стадия несформированного корня
2. Стадия несформированной верхушки
3. Стадия незакрытой верхушки
4. Стадия неоконченного формирования периодонта

## **6. Анатомические и функциональные особенности постоянных несформированных зубов.**

**Ответ:** Особенности постоянных несформированных зубов:

- Процесс минерализации эмали (созревание) постоянных зубов после их прорезывания продолжается не менее 6-7 лет и особенно активно — в первые 3-4 года;
- Созревание эмали бугров происходит более интенсивно, чем эмали пришеечной области, а полная минерализация эмали фиссур постоянных моляров происходит через 5 лет после их прорезывания. В период незавершенной минерализации эмали поражение первых постоянных моляров кариесом происходит уже в момент их прорезывания и наиболее интенсивное их поражение отмечается в первый год созревания эмали;
- Наличие большего количества воды, меньшая минерализация и толщина эмали и дентина постоянных, только что прорезавшихся зубов, а также большие межпризменные промежутки и трещины снижают прочность твердых тканей и устойчивость к воздействию патогенных факторов;
- В постоянных зубах с несформированным корнем околопульпарный дентин низкоминерализован и толщина его незначительна (12 мкм) поэтому при реставрации необходимо помнить о расширенных топографических границах полости зуба;
- Форма и цвет постоянных зубов у детей имеют ряд особенностей: наличие фестончатого края, еще не подвергшегося физиологическому стиранию; линии Ретциуса, образующие на поверхности перикиматы (это выражение бороздок Ретциуса на поверхности эмали), в детском возрасте более выражены (это влияет на поверхностный блеск эмали и визуально делает ее ярче); в «молодых» постоянных зубах выражены мамелоны (это округлые выступы на режущей кромке режцового зуба, когда он впервые прорезывается через десну).

## **7. Методы стоматологического обследования детей в различные возрастные группы.**

**Ответ:** Сбор жалоб и анамнеза

Проводится сбор жалоб пациента путем опроса самого ребенка и его родителей.

Следует помнить, что маленькие дети не могут точно выразить свои ощущения,

а родители не всегда знают о том, что происходило с их ребенком в течение дня.

Дошкольники и школьники могут придумывать жалобы или, наоборот, скрывать

их из-за страха перед предстоящим приемом. Поэтому детскому стоматологу нередко приходится полагаться на данные объективного обследования больше,

чем на сведения, полученные от детей.

Следует определить ряд факторов из анамнеза жизни ребенка:

- место жительства и рождения;
- данные о течение антенатального периода развития;
- срок и особенности рождения;
- постнатальный и грудной период;
- питание ребенка;
- наличие вредных привычек;
- физическое и психическое развитие;
- перенесенные и сопутствующие заболевания;
- аллергоанамнез;
- характер ухода за полостью рта.

## II. Анамнез заболевания

При сборе анамнеза заболевания устанавливают следующие данные;

- когда и как началось заболевание (остро, внезапно, постепенно);
- связь его возникновения с инфекцией, травмой, интоксикацией, переохлаждением: какие факторы предшествовали заболеванию;
- особенности клинических проявлений (первые патологические признаки, их изменение, появление новых симптомов);
- течение заболевания (прогрессирующее, регрессирующее, с ремиссиями);
- факторы, отягощающие течение, вызывающие рецидив заболевания;
- факторы, способствующие улучшению состояния;
- проведенное ранее обследование и его результаты;
- проведенное ранее лечение и его результаты;
- проведенные профилактические мероприятия.

## III. Внешний осмотр

## IV. Обследование челюстно-лицевой системы и полости рта

Инструментальные методы:

- Обследование зубов и тканей пародонта проводят с помощью стоматологического зеркала, зонда и пинцета, входящих в набор

инструментов для осмотра полости рта.

- Окрашивание.
- Рентгенологическое исследование.
- Лабораторные методы исследования.

Возрастные особенности детей и принципы их подготовки к приему у стоматолога:

- 1,5-2 года: ребенок этого возраста еще слишком маленький, чтобы общаться только посредством слов; чтобы добиться его доверия, необходим тактильный контакт. Дети этого возраста неотделимы от родителей, и они обязательно сопровождают ребенка во время лечения. Мама может сесть в кресло и держать ребенка на руках весь период лечения. Мама может помочь врачу в общении с ребенком, облегчая процесс лечения;
- 2-2,5 года: у ребенка появляется чувство удовлетворения от своих успехов. он способен к самоконтролю. В этом возрасте дети общительны, дружелюбны, легко контактируют с незнакомыми людьми, редко испытывают чувство страха. Ребенок этого возраста должен находиться в кабинете стоматолога с родителями, так как это придает ребенку чувство уверенности в себе и создает ощущение безопасности.
- 3 года: наблюдается сильная тяга к самостоятельности. С ним врач может легко договориться. Дети этого возраста испытывают большую потребность в общении и получают удовольствие от рассказов врача. Разговаривать с детьми этого возраста надо тепло, используя похвалу и ласку.
- 4 года: с интересом слушают объяснения врача, охотно отвечают на вопросы и положительно реагируют на словесные требования. У них ярко выражена игровая деятельность, способствующая развитию интеллекта, они бурно проявляют эмоции. Ребенок положительно реагирует на словесные требования.
- 5 лет: Ребенок может находиться в кабинете врача без родителей, при этом все-таки испытывая небольшое чувство тревоги. Поведение пациента у врача обуславливается желанием заслужить похвалу. Дети испытывают чувство гордости за свою самостоятельность. В 5 лет ребенок проявляет интерес к групповым действиям, он готов к групповой активности и принятию общественного опыта.
- 6 лет: дети подвижны и любознательны. Они становятся более уравновешенными. В дошкольном возрасте устанавливается язык чувств, который выражается с помощью взглядов, улыбок, жестов, движений, интонаций голоса и тд. Становятся характерными более активное проявление эмоций и отсутствие аффективных вспышек. Дети активно познают внешний мир и окружающие предметы, задают много вопросов.
- 7 лет: У ребенка хорошо развиты двигательная активность и речь, он

может анализировать ситуацию. Слово для ребенка приобретает обобщающее значение, он пользуется понятиями, абстрагированными от действий. У первоклассника развито чувство психологической дистанции в отношении взрослых, но нет достаточных самокритики и самоконтроля. В деятельности ребенка преобладают игровые механизмы.

- 10-12 лет: формируется дифференцированное отношение к учителям, уменьшается авторитет взрослых, имеет большое значение авторитет друзей.

- Подростки: может быть ярко выражено состояние вражды, негативного отношения к окружающим, часто направленное не на конкретного человека, а на тех, кто включается в этот момент в «поле жизни» подростка. Эти состояния чаще проявляются во второй половине дня, к концу недели или четверти. У подростков с твердыми установками на учебу и хорошее поведение эти состояния протекают в сглаженном виде. Положительные эмоциональные состояния проявляются в виде бурной радости и восторга при достижении желаемого результата, в виде повышенной эмоциональной активности. Состояние интеллектуальной работоспособности у подростков сопровождается волевым усилием. Эти усилия переживаются как трудные, ибо сильная воля, самообладание, выдержка, развитое самоуправление еще не сформированы. В подростковом возрасте речь заметно замедляется, ответы на вопросы становятся лаконичными. Для исчерпывающего ответа необходимо задавать дополнительные вопросы.

- 17-18 лет: высокий уровень самосознания, формируется потребность правильно оценивать и использовать имеющиеся возможности. Психофизическое развитие достигает уровня молодого взрослого человека, в этом возрасте школьники способны к сознательным действиям.

## **8. Классификации кариеса зубов (клиническая по А.А. Колесова, МКБ-10, по Т.Ф. Виноградовой, по Блэку; по распространенности, характеру течения, глубине, активности процесса)**

### **I. МКБ-10**

К02.0 Кариес эмали

Стадия "мелового пятна" [начальный кариес]

К02.1 Кариес дентина

К02.2 Кариес цемента

К02.3 Приостановившийся кариес зубов

К02.8 Другой кариес зубов

К02.9 Кариес зубов неуточненный

К04.00 Гиперемия пульпы (соответствует глубокому кариесу)

II. По глубине поражения (клиническая классификация Колесова):

1. Кариес в стадии пятна

2. Поверхностный кариес

3. Средний кариес

4. Глубокий кариес

III. Классификация кариозных полостей по Блэку

- I класс — кариозное поражение в области естественных фиссур и слепых ямок всех зубов;

- II класс — кариозное поражение контактных поверхностей моляров и премоляров;

- III класс — кариозное поражение контактных поверхностей клыков и резцов без нарушения целостности режущего края;

- IV класс — кариозное поражение контактных поверхностей клыков и резцов с нарушением целостности режущего края;

- V класс — кариозное поражение вестибулярных и оральных поверхностей всех групп зубов;

- VI класс — кариозное поражение, расположенное на режущих краях клыков и резцов, а также на буграх коренных зубов.

IV. По степени активности (Виноградовой):

1. компенсированный

2. субкомпенсированный

3. декомпенсированный

V. По последовательности возникновения:

1. первичный

2. вторичный (рецидивирующий)

## **9. Кариес временных зубов. Классификация кариозных поражений.**

**Принципы препарирования кариозных полостей во временных зубах.**

**Ответ:** Международная классификация болезней (МКБ-10, 1997):

K02. Кариес зубов

K02.0. Кариес эмали.

K02.1. Кариес дентина.

K02.2. Кариес цемента.

K02.3. Приостановившийся кариес зубов.

K02.4. Одонтоклазия.

K02.8. Другой кариес зубов.

K02.9. Кариес зубов неуточненный.

Согласно клинической классификации, в зависимости от глубины поражения различают:

- начальный кариес (кариес в стадии пятна);

- поверхностный кариес;

- средний кариес;

- глубокий кариес.

Препарирование кариозной полости во временных зубах может проводиться:

- высокоскоростными и механическими наконечниками и борами различных размеров и конфигураций;

- химико-механическим способом — обработка кариозного дентина специальным гелем и ручное удаление размягченного дентина специальными инструментами и экскаватором;
- ручное препарирование экскаватором разных размеров (ART-методика);
- кинетический, или воздушно-абразивный метод реализует в стоматологии способ пескоструйной обработки твердых тканей;
- лазерный – использование специальных лазеров, предназначенных для обработки кариозных полостей и твердых тканей зуба;
- ультразвуковой — использование ультразвуковых наконечников и специальных насадок к ним с алмазным напылением рабочей части.

Особенности препарирования кариозных полостей во временных зубах:

- Перед препарированием хорошо промыть кариозную полость антисептиком (комнатной температуры, нетоксичными, меньших концентраций, чем у взрослых) и обработать кариозную полость экскаватором — для определения глубины кариозной полости и объема оперативного вмешательства
- Препарировать очень осторожно.
- Работать на машинах с меньшим количеством оборотов.
- Применять постоянное охлаждение (антисептики, воздух).
- Не прилагать чрезмерных усилий во время препарирования.
- Использовать боры по размеру кариозной полости.
- Осторожно, на малых оборотах, или экскаватором обрабатывать дно кариозной полости.
- Не обязательно дно делать прямым, лучше - выпуклым, согласно проекции рогов пульпы.
- Допускается оставлять небольшое количество измененного дентина на дне кариозной полости I и II классов (при условии правильно установленного диагноза), но следует тщательно препарировать стенки кариозной полости.
- Форма кариозной полости должна быть блюдцеобразной.
- При препарировании III и IV классов раскрывают полость зуба с вестибулярной поверхности для лучшего доступа и надежной фиксации пломбы (эстетика в молочных зубах не имеет принципиального значения).
- Кариозная полость V класса препарировается с учетом толщины слоя твердых тканей и топографии и объема пульповой камеры.

#### **10. Ранний детский кариес: лечение, принципы диспансеризации.**

**Ответ:** Клиническое течение кариеса у детей раннего возраста обусловлено анатомо-физиологическими особенностями временных зубов, возрастными закономерностями развития ребенка, периодом возникновения патологии.

Для детей раннего возраста характерны:

- декомпенсированное, агрессивное течение кариеса зубов;
- множественность поражений;
- развитие плоскостной и циркулярной форм кариеса без образования

типичной кариозной полости;

- быстрое разрушение коронок зубов, возникновение осложнений и, как следствие, преждевременное удаление временных зубов.

Течение кариеса у детей раннего возраста (до трех лет) бессимптомное, что обусловлено неспособностью малышей к координации болевых ощущений, незрелостью ЦНС и несформированностью нервных окончаний в пульпе временных зубов. При возникновении кариозного поражения зубов дети не проявляют никаких признаков беспокойства, лишь некоторые отказываются от

приема кислых фруктов и овощей, твердой пищи. Отсутствие жалоб — одна из

причин позднего обращения к врачу.

Лечение

I. Мотивация родителей и детей к выполнению рекомендаций стоматолога

Проводится в первое посещение, поддерживается при каждом посещении.

II. Психологическая подготовка и коррекция поведения детей

При невозможности коррекции поведения ребенка, наличии

психоневрологических заболеваний лечение проводится в условиях общего обезболивания.

III. Реставрации стандартными металлическими коронками (с облицовкой на фронтальной группе зубов)/композитные/сиц

Общее лечение

Предполагает назначение:

- фторидов (фторированных воды, соли, молока, таблеток фторида натрия);
- препаратов кальция и фосфора (цитрата, лактата, глюконата, карбоната, глицерофосфата кальция);
- комплексов кальция с витаминами («Кальцид», «Кальций-Д», «Кальцинова»);
- витаминов и микроэлементов («Алфавит», «Мультитабс»);
- средств повышения неспецифического иммунитета (препараты эхинацеи, элеутерококка).

Общее лечение ребенка должно быть согласовано с педиатром или семейным врачом. Детям раннего возраста осмотры назначают через 1-3 мес

Профилактика

Рекомендации по питанию:

- ограничение или полное исключение сахаросодержащих и кислых продуктов и напитков, особенно между основными приемами пищи;
- запрет сладких кормлений ночью;
- ограничение мучной, крахмалистой, мягкой, рафинированной и консервированной пищи;
- введение в достаточном количестве кариеспротекторных продуктов (например, молочных и морепродуктов, зеленого чая, твердых овощей,

некислых фруктов, зелени, орехов);

- для младенцев важно продолжение грудного вскармливания.

Гигиена полости рта

- акцентировать внимание родителей на немедленной чистке зубов после приема сладкого;
- демонстрация ребенку и родителям окрашенных зубных отложений как причины возникновения кариеса зубов;
- обучение ребенка и родителей уходу за полостью рта с момента рождения ребенка, методам контроля гигиенического состояния полости рта, назначение предметов и средств индивидуальной гигиены.
- рекомендация профессиональной чистки зубов.

Реминерализующая терапия и локальная флюоризация

Включают 1-3 процедуры, выполняемые до или в период проведения санации полости рта ребенка:

- аппликации кальций-фосфатных препаратов («Белагель Ca/P», «R.O.C.S.-mineral», «GC Tooth Mousse»);
- фторидного геля («Белагель F». «Радогель Ф». «Elmex gel», «Флюокальгель»);
- покрытие зубов фторидным лаком («Белак Ф». «Флюоролал», «Флюор протектор», «Бифлюорид»);
- глубокое фторирование эмали («Глуфторэд». «Эмаль-герметизирующий ликвид»).

Герметизация фиссур и ямок временных моляров

### **11. Особенности течения кариеса временных зубов в период сформированного временного и сменного прикуса. Методы лечения.**

**Ответ:** Принципы реставрации временных зубов:

- Использование современных пломбировочных материалов (композиты, компомеры, ормомеры).
- При наличии глубокой полости, близкой по расположению к пульповой камере, накладываются лечебные прокладки (пасты на основе гидроксид Ca, МТА), а после закрывается постоянной пломбой. Такие зубы наблюдаются раз в полгода с помощью прицельных внутриротовых контактных снимков за отслеживанием образования дентинного мостика.
- При сильном разрушении коронковой части зубы покрываются стандартными металлическими или керамическими коронками.

### **12. Особенности клинического проявления и течения кариеса во временных зубах в период несформированного корня, в период сформированного корня и в период резорбции корня временного зуба**

**Ответ:** Особенности клинического течения кариеса временных зубов на этапе формирования корня (ранний детский кариес):

- быстрое течение;
- поражение временных зубов в порядке их прорезывания (за исключением

нижних временных резцов);

- множественные поражения зубов: появление дефектов одновременно в нескольких зубах, в пораженном зубе обнаруживается несколько кариозных полостей;
- кариозные полости блюдцеобразной формы, без тенденции к ограничению, дентин светло-желтый или серый, влажный, снимается пластами;
- распространение кариозного процесса по окружности зуба (циркулярно), что приводит к отлому коронки при малейшей травме;
- быстрое вовлечение пульпы в воспалительный процесс при локализации кариозной полости на апроксимальной поверхности.

Особенности течения кариеса временных зубов на этапе сформированного корня (4-6 лет):

- преобладает острое течение – при неглубокой кариозной полости часто диагностируется пульпит или апикальный периодонтит.
- кариозная полость имеет широкое входное отверстие, дентин кариозной полости

плотный, пигментированный. Поражается один или небольшое число зубов, кариозные полости локализуются на типичных для кариеса поверхностях, меловые пятна отсутствуют.

Особенности течения кариеса временных зубов на этапе резорбции корня:

- кариозные полости локализуются преимущественно на апроксимальных поверхностях моляров;
- медленное течение, плотный, пигментированный (черный) дентин,
- в большинстве случаев диагностируют осложнения кариеса.

### **13. Кариес постоянных несформированных зубов: лечение, принципы, диспансеризации пациентов.**

**Ответ:** Клиническое течение кариеса постоянных зубов в период минерализации

- быстрое течение — кариозный процесс не имеет тенденций к ограничению, распространяется преимущественно в глубину и ширину без признаков пигментации;
- твердые ткани на дне и стенках, как правило, светлые, мягкие, легко убираются экскаватором.
- быстрый переход одной стадии кариеса в другую (может составлять около 2-3 недель);
- наиболее подвержены кариозному поражению окклюзионные поверхности моляров, контактные и вестибулярные поверхности резцов верхней челюсти, а также слепые ямки латеральных резцов;
- апроксимальный кариес как фронтальных, так и жевательных зубов обычно не развивается до полного установления плотных интерпроксимальных контактов;
- в постоянных несформированных зубах рога пульпы располагаются ближе к

окклюзионной поверхности, чем в сформированных (могут доходить до эмалево-дентинной границы), поэтому кариозная полость, расположенная в пределах плащевого дентина, является глубокой;

- при наличии кариозного поражения на дистальной поверхности второго временного моляра высокая вероятность поражения мезиальной поверхности первого постоянного моляра;
- в постоянных зубах кариесом наиболее часто поражаются следующие поверхности:
  - мезиальная и дистальная поверхности первых моляров;
  - мезиальная поверхность второго моляра и дистальная поверхность второго премоляра;
  - дистальная и мезиальная поверхности первого премоляра верхней челюсти и мезиальная поверхность второго премоляра верхней челюсти;
  - дистальная поверхность клыков и мезиальная поверхность первого премоляра нижней челюсти;
  - аппроксимальные поверхности верхних резцов.

#### **14. Показания, задачи, основные методики реминерализующей терапии и инфильтрации при лечении кариеса зубов у детей.**

**Ответ:** Реминерализующая терапия — это комплекс мероприятий по созданию условий для полноценного формирования и минерализации твердых тканей зубов для предотвращения или устранения кариесогенной ситуации.

Показания:

1. Кариес;
2. Некариозные поражения:
  - Гипоплазия эмали;
  - Флюороз;
  - Наследственные поражения тканей зубов;
  - Медикаментозные и токсические нарушения;
  - Патологическая стираемость;
  - Клиновидный дефект;

Эрозия;

- Гиперестезия;
- Некроз твердых тканей зубов;
- Ортодонтические конструкции, по показаниям.

Противопоказания: Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.

Классификация средств, применяемых для реминерализующей терапии:

Общая реминерализующая терапия:

Препараты кальция и фтора:

- «Кальцинова»;
- «Кальций-Сандоз Форте»;

- Натрия фторид;
- «Витафтор».

Местная:

1. Аппликационные гели и кремы:

- 10% раствор глюконата кальция (Методика Леуса- Боровского);
- «Ремодент»;
- Кальциевый гель («AmazingWhiteMinerals»);
- GCToothMousse;
- RemarsGel;
- R.O.C.S. Medical Minerals;
- Глицерофосфат кальция + электрофорез

2. Кальцийсодержащие зубные пасты:

- Splat Биокальций;
- President Unique;
- НовыйжемчугКальций.

### **15. Принципы препарирования кариозных полостей в постоянных несформированных зубах.**

**Ответ:** Особенности препарирования кариозных полостей у постоянных зубов с

несформированным корнем:

- перед препарированием необходимо промыть кариозную полость антисептиком, обработать кариозную полость экскаватором – для определения глубины кариеса.
- Препарирование кариозной полости в зубах с несформированным корнем необходимо проводить очень осторожно.
- Работать лучше на машинах с низкими оборотами.
- Применять постоянно охлаждение (воздух, а/с).
- Не прикладывать больших усилий при препарировании.
- Использовать боры соответственно размерам зуба и кариозной полости.
- Осторожно, на малых оборотах, или экскаватором обрабатывают дно кариозной полости.
- Не обязательно дно делать прямым, лучше – выпуклым.
- Допускается оставлять небольшое количество измененного дентина на дне при препарировании кариозной полости, но тщательно препарировать стенки полости на дно кариозной полости накладывают лечебную пасту

### **16. Основные принципы выбора пломбировочного материала для лечения кариеса временных зубов**

**Ответ:** Выбор пломбировочных материалов при лечении кариеса временных зубов у детей зависит от:

- возраста пациента;
- уровня сотрудничества;
- активности кариозного процесса;

- групповой принадлежности зуба;
- уровня гигиены полости рта.

Материал выбора – композитный материал/стандартные коронки  
Стеклоиономерные цементы.

- из-за высокой стираемости и хрупкости не рекомендуют для широкого использования при лечении молочных моляров, если до смены зуба осталось более 2 лет;
- при невозможности изоляции зуба с помощью коффердама
- в качестве временного пломбировочного материала с последующей заменой СИЦ на другой материал (композит или коронку).

### **17. Основные принципы выбора пломбировочных материалов для лечения кариеса постоянных зубов у детей.**

**Ответ:** Реставрационные материалы - композиты, СИЦ, временные коронки.

Препарат выбора – композит. Сиц – для временного, отсроченного пломбирования и при невозможности изоляции зуба с помощью коффердама

- При наличии глубокой полости, близкой по расположению к пульповой камере, накладываются лечебные прокладки (пасты на основе гидроксида Са, МТА, биодентина), а после закрывается изолирующей прокладкой и постоянной пломбой. Такие зубы наблюдаются раз в полгода с помощью прицельных внутриротовых контактных снимков за отслеживанием образования дентинного мостика.
- При сильном разрушении коронковой части зубы покрываются временными коронками, в дальнейшей по окончании формирования постоянного прикуса – замена временные коронок на постоянные (керамические, циркониевые)

### **18. Реставрация постоянных несформированных зубов.**

**Ответ:** Реставрационные материалы - композиты, СИЦ, временные коронки.

Препарат выбора – композит. Сиц – для временного пломбирования

- При наличии глубокой полости, близкой по расположению к пульповой камере, накладываются лечебные прокладки (пасты на основе гидроксида Са, МТА, биодентина), а после закрывается изолирующей прокладкой и постоянной пломбой. Такие зубы наблюдаются раз в полгода с помощью прицельных внутриротовых контактных снимков за отслеживанием образования дентинного мостика.
- При сильном разрушении коронковой части зубы покрываются временными коронками, в дальнейшей по окончании формирования постоянного прикуса – замена временные коронок на постоянные (керамические, циркониевые)

### **19. Особенности строения пульпы временных и постоянных несформированных зубов.**

**Ответ:** Особенности строения пульпы временных зубов:

- Более высокое содержание клеток, особенно в центральном слое, при меньшем количестве коллагеновых волокон;

- Объем пульпарной камеры и самой пульпы больше, чем в постоянных зубах;
- Более тонкие слои эмали и дентина, из-за чего пульпа находится ближе к внешней среде, чем в постоянных зубах;
- Различия между строением коронковой и корневой пульпы незначительны;
- Соединительная ткань пульпы более гидрофильная и рыхлая;
- Хорошо выражен сосудисто-нервный пучок;
- Пульпа тесно связана с периодонтом через верхушечное отверстие корня;
- Во время рассасывания корней временного зуба наблюдается вакуолизация пульпы.

Особенности строения пульпы постоянных несформированных зубов:

- Предентин представлен широкой полосой одинаковой толщины;
- В период формирования корня зуба пульпа представлена неоформленную соединительную ткань;
- Пододрнтобластический слой представлен фибробластами, преодонтобластами, тучными клетками, малодифференцированными клетками пульпы;
- Ретикулярный волокна в основном представлены преколлагеновыми

## 20. Классификация пульпитов у детей

**Ответ:** Пульпит — воспаление пульпы зуба, возникающее вследствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а

также продуктов распада органического вещества дентина.

Международная классификация болезней (МКБ-10).

Болезни пульпы и периапикальных тканей

K04.0. Пульпит.

K04.00. Начальный пульпит (гиперемия).

K04.01. Острый пульпит.

K04.02. Гнойный пульпит (пульпарный абсцесс).

K04.03. Хронический пульпит.

K04.04. Хронический язвенный пульпит.

K04.05. Хронический гиперпластический пульпит (пульпарный полип).

K04.08. Другой уточненный пульпит.

K04.09. Пульпит неуточненный.

K04.1. Некроз пульпы: гангрена пульпы.

K04.2. Дегенерация пульпы:

- дентикли;
- пульпарные кальцификации;
- пульпарные камни.

K04.3. Неправильное формирование тканей пульпы.

Клиника-морфологическая классификация Е.Е. Платонова.

Острый пульпит

- очаговый (частичный);
- диффузный (общий).

Хронический пульпит

- фиброзный;
- гангренозный;
- гипертрофический.

Обострение хронического пульпита.

Классификация Т.Ф. Виноградовой (1987), в большей степени отражает особенности течения пульпита временных зубов.

Острые пульпиты временных зубов:

- острый серозный пульпит;
- острый гнойный пульпит;
- острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта или регионарных лимфатических узлов.

Острые пульпиты постоянных зубов:

- острый серозный частичный пульпит (возможен в зубах со сформированными корнями);
- острый серозный общий пульпит;
- острый гнойный частичный пульпит;
- острый гнойный общий пульпит.

Хронические пульпиты временных и постоянных зубов:

- простой хронический пульпит;
- хронический пролиферативный пульпит;
- хронический пролиферативный гипертрофический пульпит;
- хронический гангренозный пульпит.

Хронические обострившиеся пульпиты временных и постоянных зубов.

## **21. Диагностика пульпитов у детей: основные методы обследования**

**Ответ:** Для клинической диагностики пульпита применяют:

- опрос,
- осмотр,
- перкуссию,
- пальпацию,
- рентгенодиагностику,
- электроодонтодиагностику (ЭОД).

Зондирование кариозной полости неприемлемо в детской практике, так как спровоцированный исследованием болевой приступ может способствовать потере контакта с маленьким ребенком.

Физикальное обследование

- Тщательный сбор анамнеза заболевания и выявление жалоб при беседе с ребенком и его родителями;
- Проводят внешний осмотр с обязательной оценкой состояния регионарных лимфоузлов;

- Также при некоторых формах пульпита может быть изменение конфигурации лица за счет отека мягких тканей;
- При осмотре полости рта проводят пальпацию по переходной складке в области причинного зуба и соседних зубов (при некоторых формах пульпита может быть боль);
- Перкуссия не всегда информативна из-за реакции ребенка;
- Зондирование стенок и дна кариозной полости в целях выявления сообщения с пульповой камерой проводят только после полноценного обезболивания;
- Необходимо учитывать внешний вид пульпы: она может быть розовой, ярко гиперемированной, кровоточащей при зондировании или грязносерого цвета.

#### Инструментальные исследования

- Температурные пробы и ЭОД во временных зубах детские стоматологи обычно не проводят;
- Рентгенологическое исследование при исследовании временных зубов: внутриротовые контактные и внеротовые — контактные в боковой и косой проекциях, панорамные и ортопантомограммы;
- На рентгенограмме временных зубов при хронических формах пульпита можно выявить сообщение кариозной полости с пульповой камерой;
- У фуркации корней временных моляров наблюдаются ослабление рисунка костных балок, незначительное расширение периодонтальной щели и разволокнение кортикальной пластинки альвеолы зуба;
- КТ челюстно-лицевой области позволяет построить объемное изображение зубов и окружающих их тканей и при обработке зафиксировать данные в различных проекциях;
- Метод остеоденситометрии применяют в целях исследования плотности костной ткани у бифуркации корней временных моляров, которая снижается при хронических формах пульпита;
- Данные остеоденситометрии учитываются в дифференциальной диагностике осложнений кариозного процесса и при выборе метода лечения пульпита во временных зубах у детей.

### **22. Перечислить и охарактеризовать основные методы лечения пульпитов временных зубов.**

**Ответ:** Прямое покрытие – наложение лечебной прокладки на вскрытый рог пульпы

Пульпотомия (ампутация пульпы)– удаление коронковой части пульпы с сохранением корневой

Пульпэктомия (экстирпация пульпы)- полное удаление пульпы

### **23. Перечислить и охарактеризовать основные методы лечения пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями.**

**Ответ:** Непрямое покрытие – наложение лечебной прокладки на дно

кариозной полости на околопульпарный дентин

Прямое покрытие – наложение лечебной прокладки на вскрытый рог пульпы

Частичная пульпотомия – удаление рога пульпы

Пульпотомия (ампутация пульпы)– удаление коронковой части пульпы с сохранением корневой

Пульпэктомия (экстирпация пульпы)- полное удаление пульпы

Апексификация – искусственное формирование верхушки корня после пульпэктомии в постоянном несформированном зубе

## **24. Показания и основные принципы эндодонтического лечения пульпитов временных зубов.**

**Ответ:** Показания:

1. Необратимый пульпит (наличие продолжительного кровотечения при пульпотомии) у сформированного временного зуба
2. Некротизированная корневая пульпа у сформированного временного зуба
3. Хорошее сотрудничество с пациентом

Принципы эндолечения во временных зубах: obturation корневых каналов рассасывающимися пастами, рентгенологическое определение рабочей длины без использования апекс-локатора, последующее восстановление зуба рекомендовано с помощью стандартных металлических коронок

## **25. Метод пульпотомии во временных зубах. Показания, противопоказания, препараты, методика проведения.**

**Ответ:** Показания:

1. Бессимптомное течение пульпита
2. Отсутствие явного сообщения кариозной полости с полостью зуба на рентгенограмме

Противопоказания:

1. Невозможность восстановления зуба
2. Зуб перед физиологической сменой
3. Наличие спонтанной боли в анамнезе
4. Признаки патологии периапикальных тканей или области бифуркации корней
5. Отсутствие кровоточивости пульпы
6. Продолжительное кровотечение после ампутации коронковой пульпы (5 минут и более)
7. Серозные или гнойные выделения из пульпы

Методика проведения пульпотомии временных зубов

1. Местная анестезия.
2. Изоляция рабочего поля.
3. Удаление кариозных тканей.
4. Раскрытие полости зуба предпочтительно бором с неактивной верхушкой.

5. Удаление коронковой пульпы.
  6. Гемостаз стерильным ватным шариком, смоченным в физ.растворе – 1 мин.
  7. Контроль гемостаза. N.B. При отсутствии гемостаза – пульпэктомия
  8. Нанесение препарата на устья и дно полости зуба.
  9. Нанесение изолирующей прокладки
  10. Окончательная реставрация для достижения оптимальной внешней герметизации (адгезивная реставрация или коронка).
- Материалы, используемые при проведении пульпотомии временных зубов

<b>Действующее вещество</b>	<b>Препарат</b>	<b>Методика нанесения</b>	<b>Действия после нанесения</b>
20% раствор сульфата железа	Зискостат (Ультрадент)	Нагнетать брашем или стерильным ватным шариком 15 секунд	Промыть, просушить
20% (разведение 1:5) раствор Buckley	20% р-р формокрезол Пульпевит №3 (Владмива) Формокрезол (Хема) Tricresol and formalin (PD)	На стерильном ватном шарике 5 минут	Промыть, просушить
МТА	ProRoot МТА (Dentsply) Триоксидент (ВладМиВа) МТА-Angelus Biodentine (Septodont)	Тонкий слой	Прокладка
Гидроксид кальция	Calcipulpe (Septodont) Ultracal ХС (Ultradent) Апексидент (ВладМиВа) Calasept Calcimol	Тонкий слой	Прокладка

(VOCO)  
Dycal (Dentsply)  
Life (Kerr)  
Septocalcine  
Ultra (Septodont)  
Calcimol LC  
(VOCO)  
Reocap E  
(Vivadent)

**26. Методы пульпэктомии во временных зубах: показания, противопоказания, препараты, методика проведения.**

**Ответ:** Показания:

1. Необратимый пульпит (наличие продолжительного кровотечения при пульпотомии)
2. Некротизированная корневая пульпа
3. Хорошее сотрудничество с пациентом

Противопоказания к пульпэктомии временных зубов:

1. Зуб не подлежит восстановлению
2. Наличие рентгенологически видимой внутренней резорбции корней
3. Зубы с механическими или кариозными перфорациями дна пульпарной камеры
4. Резорбция более 1/3 корня
5. Обширное патологическое нарушение костной ткани

Методика проведения пульпэктомии временных зубов

1. Местная анестезия.
2. Изоляция рабочего поля.
3. Удаление кариозных тканей
4. Раскрытие полости зуба предпочтительно бором с неактивной верхушкой
5. Удаление коронковой пульпы
6. Идентификация корневых каналов
7. Рентгенография для определения рабочей длины
8. Ирригация корневых каналов: физ.раствор; 0,4% хлоргексидин; 0,1% гипохлорит натрия.
9. Определение рабочей длины каналов на 2 мм не доходя до апекса
10. Использование ручных эндодонтических инструментов не больше 30 размера по ISO
11. Повторная ирригация
12. Высушивание бумажными штифтами
13. Обтурация корневых каналов рассасывающимися пастами
14. Рентгенологический контроль

15. Окончательная реставрация для достижения оптимальной внешней герметизации (адгезивная реставрация или коронка).

Материалы, используемые при проведении пульпоэктомии временных зубов

<b>Цинкоксидаэвгенольная паста</b>	<b>Йодоформные пасты</b>	<b>Гидроксидсодержащие пасты</b>
------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

ЦОЭ паста	Метапекс,	Vitapex (DiaDent)
Эндометазон (Септодонт)	Метапаста (Meta)	Фосфадент-Био (ВладМиВа)
Кортисомол (Пьер Роллан)	Апексдент (ВладМиВа)	
Эодент (ВладМиВа)		

Недопустимо применение для obturation корневых каналов временных зубов материалов, которые не могут резорбироваться вместе с корнем временного зуба при подготовке к физиологической смене!

## **27. Метод пульпотомии в постоянных несформированных зубах.**

### **Показания, противопоказания, препараты, методика проведения**

**Ответ:** Показания:

1. Обратимые пульпиты.
2. Посттравматическое обнажение пульпы, независимо от размера обнажения, не превышающее 7 дней с момента травмы.

Пульпотомия обуславливает правильный процесс формирования корней, т.е. апексогенез

Противопоказания:

1. Невозможность восстановления зуба
2. Признаки патологии периапикальных тканей
5. Отсутствие кровоточивости пульпы
6. Продолжительное кровотечение после ампутации коронковой пульпы (5 минут и более)
7. Серозные или гнойные выделения из пульпы

Методика проведения пульпотомии постоянных зубов

1. Местная анестезия.
2. Изоляция рабочего поля.
3. Удаление кариозных тканей.
4. Раскрытие полости зуба предпочтительно бором с неактивной верхушкой.
5. Удаление коронковой пульпы.
6. Гемостаз стерильным ватным шариком, смоченным в физ.растворе – 1 мин.
7. Контроль гемостаза. N.B. При отсутствии гемостаза – пульпэктомия
8. Нанесение препарата на устья и дно полости зуба (гидроксид кальция,

МТА, биодентин)

9. Нанесение лайнингового материала (светоотверждаемый СИЦ).

10. Окончательная реставрация для достижения оптимальной внешней герметизации (адгезивная реставрация или временная коронка)

## 28. Метод непрямого покрытия пульпы в постоянных несформированных зубах: показания, противопоказания, препараты, методика проведения

**Ответ:** Показания: глубокая кариозная полость в постоянном несформированном зубе в пределах дентина, не сообщающаяся с полостью зуба

Противопоказания: невозможность восстановления зуба, вскрытие полости зуба в процессе препарирования, отсутствие жалоб в анамнезе и патологических периапикальных изменений

Алгоритм непрямого покрытия пульпы постоянных несформированных зубов

1. Местная анестезия.

2. Изоляция рабочего поля.

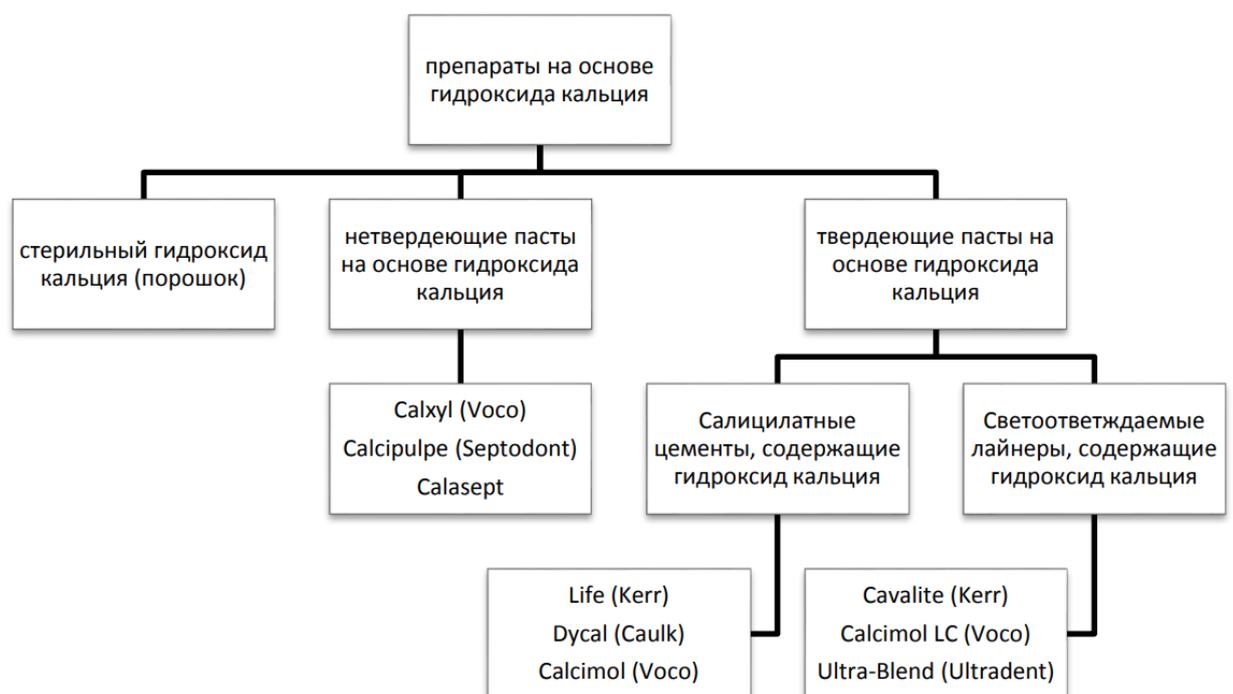
3. Удаление всего инфицированного (размягченного) дентина (CID) со стенок и дна кариозной полости и сохранение частично деминерализованного (плотного пигментированного) дентина (CAD)

7. Лечебная повязка (гидроксид кальция, МТА, биодентин)

8. Реставрация зуба

Материалы, применяемые при прямом покрытии пульпы постоянных несформированных зубов

1. Препараты на основе гидроксида кальция



2. МТА (Mineral Trioxide Aggregate):

ProRoot МТА (Dentsply)

Триоксидент (ВладМиВа)

MTA-Angelus  
Biodentine (Septodont)

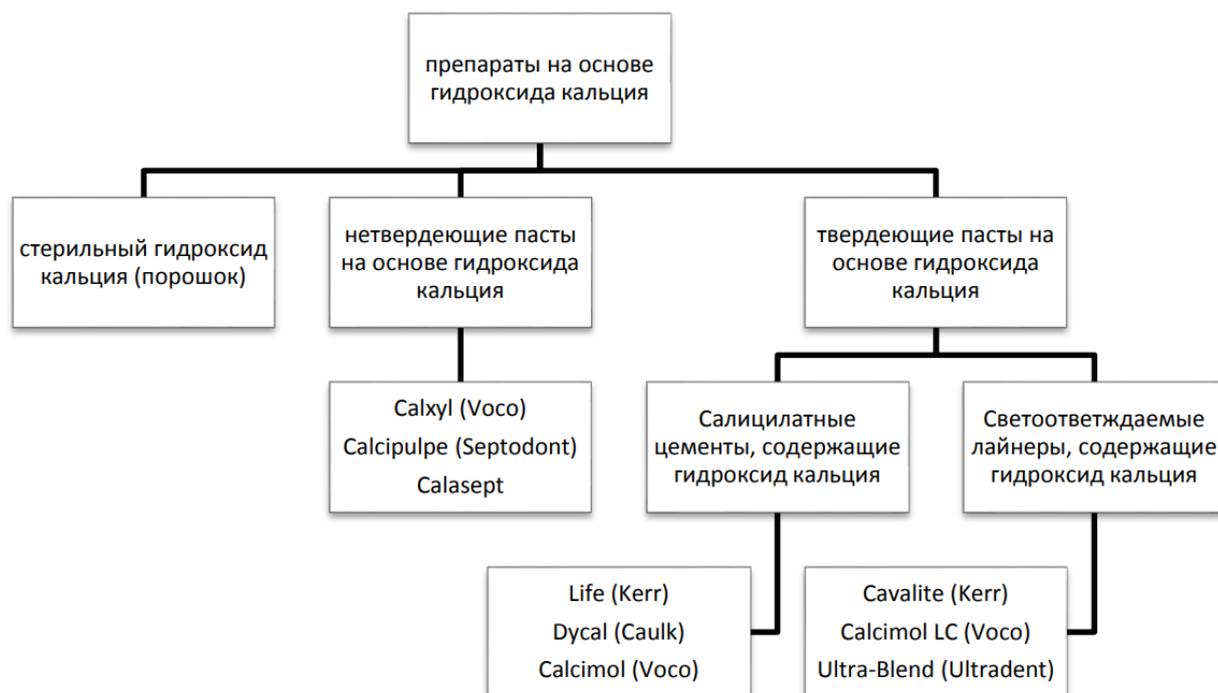
**29. Метод прямого покрытия пульпы во временных и постоянных несформированных зубах: показания, противопоказания, препараты, методика проведения.**

**Ответ:** Алгоритм прямого покрытия пульпы постоянных несформированных зубов

1. Местная анестезия.
2. Изоляция рабочего поля.
3. Удаление размягченного дентина со стенок полости
4. Удаление размягченного дентина со дна полости
5. Спонтанная остановка кровотечения из вскрытой точки пульпы в течение 1 мин
6. Осторожное удаление тромба
7. На обнаженную пульпу накладывают лечебную повязку (гидроксид кальция, МТА, биодентин)
8. Реставрация зуба

Материалы, применяемые при прямом покрытии пульпы постоянных несформированных зубов

3. Препараты на основе гидроксида кальция



4. МТА (Mineral Trioxide Aggregate):

ProRoot МТА (Dentsply)  
Триоксидент (ВладМиВа)  
MTA-Angelus  
Biodentine (Septodont)

Показания к прямому покрытию пульпы постоянных несформированных зубов

1. Бессимптомные обратимые пульпиты кариозного происхождения с обнажением пульпы (в границах здорового дентина) площадью не более 1 мм<sup>2</sup>, выявленным в процессе формирования полости.
2. Посттравматическое обнажение дентина площадью не более 1 мм<sup>2</sup>, если пациент обратился не позднее, чем на второй день после получения травмы (до 24 часов).

Такая методика обусловлена тем фактом, что образующиеся в посттравматической обнаженной незащищенной пульпе воспалительные отеки с течением времени становятся более интенсивными и обширными. Шансы на достижение положительного результата лечения тем выше, чем меньше период между моментом обнажения пульпы и началом лечения. Показания касаются, прежде всего, несформированных постоянных зубов.

### **30. Клиника острого и хронического периодонтита временных зубов.**

**Показания к терапевтическому лечению. Принципы оказания неотложной помощи.**

**Ответ:** Особенности течения периодонтитов во временных зубах

- Развитие преимущественно хронического гранулирующего процесса
- Малосимптомное течение
- Частое возникновение свищей
- Частое поражение кости в области бифуркации
- Возможность развития периодонтита при закрытой полости зуба
- Возможность влияния на зачаток постоянного зуба
- Частый хронический лимфаденит и периостальная реакция
- Выраженность обострений

Показания к эндолечению при Рт временных зубов:

1. Периодонтит зубов со сформированными корнями
2. Хорошая кооперация пациента с врачом-стоматологом детским

Противопоказания:

- Зуб не подлежит восстановлению
- Наличие рентгенологически видимой внутренней резорбции корней
- Зубы с механическими или кариозными перфорациями дна пульповой камеры
- Резорбция более 1/3 корня
- Обширное патологическое нарушение костной ткани
- Наличие одонтогенной или фолликулярной кисты

Показания к удалению временного зуба:

- Полное разрушение коронки без возможности восстановления
- Перфорации стенки корня или дна полости зуба
- Подвижность зуба 2-3 степени
- Патологическая резорбция корней
- Обширное патологическое разрушение костной фиксации
- Повреждение компактной пластинки фолликула постоянного зуба
- Наличие кисты челюсти
- Отсутствие эффекта консервативного лечения

### **31. Основные методы лечения периодонтитов постоянных зубов с несформированным корнем. Основные препараты, используемые для эндодонтического лечения.**

**Ответ:** Методы лечения – пульпэктомия с дальнейшей апексификацией или удаление зуба

Апексификация — это эндодонтическая процедура, которая направлена на индуцирование создания барьера твердой ткани в зубе с незакрытой верхушкой

или в несформированных зубах с периодонтитом.

Показания к апексификации:

- зубы с несформированными корнями при отсутствии или наличии клинических и рентгенологических симптомов некроза пульпы.

Продолжение формирования корня после некроза пульпы наблюдается редко.

Поэтому лечение в таких случаях направлено на образование вокруг несформированной верхушки корня костной ткани. Для этих целей лучше всего

подходит гидроксид кальция.

Лечение хронического периодонтита

I. Многоэтапная методика лечения с использованием кальцийсодержащих препаратов

Данный метод обеспечивает сужение или замыкание просвета апикального отверстия за счет формирования минерализованного барьера (апексификации).

Он основан на продолжительной многомесячной экспозиции препаратов, содержащих гидроокись или оксид кальция, в корневом канале, стимулирующих

формирование остеоцементного апикального барьера с последующей постоянной герметичной obturацией корневого канала.

Препараты:

1. Нетвердеющие пасты на водорастворимой основе с гидроокисью кальция:
  - Каласепт;
  - Метапаста;
  - Гидроксид кальция (Септодонт)»

2. Препараты кальция с хлоргексидином, йодидом калия, гипохлоритом натрия, глицерином и парахлорфенолом:

- UltraCal XS «Ultradent Products»;
- Нурокал SN «Calen».

3. Пасты на силиконовой основе и содержащие йодоформ:

- Метапекс;
- Диапекс.

4. Гуттаперчевые штифты, импрегнированные гидроокисью кальция:

- Гидроксид кальция.

Механизм действия препаратов, содержащих гидроокись кальция:

- создание высокощелочной среды;
- прекращение резорбции костной ткани, стимуляция остеобластов;
- ионы кальция участвуют в реакции костеобразования и реакции свертывания крови;
- под действием гидроокиси кальция происходит лизис некротизированных тканей;
- при соединении с влагой материал увеличивается в объеме в 2.5 раза и закупоривает макро- и микроканалы дентина корня;
- антимикробная активность.

II. Одноэтапная методика формирования искусственного апикального барьера, основанная на использовании МТА для постоянной obturation просвета широкого апикального отверстия и апикального отрезка корневого канала (длиной 3-4 мм).

Рекомендуется применять эту методику для лечения периодонтита в тех случаях,

когда нет выраженной деструкции периапикальных тканей и на последних стадиях формирования корня.

Препараты, содержащие МТА:

- Pro Root;
- Трноксидент;
- МТА-Angelus;
- Радоцем.

Основу материалов составляет смесь соединений кальция (в основном трикальций силиката), железа и алюминия, а также гидратированного сульфата кальция или гипса. Для рентгеноконтрастности в состав материала введен оксид висмута. Время отверждения материала после смешивания составляет около 4 ч. Материал обладает высокой степенью биологической совместимости, в его присутствии происходит активация синтетической активности клеток, продуцирующих минерализованные ткани, что обеспечивает возникновение дентино- и цемтогенеза на его поверхности.

Применение МТА для obturation широкого апикального отверстия обеспечивает

постоянную одномоментную апикальную герметизацию, позволяет сократить продолжительность апексификации и гарантирует клинический эффект, в том числе и в тех случаях, когда не удалось добиться формирования минерализованного тканевого барьера естественным путем за счет долгосрочного пломбирования каналов гидроокисью кальция.

### **32.Обострение хронического периодонтита постоянных зубов у детей.**

**Причины. Клиника. Оказание неотложной помощи.**

**Ответ:** Жалобы:

- постоянные боли, усиливающиеся при надкусывании, дотрагивании языком;
- появление припухлости;
- нарушение общего самочувствия, появление головной боли, повышение температуры, отсутствие аппетита, нарушение сна.

**Анамнез:**

В анамнезе необходимо учитывать возраст, общее состояние ребенка, сроки заболевания, травматические повреждения. Обострение хронического периодонтита преимущественно развивается у детей раннего возраста, имеет быстрое течение, боли нарастают в течении 1-2 суток.

**Физикальное обследование**

- асимметрия лица за счет отека мягких тканей лица;
- увеличение лимфатических узлов;
- гиперемия, отек слизистой десны в области причинного зуба;
- болезненность по переходной складке;
- подвижность зуба;
- возможен отлом части зуба;
- дотрагивание до зуба резко болезненно;
- зондирование безболезненно;
- уровень показателей электроодонтометрии 100-150 мкА

### **33.Принципы реабилитации детей с периодонтитом постоянного несформированного зуба. Апексификация. Апексогенез**

**Ответ:** Принципы реабилитации детей с периодонтитом постоянного несформированного зуба:

- ограничение жевания;
- ограничение употребления жесткой пищи для снижения окклюзионной нагрузки на ткани периодонта.
- посещение стоматолога минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий и профилактических процедур;
- при появлении признаков воспаления — немедленное обращение к врачу.

Апексогенез — это процесс, происходящий при витальности пульпы и способствующий продолжению развития и роста корней с нормальной толщиной и формой.

Апексификация — это эндодонтическая процедура, которая направлена на

индуцирование создания барьера твердой ткани в зубе с незакрытой верхушкой  
или в несформированных зубах с периодонтитом.

### **34. Дифференциальная диагностика пульпита и периодонтита постоянных несформированных зубов у детей (по клинической и рентгенологической картине).**

Общие признаки – глубокая кариозная полость, чаще всего сообщающаяся с полостью зуба; мб отсутствие жалоб

При периодонтите постоянных несформированных – жалобы могут быть на боли при накусывании, клинически выявляется свищевой ход на альвеолярном отростке в проекции верхушки корня или гиперемия и отек, болезненная перкуссия, нет реакции со стороны пульпы во время ЭОД, на рентгенограмме резорбция костной ткани вокруг апекса

При пульпите – жалобы могут быть на боли от термических раздражителей, усиливающиеся к ночи, безболезненная перкуссия, слизистая оболочка альвеолярного отростка бледно-розового цвета, нет признаков патологических периапикальных изменений, на ЭОД (60-80 мкА)

### **35. Классификация некариозных поражений зубов у детей.**

**Ответ:** Некариозные поражения твердых тканей зубов соответственно времени их

возникновения принято подразделять на две основные группы (В. К. Патрикеев, 1968):

1. Поражения зубов, возникающие в период фолликулярного развития их тканей, т. е. до прорезывания зубов:

- гипоплазия эмали;
- гиперплазия эмали;
- эндемический флюороз зубов;
- аномалии развития и прорезывания зубов;
- наследственные нарушения развития зубов.

2. Поражения зубов, возникающие после их прорезывания:

- пигментации зубов и налеты;
- стирание твердых тканей зубов;
- клиновидный дефект;
- эрозия зубов;
- некроз твердых тканей зубов;
- травмы зубов;
- гиперестезия зубов;
- медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зубов.

В Международной классификации стоматологических болезней некариозные

поражения, возникающие до прорезывания зубов:

K00.0 Адентия

K00.1 Сверхкомплектные зубы

K00.2 Аномалии размеров и формы зубов

K00.27 Аномалийные бугорки и эмалевые жемчужины

K00.3 Крапчатые зубы

K00.30 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали [флюороз зубов]

K00.4 Нарушение формирования зубов

K00.40 Гипоплазия эмали

K00.41 Пренатальная гипоплазия эмали

K00.42 Неонатальная гипоплазия эмали

K00.45 Одонтодисплазия [региональная одонтодисплазия]

K00.46 Зуб Турнера

K00.5 Наследственные нарушения структуры зуба

K00.6 Нарушения прорезывания зубов

K00.7 Синдром прорезывания зубов

K00.8 Другие нарушения развития зубов

K00.9 Нарушения развития зубов неуточненные

### **36. Некариозные поражения зубов у детей, возникшие после прорезывания.**

**Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.**

**Ответ:** Поражения зубов, возникающие после их прорезывания:

- пигментации зубов и налеты;
- стирание твердых тканей зубов;
- клиновидный дефект;
- эрозия зубов;
- некроз твердых тканей зубов;
- травмы зубов;
- гиперестезия зубов;
- медикаментозные и токсические нарушения развития твердых тканей зубов.

Пигментация зубов, или дисколорит эмали — это патологическое изменение естественного цвета зубной эмали. Очень часто пигментация эмали сопровождается ее деминерализацией, что повышает чувствительность зубов.

Причинами детской пигментации зубов могут быть:

- нарушение детского рациона, чрезмерное употребление сладкого;
- низкая усвояемость кальция;
- зубной налет, возникший из-за неправильной гигиены полости рта;
- ранний кариес (может появиться уже на самых первых, молочных зубах);
- наследственность;
- нарушение работы слюнных желез;
- дисбактериоз;
- нарушение работы обменных процессов и метаболизма флоры;

- механические, термические или химические травмы (например, трещина зуба).

Пигментация эмали у детей может возникать с самого раннего возраста и затрагивать как молочные, так и постоянные зубы.

Лечение пигментации зубов

- Чистка зубов — простейший способ лечения. Помогает только при поверхностных пятнах и изменении цвета в результате красителей, которые проникают в эмаль с пищей, напитками и курением.
- Покрытие дефекта коронками или винирами — специальными накладками, изготовленными по слепкам в лабораторных условиях (может подойти не всем детям).

Патологическая стираемость зубов – быстро прогрессирующая убыль эмали и дентина с уменьшением высоты коронки отдельных или всех зубов.

Этиология:

- аномалии прикуса;
- вредные привычки;
- недостаточная твердость зубных тканей из-за наличия системных заболеваний (флюороз, синдром Стейнтон-Капдепона);
- жевательная перегрузка.

Лечение:

- реминерализующая терапия;
- тщательное отслеживание правильного формирования зубного ряда у детей;
- консультация у ортодонта по показаниям;
- лечение системных заболеваний.

Клиновидный дефект — это некариозное поражение, возникающее на твердых тканях зубов, характеризующееся образованием в области шейки зуба дефекта клиновидной формы.

Причины возникновения:

- плохая гигиена полости рта;
- заболевания пародонта;
- неправильная жевательная нагрузка;
- аномалии прикуса.

Лечение:

- обучение ребенка правильной гигиене полости рта;
- реминерализующая терапия;
- консультация у ортодонта по показаниям;
- закрытие дефекта с использованием композитных или стеклоиномерных пломбировочных материалов.

Эрозия зубов — это поражение эмали зубов, а в некоторых случаях и дентина.

Этиология:

- механическое воздействие (жесткие зубные щетки и высокообразованное

пасты);

- повышенная жевательная нагрузка (аномалии прикуса);
- агрессивная кислотная среда в полости рта (гастрит и язвенная болезнь, частое употребление кислородсодержащих напитков);
- нарушения эндокринной системы;
- прием медицинских препаратов.

Стадии эрозии эмали:

- Начальная. На некоторых участках эмаль теряет естественный оттенок и блеск. Чаще всего такие изменения самостоятельно заметить трудно, их может увидеть только специалист.
- Средняя. Пятна становятся заметными, зубы болезненно реагируют на холодное и горячее, кислое и соленое.
- Глубокая. Эмаль почти полностью разрушена, наблюдается желтая или коричневатая пигментация пораженных участков.

Лечение:

- реминерализующая терапия;
- пломбирование дефектов

### **37.Наследственные пороки развития твердых тканей зубов у детей.**

#### **Классификация.**

**Ответ:** К наследственным порокам развития твердых тканей зубов относят пороки генетически обусловленные, формирующиеся в фолликулярной стадии развития:

- наследственный несовершенный амелогенез;
- наследственный несовершенный дентиногенез;
- наследственный несовершенный остеогенез.

МКБ

К00.50 Незавершенный амелогенез

К00.51 Незавершенный дентиногенез, изменения в зубах при незавершенном остеогенезе

К00.52 Незавершенный одонтогенез

К00.58 Другие наследственные нарушения структуры зуба

Дисплазия дентина, раковинные зубы

К00.59 Наследственные нарушения структуры зуба неуточненные

Этиология – генные мутации

Несовершенный амелогенез

Гипопластический тип (Ямочно-бороздчатый и гладкий). нарушается секреторная деятельность амелобластов.

Гипоматурационный. Развивается при сбое на этапах формирования и первичной минерализации эмалевой матрицы - аномальная протеиназная активность.

Гипокальцификационный. Возникает при нарушении фазы минерализации. Сопровождается аномальным ростом кристаллитов и уменьшением

минеральной составляющей эмали.

Гипоматурация с гипоплазией и тауродонтизмом. Сбой происходит на этапах дифференцировки тканей и наслоения эмалевой матрицы.

Принципы лечения

Для планирования лечения необходимо учитывать тип наследования и фенотип

- Психологическая поддержка детей и их семей
- Проведение медико-генетических консультаций
- Контроль индивидуальной гигиены!
- Систематическая реминерализирующая терапия
- Динамическое наблюдение у стоматолога раз в 1-3 месяца
- Раннее ортодонтическое обследование
- Сохранение моляров с композитными реставрациями или коронками для поддержания высоты прикуса
- Реставрация зубов с помощью композитных материалов, изготовление тонкостенных металлических или композитных коронок

Несовершенный дентиногенез:

Тип I- несовершенный дентиногенез, как симптом несовершенного остеогенеза

Тип II - самостоятельное заболевание (синдром Стентона-Капдепона = одонтодисплазия Капдепона)

Тип III - описан у изолированной популяции в США

Синдром Стентона-Капдепона

И временные и постоянные зубы имеют характерный опалесцирующий цвет от красновато-коричневого до серо-голубого

Вскоре после формирования временных зубов эмаль изнашивается и часто отслаивается от режущих краев передних зубов и жевательных поверхностей жевательных зубов.

Обнаженный мягкий дентин быстро истирается

Rg - тонкие корни, пульповая камера изначально большая и подвергается облитерации.

Несовершенный остеогенез - редкое заболевание; избирательное поражение мезенхимы в эмбриональном периоде; аутосомно-доминантный тип, чаще у мальчиков; характеризуется ломкостью костей, голубыми склерами глаз, глухотой и изменением строения костей и зубов. «хрустальные» дети, Патологическая сгораемость временных и постоянных зубов. Облитерация корневых каналов. Цвет зубов серый или желтовато-коричневый, коронки водянисто-прозрачные.

**38. Гипоплазия зубов: классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение.**

**Ответ:** Гипоплазия эмали — порок развития эмали зубов, возникающий при метаболических нарушениях в развивающихся зубах, проявляющийся количественными и качественными изменениями эмали.

Различают два вида гипоплазии эмали: системную и местную.

Системная гипоплазия эмали

Для СГЭ характерно нарушение строения эмали всех зубов или группы зубов, формирующихся в одно время.

Как правило, СГЭ временных зубов отмечают у детей, чьи матери в период беременности перенесли:

- токсикоз второй половины беременности;
- инфекционные заболевания (краснуху, токсоплазмоз, грипп, острые респираторные вирусные инфекции);
- хронический пиелонефрит, хронический холецистит в стадии обострения;
- пороки сердца, нарушение обмена веществ в организме матери, диабет.

Помимо этого, СГЭ временных зубов наблюдают у детей, в анамнезе которых присутствуют:

- недоношенность;
- родовая травма;
- перинатальная энцефалопатия;
- гемолитическая болезнь, связанная с резус-конфликтом;
- искусственное вскармливание;
- гемотрансфузия в первые дни жизни;
- врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы.

Гипоплазия постоянных зубов отражает состояние организма ребенка в первые

годы жизни и развивается при различных заболеваниях, возникших у детей в период формирования и минерализации этих зубов:

- инфекционных заболеваниях;
- гнойно-септических состояниях, пневмонии, бронхите;
- аллергических заболеваниях, нейродермите;
- рахите;
- диспепсических нарушениях, заболеваниях ЖКТ;
- врожденном гипотиреозе;
- гипопаратиреозе;
- хронической почечной недостаточности;
- ДЦП, поражении ЦНС;
- врожденных нарушениях метаболизма;
- гистицинемии, остеопороза;
- железодефицитной анемии;
- синдроме Костелло, синдроме Протея;
- неполноценном питании в первые годы жизни.

СГЭ чаще встречается в области режущего края резцов, клыков и бугров

первых постоянных моляров,

#### Пятнистая форма

- пятна округлой формы, белого, реже желтоватого цвета на вестибулярной, оральной, жевательной поверхностях передней и боковой группы зубов;
- симметричное поражение одноименных зубов;
- границы пятен четкие, поверхность чаще гладкая, блестящая, реже тусклая;
- температурные раздражители не вызывают болезненные ощущения;
- при рентгенологическом исследовании данная форма не выявляется.

#### Бороздчатая форма

- одна или нескольких борозд на вестибулярной поверхности зубов, идущих параллельно режущему краю или окклюзионной поверхности;
- глубина дефекта может быть различной вплоть до отсутствия эмали в области дна борозды и обнажения пигментированного дентина;
- симметричность поражения одноименных зубов;
- видна на рентгенограмме.

#### Эрозивная (чашеобразная) форма

- чашеобразные углубления в эмали округлой или овальной формы различных диаметра и глубины;
- располагаются на одноименных зубах и имеют, как правило, одинаковые размер и форму;
- на дне углублений эмаль истончена, сквозь нее просвечивает дентин желтоватого цвета либо наблюдается аплазия эмали в области дна эрозии;
- дно и стенки дефекта гладкие;
- видна на рентгенограмме.

#### Апластическая форма

- частичное или полное отсутствие эмали.

#### Смешанная форма

- сочетание пятнистой и эрозивной форм.

Зубы Гетчинсона (как правило, резцы верхней и нижней челюстей) имеют бочкообразную форму и полулунные вырезки на режущем крае.

Зубы Фурнье также бочкообразной формы, но полулунная вырезка отсутствует.

Зубы Пфлюгера (обычно первые постоянные моляры) имеют слаборазвитые конвергирующие бугры, при этом коронка зуба принимает конусовидную форму.

#### Местная гипоплазия эмали

Поражение одного, реже двух-трех рядом стоящих зубов. Данная патология возникает в результате нарушения функции амелобластов. Она не связана с общими заболеваниями матери или ребенка, а возникает в результате причины, действующей местно:

- механической травмы зачатка постоянного зуба;
- проникновения в зачаток инфекционного агента.

При данной патологии постоянные зубы прорезываются в положенный срок, но,

как правило, вблизи режущего края или бугра отмечают пятно белого, светложелтого цвета или дефект эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном. Такие зубы получили название «зубы Турнера».

На временных зубах местную гипоплазию не наблюдают.

Диагностика

Анамнез

Необходимо определить:

- Течение антенатального периода развития зубочелюстной системы у плода.
- Патологии беременности, обострение хронических заболеваний, инфекционные заболевания у будущей мамы могут способствовать нарушению функции амелобластов.
- Время появления патологических изменений на зубах.
- Динамику признаков патологии.
- Группу здоровья ребенка.
- Уровень знаний по уходу за полостью рта.
- Характер питания ребенка.

Жалобы:

Характер жалоб зависит от формы гипоплазии эмали и группы зубов, вовлеченных в патологический процесс.

- Жалобы эстетического характера.
- Жалобы на гиперестезию эмали в области гипоплазированных участков (повышенную чувствительность к температурным и химическим раздражителям).
- Жалобы на частое появление у ребенка новых кариозных полостей, быстрое выпадение пломб.

Осмотр полости рта:

Перед обследованием желательно провести профессиональную гигиену полости

рта в целях удаления зубного налета, затрудняющего проведение точной оценки

состояния эмали. Проводят осмотр всех поверхностей зубов, обнаруженные изменения цвета и структуры эмали фиксируют в истории болезни.

Витальное окрашивание пятен проводят в целях дифференциальной диагностики гипоплазии и начального кариеса. Осуществляют с помощью 2% водного раствора метиленового синего. Гипоплазированные пятна не окрашиваются.

### **39. Тактика лечения детей с системной гипоплазией твердых тканей зубов**

**Ответ:** Лечение

Общая патогенетическая терапия

- ребенка следует направлять на консультацию к врачу-педиатр;
- педиатр при необходимости назначает препараты кальция внутрь (Кальцинова, Кальций-Д3 Никомед, Кальций-Сандоз форте и др.) в возрастных дозах.

Местная патогенетическая терапия

Стоматолог рекомендует проводить в домашних условиях аппликации реминерализующих препаратов:

- «Белагеля» с кальцием;
- «Ремогеля»;
- «GC Tooth Moose»;
- ROCS-медикал минералс;
- кальцийсодержащей зубной пасты ежедневно в течение месяца.

Врачом-стоматологом проводятся аппликации фтористых лаков и гелей («Бифлюорид 12», «Флюоридин», «Флюоокаль», «Флюоокаль гель», «Мультифлюорид», «Профилак» и др.) трижды,

ежедневно или через день. Дважды с интервалом 7-10 дней выполняют глубокое

фторирование эмали.

Необходима профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта.

Эстетическое лечение гипоплазированных зубов после завершения формирования зубочелюстной системы.

Отбеливание эмали или эстетическая реставрация гипоплазированных зубов с помощью композитных пломбировочных материалов.

#### **40. Флюороз: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение**

**Ответ:** Флюороз зубов — это заболевание, развивающееся в результате поступления в

организм повышенного количества фтора.

Классификация (В.К. Патрикеева)

- Штриховая — слабо заметные меловидные полоски, локализирующиеся в области перикимат эмали. Чаще поражается вестибулярная поверхность коронок центральных и боковых резцов верхней челюсти, реже — нижней.
- Пятнистая — сопровождается появлением меловидных, реже светложелтых пятен на различных участках коронок всех групп зубов. Эмаль в области пятен гладкая, блестящая.
- Меловидно-крапчатая — отличается многообразием клинических проявлений. Меловидные и пигментированные (светло-коричневые, темно-коричневые) пятна занимают значительную часть коронок всех зубов. Эмаль может быть гладкой и блестящей, но чаще матовая.

Появляются небольшие округлые дефекты эмали — крапинки коричневого

цвета.

- Эрозивная — характеризуется темно-коричневыми пятнами, обширными и глубокими дефектами эмали: эрозиями полигональной формы, выраженной стираемостью эмали вплоть до дентина.
- Деструктивная — сопровождается изменением цвета и формы зубов за счет обширных и глубоких эрозий, интенсивной стираемости эмали и дентина, сколов эмали, переломов коронок зубов.

Классификация (Дин) – сомнительная, очень слабая, слабая, умеренная, тяжелая

Диагностика

Анамнез

Необходимо выяснить:

- время появления патологических изменений на зубах;
- динамику признаков патологии;
- группу здоровья ребенка;
- место проживания ребенка;
- наличие флюороза у родственников, толерантность к фтору;
- правильность выбора средств ухода за полостью рта;
- характер питания ребенка.

Жалобы

Легкие формы флюороза, сопровождающиеся отдельными меловидными пятнышками на эмали, пациентам и их родителям, как правило, проблем не доставляют. Жалобы эстетического характера возникают при тяжелых формах поражения (выраженные изменения цвета эмали, эрозии, деструкция зубных тканей). При тяжелом флюорозе зубов в условиях некачественного ухода за полостью рта в зонах риска (трещинах и углублениях) возникает кариес с соответствующими клинической картиной и жалобами.

Осмотр зубных рядов

- Перед обследованием проводят профессиональную чистку с помощью гигиенической ротационной щетки.
- Зубы слегка высушивают.
- Витальное окрашивание пятна осуществляют с помощью 2% водного раствора метиленового синего. При флюорозе зубов пятна не окрашиваются.

Лечение

Лечение флюороза зубов осуществляют с учетом тяжести клинических поражений, общего состояния организма, возраста и пожеланий пациента.

Медикаментозное лечение

- При пятнистой форме патологии во многих случаях получают удовлетворительные результаты от применения местного и общего реминерализующего лечения.
- При деструктивной форме флюороза (ямках, бороздках, эрозиях) вначале проводят курс общей и местной реминерализации, затем пломбирование

(реставрацию).

Назначение кальцийсодержащих препаратов внутрь осуществляют только после согласования с педиатром.

Экзогенная реминерализующая терапия.

В большинстве случаев лечение длительное и после предварительного обучения

(за 1-2 посещения) его могут проводить родители в домашних условиях.

Продолжительность процедуры — 15-20 мин с трехкратной сменой раствора (по

5-7 мин). Курс лечения — 15-20 процедур. 2-3 раза в год (в зависимости от тяжести флюороза). Более эффективно лечение флюороза зубов с помощью электрофореза реминерализующих растворов, применение которого возможно у

детей старше 10 лет. Лечение проводят курсами из 10 сеансов по 15 мин через день в условиях клиники по стандартной методике 2-3 в год.

Гели:

- «R.O.C.S. Medical Minerals»;
- «Белгель Са/Р»;
- Комплекс «Ремогель».

Немедикаментозное лечение:

- Микроабразия;
- Айкон
- Изготовление виниров;
- Покрытие пораженных зубов искусственными коронками;
- Комбинация методов.

#### **41. Классификация острых травм зубов у детей (Н.И. Чупрыниной и Й. О. Андреасен), основные этапы диагностики**

**Ответ:** Диагностика – основные (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия и т.д.) и дополнительных методов (рентгенография, термо- и одонтодиагностика, трансиллюминация) обследования.

Чупрынина

1. Ушиб зуба:

1.1 с разрывом сосудисто-нервного пучка (СНП);

1.2 без разрыва СНП.

2. Вывих зуба:

2.1 неполный вывих:

2.1.1 с разрывом СНП;

2.1.2 без разрыва СНП;

2.2 полный вывих;

2.3 вколоченный вывих.

3. Перелом зуба.

3.1 перелом коронки зуба:

3.1.1 в пределах эмали (с повреждением СНП, без повреждения СНП);

3.1.2 в пределах дентина (без вскрытия или со вскрытием полости зуба);

3.1.3 отлом коронки зуба;

3.2 перелом корня зуба (продольный, поперечный, косой, со смещением, без смещения).

4. Травма зачатка зуба.

5. Сочетанная травма зуба (вывих и перелом и др.).

Андреасен

1. Ушиб

2. Подвывих

3. Экструзия

4. Латеральный вывих

5. Вколоченный вывих

6. Полный вывих

7. Трещина эмали

8. Перелом в зоне эмали

9. Перелом в зоне эмали и дентина

10. Перелом в зоне эмали, дентина и пульпы

11. Перелом коронки и корня без вовлечения пульпы

12. Перелом коронки и корня с вовлечением пульпы

13. Перелом корня

14. Перелом альвеолярного отростка

**42. Острая травма временных зубов у детей. Переломы коронки и корня.**

**Клиника, диагностика, лечение.**

**Ответ:** Клиника

- жалобы на боли при еде;
- подвижность коронкового фрагмента зуба;
- болезненность при разговоре;
- боль при дотрагивании языком до зуба;
- в случае вскрытия полости зуба отмечают сильные самопроизвольные боли.

Диагностика

- перкуссия болезненна;
- рентгенологическое исследование - Если линия перелома проходит во фронтальной плоскости, то она отчетливо видна на снимке. При наличии перелома в сагиттальной плоскости линию перелома часто не видно (особенно если она захватывает корневой канал), а также нередко невозможно определить глубину поражения твердых тканей зуба;

Лечение

Трещина эмали – профгигиена, ремтерапия

Перелом в зоне эмали – жалобы мб на эстетический дефект. Лечение -

полирование, если острый край, реставрация, если эстетический запрос

Перелом в зоне эмали и дентина – обязательная! реставрация композитом или СИЦ

Перелом в зоне эмали, дентина со вскрытием пульпы – в зависимости от объема вскрытия и времени травмы – прямое покрытие, если до 1 мм, частичная пульпотомия, если до 4 мм, пульпотомия – если более, пульпэктомия – если нет гемостаза или травма была более суток назад

Перелом коронки и корня без вовлечения пульпы – реставрация, если линия перелома на уровне десны, удаление зуба, если - на уровне кости

Перелом коронки и корня с вовлечением пульпы – реставрация + пульпотомия или пульпэктомия, если линия перелома на уровне десны, удаление зуба, если - на уровне кости

Перелом корня – при отсутствии подвижности коронарного фрагмента (перелом в верхней трети корня) лечения не требуется; При переломе корня в средней и нижней трети следует удалить подвижный фрагмент зуба, при этом апикальная

часть корня остается для самостоятельной резорбции.

#### **43. Острая травма временных и постоянных зубов у детей. Ушибы.**

**Этиология, клиника, диагностика, лечение.**

**Ответ:** Ушиб зуба — это закрытая механическая травма зуба, не приводящая к

нарушению его анатомической целостности. Визуально зуб, как правило, выглядит интактно. Из-за отсутствия видимых изменений коронки зуба. также быстрого исчезновения болей, дети редко обращаются с этой патологией к врачу.

Клиническая картина

Жалобы:

- болезненность при откусывании и пережевывании пищи;
- боль при надавливании на зуб;

При ушибе, в первую очередь, повреждается пародонт в результате его сдавления, а также полного или частичного разрыва его волокон.

Диагностика

- незначительная болезненность при перкуссии (80% случаев) и пальпации;
- травмированный зуб не смещен, подвижность его незначительна (15,4% больных);
- рентгенологическая картина при ушибе зуба в пределах возрастной нормы;
- снижение электровозбудимости пульпы объясняется не только ушибом зуба, но и степенью сформированности корня, давностью травмы.

Лечение

- создание для зуба состояния покоя сроком на 3-4 нед, что достигается, прежде всего, исключением из рациона твердой пищи;
- при травме временного зуба сошлифовывают режущий край антагониста

или временно разобщают прикус (каппой, пластинкой);

- при лечении постоянного зуба осуществляют выведение его из окклюзии с помощью различных ортодонтических аппаратов.

Рекомендуется осмотр через 2-3 нед после травмы для оценки цвета и блеска эмали. Если в пульпе развивается асептический некроз, то коронка зуба приобретает сероватый оттенок и эмаль теряет блеск. Такое состояние требует трепанации зуба, удаления некротизированного тяжа пульпы (обычно тяж сероватого цвета не кровоточит), пломбирования канала. Для постоянных зубов

контроль состояния пульпы проводят с помощью ЭОД.

Прогноз

Прогноз чаще благоприятный. Однако в некоторых случаях наблюдаются гибель

пульпы и развитие различных форм пульпита, периодонтита, что требует соответствующего лечения. В целях профилактики осложнений в течение года необходимо 1 раз в 3-4 мес обследовать больного в полном объеме. Следует также предупредить родителей о необходимости посещения врача при появлении жалоб у ребенка.

#### **44. Острая травма постоянных несформированных зубов у детей.**

**Переломы коронки. Этиология, клиника, диагностика, лечение.**

**Ответ:** Перелом коронки — наиболее частая травма постоянных зубов.

Перелом коронки в зоне эмали

Чаще всего встречается в области мезиальных углов центральных резцов.

Клиника

- жалобы на боли отсутствуют;
- возможны неприятные ощущения из-за наличия эрозии, а в некоторых случаях и язвы на слизистой губы;
- жалобы на косметический дефект.

Клинически при осмотре виден дефект коронки зуба в пределах эмали с шероховатыми и неровными краями. Последние часто травмируют слизистую губы, на которой образуются эрозии и язвы.

Диагностика

- при рентгенологическом исследовании изменений в костной ткани и корня зуба нет;
- ЭОД в пределах нормы;
- при трансиллюминационном исследовании травмированного зуба обнаруживают трещины эмали по краям зуба.

Лечение

- сошлифовывание острых краев коронки;
- полирование;
- покрытие плоскости перелома фторидсодержащими препаратами.

В период диспансерного наблюдения при появлении признаков гибели

пульпы

показано эндодонтическое лечение или удаление зуба.

Перелом коронки зуба в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба

Клиника

- жалобы на боли при откусывании жесткой пищи, дотрагивании до зуба;
- реакции на термические и химические раздражители;
- при глубоких переломах может просвечивать пульпа, но полость зуба при этом не вскрыта. Зондирование в таких случаях абсолютно противопоказано.

Объективно отмечают дефект части коронки, а также болезненность при зондировании поверхности зуба в области перелома.

Диагностика

- рентгенологическое исследование позволяет исключить перелом корня, альвеолярного отростка, определить взаимное расположение линии перелома коронки и границ полости зуба;
- при проведении трансиллюминационного метода у детей с постоянными зубами видны образовавшиеся трещины эмали.

Лечение

- в первое посещение необходимо закрыть дентинную рану препаратом с гидроокисью кальция и СИЦ при переломе на уровне глубоких слоев дентина или только стеклоиономером при переломе поверхностных и средних слоев дентина.;

- восстановление анатомической формы коронок;

Необходимо контролировать состояние пульпы зуба (цвет коронки, блеск эмали.

ЭОД для постоянных зубов) через 2-3 нед после травмы. При выявлении осложнений проводят эндодонтическое лечение.

Перелом коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба

Перелом коронки постоянного, реже временного зуба сопровождается обнажением пульпы в одной точке или на большом протяжении.

В точке вскрытия пульпа покрывается фибринозным налетом, далее следуют явления острого воспаления сначала в коронарной части, которые далее постепенно смещаются более апикально. Без лечения в течение нескольких дней

или недель происходят или пролиферация грануляционной ткани в точке вскрытия пульпы или некроз пульпы.

Клиника

В зависимости от формы развивающегося пульпита жалобы ребенка могут быть

разнообразными.

Диагностика

- рентгенография для определения состояния корня травмированного зуба и

периапикальных тканей;

- ЭОД.

Лечение

Лечение перелома коронки с обнажением пульпы зависит от сроков обращения

ребенка к врачу:

- Точечное обнажение пульпы — прямое покрытие пульпы (1 мм) или частичная пульпотомия по Цвеку (1-4 мм);
- Более значительное обнажение пульпы — ампутация пульпы;
- Обнажение пульпы на большом участке и длительное время – пульпэктомия с последующей апексификацией

После витальной ампутации коронковой пульпы восстанавливают коронку постоянного зуба после полного формирования корня с помощью композитных материалов.

Ребенок должен находиться на диспансерном наблюдении. Критериями нормального формирования корня являются:

- формирование физиологической верхушки;
- отсутствие воспалительных изменений вокруг нее;
- уменьшение полости зуба;
- образование дентинного мостика.

Принципы лечения:

Трещина эмали – профгигиена, ремтерапия

Перелом в зоне эмали – жалобы мб на эстетический дефект. Лечение - полирование, если острый край, реставрация, если эстетический запрос

Перелом в зоне эмали и дентина – обязательная! реставрация композитом или СИЦ

Перелом в зоне эмали, дентина со вскрытием пульпы – в зависимости от объема вскрытия, времени травмы и степени сформированности корня – если менее 24 часов назад травма - прямое покрытие, если вскрытие до 1 мм; до 7 дней после травмы, если апекс несформирован - частичная пульпотомия по Цвеку, если объем вскрытия пульпы до 4 мм, пульпотомия – если более 4 мм, пульпэктомия – если нет гемостаза или травма была более 7 дней назад при несформированном апексе + апексификация , и более суток назад – при сформированном

#### **45. Диспансеризация детей с острой травмой постоянных несформированных зубов.**

**Ответ:** Диспансеризация детей, перенесших острую травму зубов, заключается в

динамическом наблюдении за ними, обеспечении их правильного физического

развития в целом и органов полости рта в частности.

Любой вид травмы зубов может привести к осложнениям. Следовательно,

дети, имевшие острые травмы зубов, должны находиться на диспансерном учете. Цель диспансеризации — профилактика, своевременное выявление и лечение осложнений острой травмы зубов, создание условий для нормального развития зубочелюстной системы у детей.

Принципы и сроки диспансерного наблюдения:

После окончания активного лечения травмы пациент наблюдается лечащим врачом в течение первого года каждые 3-4 мес, в дальнейшем — не реже 2 раз в

год. При каждом посещении врач обследует пациента в полном объеме и при необходимости направляет к специалистам смежных специальностей (в зависимости от вида возникающих осложнений).

Критерием снятия пациента с учета при травме постоянного зуба с несформированным корнем считают полное завершение формирования верхушки корня.

Диспансерное наблюдение за пациентом, получившим травму постоянного сформированного зуба, при отсутствии осложнений длится в течение 2 лет. Несмотря на контроль со стороны врача, родителей предупреждают о необходимости посещения в случае появления жалоб ребенка.

#### **46. Хронический катаральный гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.**

**Ответ:** Хронический катаральный гингивит. Клиника катарального гингивита обусловлена морфологическими изменениями, происходящими в эпителии и подлежащей к нему соединительной ткани. В эпителии определяются участки десквамации, отек, признаки паракератоза и акантоза, увеличения кислых гликозаминогликанов и гликогена. В шиповатом слое эпителия, уменьшается содержание белка, резко снижено содержание РНК. В соединительной ткани - хроническое воспаление: отек, гиперемия, стаз, накопление лимфоцитов и плазматических клеток. В структуре основного вещества наблюдаются биохимические сдвиги, свидетельствующие об уменьшении активности окислительно-восстановительных ферментов. Эпителиальное прикрепление при этом не нарушается. Клиника катарального гингивита зависит в значительной степени от его тяжести, связанной со степенью вовлечения десны в патологический процесс. Для гингивита в легкой степени характерно поражение межзубной десны, средней тяжести - межзубной и маргинальной, для тяжелого - поражение всей десны, включая альвеолярную. При хроническом катаральном гингивите легкой степени больные обычно к врачу не обращаются. В дальнейшем больные жалуются на кровоточивость десен при чистке зубов, приеме твердой пищи, чувство жжения, распирания в деснах. Общее состояние больных

не нарушено. При осмотре обнаруживается застойная гиперемия и отек десен, десневой край теряет свой фестончатый контур. При инструментальном обследовании определяется кровоточивость десен, мягкий налет и наличие наддесневого зубного камня. При введении пародонтологического зонда в зубодесневую борозду нарушение целостности зубодесневого соединения нет, зубодесневой карман отсутствует. Симптом кровоточивости положительный. При дополнительных методах обследования определяется положительная проба Шиллера-Писарева. Значение индекса гигиены больше 1,0, РМА - больше "0". На рентгенограмме изменений вершин межзубных перегородок нет. Лечение – профгигиена и обучение индивидуальной гигиене, контроль раз в 3 месяца.

#### **47. Гипертрофический гингивит. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.**

**Ответ:** Этиопатогенез - изменения гормонального фона (юношеский гингивит), прием лекарственных средств (дифенин и др.), заболевания крови (лейкемические ретикулезы). В этиологии локализованного гипертрофического гингивита имеют значение местные факторы: аномалии прикуса (глубокий, открытый, перекрестный), аномалии положения зубов (скученность, сверхкомплектные зубы), дефекты прорезывания.

Морфологически отечная форма гипертрофического гингивита помимо отека эпителия и основного вещества соединительной ткани, увеличения кислых гликозаминогликанов характеризуется расширением и пролиферацией капилляров, что создает увеличение массы десны. Наблюдается обильная и разнообразная клеточная инфильтрация (лейкоциты, плазматические и тучные клетки, лимфоциты). Клинически при отечной форме гипертрофического гингивита больные помимо жалоб на кровоточивость десен при еде, при чистке зубов предъявляют жалобы на косметический дефект, связанный с увеличением объема десны. Гипертрофический гингивит, при котором гипертрофия десны не превышает 1/3 длины коронки зуба называют легким. Гипертрофический гингивит средней тяжести характеризуется более выраженной деформацией десны - до 1/2 коронки зуба, при тяжелой - десна покрывает 2/3 или всю коронку зуба. Объективно отечная форма гипертрофического гингивита характеризуется увеличением десны, глянцево-синюшной поверхностью, кровоточивостью при зондировании зубодесневой борозды, иногда при дотрагивании, образованием ложных зубодесневых карманов.

Эпителиальные прикрепления не нарушены.

Фиброзная форма гипертрофического гингивита морфологически характеризуется ороговением эпителия по типу паракератоза, утолщением его и пролиферацией в глубину соединительной ткани. В строме наблюдается пролиферация фибробластов и огрубение и пролиферация

коллагеновых структур, уплотнение стенок сосудов, редкие очаги воспалительной инфильтрации. Эпителиальное прикрепление не нарушено. Эта форма гингивита в начале заболевания больных обычно не беспокоит. По мере развития (средняя и тяжелая степень) больных беспокоит разрастание десен, косметические дефекты. Объективно выявляется деформация десны, которая имеет бледно-розовый цвет, плотная с бугристой поверхностью. Кровоточивость отсутствует, определяются ложные зубодесневые карманы

#### **48. Язвенный гингивит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.**

**Ответ:** Острый язвенно-некротический гингивит (гингивит Венсана) - это острое воспаление десен, вызываемое в основном особым видом бактерий, называемым *Borrelia vincentii*. Иногда другие анаэробы и спирохеты, такие как *Fusobacterium spp.*, *Selenomonas spp.*, *Prevotella spp.* и *Treponema spp.* наблюдаются в микробиологической культуре. Факторы риска включают плохую гигиену полости рта, стресс, снижение сопротивляемости хозяина и ВИЧ-инфекцию. Пациенты обычно страдают от сильной постоянной боли и зловонного запаха изо рта ввиду конечных продуктов бактериальной реакции, бактериальных токсинов и некроза тканей. Общие системные проявления - субфебрильная лихорадка, лимфаденопатия и недомогание.

Для лечения необходима как местная, так и системная терапия. Первый шаг - это обезболивание и профгигиена (щадящее удаление чешуек для удаления локальных отложений, а также некротических тканей).

Пациентам рекомендуется соблюдать строгий ежедневный режим гигиены полости рта. Окисляющая жидкость для полоскания рта, такая как хлоргексидин, может помочь восстановить микробный баланс. Если при первом осмотре пациента десневые ткани сильно и сильно воспалены, показана антибактериальная терапия. Рекомендовано 250–500 мг пенициллина или эритромицина на дозу в течение пяти дней. Метронидазол подтвержден доказательствами, что помогает быстро устранить острые симптомы.

#### **49. Особенности течения пародонтитов у детей. Классификация. Клиника.**

##### **Диагностика. Лечебная тактика.**

**Ответ:** Пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией

периодонта, костной ткани альвеолы.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострение (в том числе абсцедирование), ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный

Комплексное обследование при болезнях пародонта включает в себя: соби́рание жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни, объективное

исследование стоматологического статуса, использование специальных (гигиенические и пародонтальные индексы, биологические пробы) и дополнительных методов исследования (рентгенологическое исследование, реопародонтография и др.).

Хронический пародонтит легкой/средней степени тяжести

- обучение гигиене полости рта и контроль за гигиеной
- снятие зубных отложений
- противовоспалительная терапия при
- по показаниям – избирательное шлифование, восстановление контактных пунктов, коррекция мягких тканей (пластика предверия, уздечек)
- по показаниям ортодонтическое лечение
- повторные осмотры и профессиональная гигиеническая обработка каждые 3-6 месяцев

Хронический пародонтит тяжелой степени

- обучение гигиене полости рта и неоднократный контроль за гигиеной (первая неделя – каждые 3 дня, далее 1 раз в неделю в течение месяца)
- при наличии условий – обязательное определение чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов к антибиотикам
- местная противовоспалительная терапия при выраженных воспалительных явлениях перед снятием зубных отложений
- при сохранении воспаления - местная и системная антибактериальная терапия
- по показаниям – избирательное шлифование, восстановление контактных пунктов, коррекция мягких тканей (пластика предверия, уздечек)

## **50. Синдромы, проявляющиеся в тканях пародонта у детей. Этиология.**

**Клиника, диагностика, лечение.**

**Ответ:** синдромы Папийон – Лефевра, Иценко – Кушинга, Элерс – Данлоса, Чедиака – Хигаси, Дауна и т.д.

Синдром Папийона – Лефевра – наследственное заболевание, передающееся по аутосомно-рецессивному типу. Связанные с ним генетические нарушения приводят к снижению активности нейтрофилов, уменьшению чувствительности их рецепторов к хемоаттрактантам, увеличению количества циркулирующих НК-клеток, что способствует быстрой генерализованной деструкции костной ткани альвеолярных отростков. Клинически при этом заболевании в тканях пародонта наблюдают ранние признаки воспаления; гистологически – инфильтрацию плазматическими клетками, повышенную активность остеокластов. Обычно к 5-6 годам пациенты теряют все молочные зубы. Прорезывание постоянных зубов проходит нормально, но к 15 годам имеет место полная вторичная адентия. Специфической микрофлоры, характерной только для данного синдрома, не обнаружено (соответствует таковой при хроническом пародонтите).

Синдром Дауна (трисомия по 21 паре хромосом). Частота встречаемости

воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с этим синдромом после 30 лет составляет 100%. Развитие гингивита и пародонтита происходит у них на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта, но тяжесть патологического процесса обусловлена повреждением микроциркуляторного русла, нарушением созревания Т-лимфоцитов и адгезии полиморфно-ядерных лейкоцитов. Есть данные, что у детей с синдромом Дауна, в полости рта повышено содержание *Prevotella melaninogenica*.

Синдром Элерса – Данлоса – группа наследственных заболеваний, поражающих соединительную ткань (коллагенопатии – неполная сборка молекулы коллагена, нестабильность тройной спирали, снижение активности проколлагенпептидазы, нарушения поперечных связей коллагена, гидроксирования лизина, транскрипции или трансляции коллагена). Общие клинические признаки связаны с дефектами коллагеновых белков: гипермобильность суставов (привычные вывихи); повышенная растяжимость кожи; хрупкость тканей (кожи, сосудов, слизистых оболочек). При наличии данного синдрома отмечают выраженную генерализованную деструкцию тканей пародонта и увеличение сроков заживления.

Синдром Чедиака-Хигаси представляет собой редкое, аутосомно-рецессивное первичное иммунодефицитное нарушение, которое включает в себя дефекты фагоцитарных клеток. Синдром вызван мутацией гена *LYST* (регулятор миграции лизосом; также известный как *CHS1*). В нейтрофилах и других клетках (например, меланоцитах, шванновских клетках) формируются огромные лизосомальные гранулы. Аномальные лизосомальные гранулы не могут слиться с фагосомами, поэтому поглощенные бактерии не лизируются. Клинические проявления синдрома Чедиака-Хигаши включают глазокожный альбинизм, восприимчивость к респираторным и другим инфекциям.

Лечение при этих синдромах симптоматическое. Местно проводят профессиональную гигиену; коррекцию индивидуальной гигиены; устранение факторов, способствующих повышенному скоплению зубного налета; устранение факторов, усугубляющих патогенное воздействие микроорганизмов (окклюзионная травма, патология прикрепления мягких тканей в области преддверия); удаляют зубы с неблагоприятным прогнозом; при необходимости – ортопедическое лечение.

Гистиоцитоз X (из клеток Лангерганса) – заболевание связано с патологической пролиферацией гистиоцитов и эозинофилов, вследствие чего возникают очаговые или системные повреждения.

Выделяют три основные формы:

1. Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова).
2. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.

### 3. Болезнь Леттерера – Зиве.

Эозинофильная гранулема – локализованная доброкачественная форма. Чаще поражает детей и подростков, реже – взрослых (20-25 лет). Заболевание может протекать бессимптомно или проявляться незначительной болью, зудом, припухлостью в пораженном участке. Процесс чаще локализуется в плоских костях, поражая череп, нижнюю челюсть. В полости рта наблюдают подвижность 1-2 зубов (чаще моляров), кровоточивость десен, может быть изъязвление десневого края, глубокие пародонтальные карманы (признаки очагового пародонтита в стадии обострения). Иногда процесс носит двухсторонний характер. После выпадения зубов лунка долго не заживает, и процесс может «ползти» дальше. В костной ткани при рентгенологическом исследовании обнаруживают очаги резорбции овальной или округлой формы различной величины (1-4 см) с четкими границами, локализующиеся в области верхушек зубов, угла или ветви нижней челюсти.

Синдром Хенда – Шюллера – Крисчена (диссеминированная хроническая форма) – сопровождается несхарным диабетом, экзофтальмом, повреждением костной ткани.

Синдром Леттерера – Зиве (острая диссеминированная форма) чаще бывает у детей до 3 лет. В развившейся стадии характеризуется высокой температурой, пятнисто-папулезными высыпаниями на коже, увеличением печени и селезенки, лимфаденитом.

Лечение проводят вместе с онкологами и гематологами (используют стероидные препараты; реже – химиотерапию и g-облучение). Местная терапия включает: профессиональную гигиену; коррекцию индивидуальной гигиены; устранение факторов, способствующих повышенному скоплению зубного налета; устранение факторов, усугубляющих патогенное воздействие микроорганизмов (окклюзионная травма, патология прикрепления мягких тканей в области преддверия); хирургическое иссечение патологически измененных тканей; удаление зубов в зоне поражения; ортопедическое лечение.