федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ стоматология» по специальности 31.05.03 «СТОМАТОЛГИЯ»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 «Стоматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 9 от «30» апреля 2021г.

Оренбург

**1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета и экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни

ОПК-2 Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

ОПК-4: Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения

ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач

ОПК-7: Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения

ОПК-10: Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными

ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента

ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний

ПК-3: Способен применять современные методы асептики и антисептики, дезинфекции и стерилизации стоматологических инструментария и оборудования, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений стоматологических организаций, использовать средства индивидуальной защиты для профилактики внутрибольничной инфекции при лечении пациентов

ПК-4 Способен провести по показаниям премедикацию, аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию при лечении стоматологических заболеваний

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых

ПК-7 Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии

ПК-9: Способен выполнять профессиональные профилактические процедуры с использованием современных методов и стоматологических материалов для профилактики стоматологических заболеваний

ПК-10: Способен к ведению санитарно-гигиенического просвещения среди населения, обучению пациентов и медицинских работников с целью предупреждения возникновения (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития

ПК-12: Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Обезболивание в стоматологии**

1. Методы обработки рук врача стоматолога-хирурга.
2. Методы обработки операционного поля на лице и в полости рта.
3. Методы обработки хирургических стоматологических инструментов: дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
4. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание в ЧЛО.
5. Проводниковое обезболивание в ЧЛО. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания.
6. Потенцированное местное обезболивание. Показания, противопоказания к его применению.
7. Причины, клиника, оказание помощи и предупреждение обморока у больных в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники.
8. Причины и клиника лекарственной интоксикации после местной анестезии в челюстно-лицевой области, оказание помощи, профилактика.
9. Причины и клиника аллергической реакции, анафилактического шока у больных после местного обезболивания, оказание помощи, профилактика.

**Модуль 2**. **Оперативные вмешательства в полости рта**

1. Виды швов: узловатый, погружной, косметический, разгружающий.
2. Особенности операций на лице и в полости рта.
3. Показания к удалению зуба.
4. Удаление нижнего третьего большого коренного зуба.
5. Удаление корней зубов нижней челюсти.
6. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, геморрагические диатезы, системные заболевания) к операции удаления зуба.
7. Подготовка больных с иммунодефицитом к удалению зуба.
8. Местные осложнения, возникающие во время удаления зубов.
9. Причины осложнений, возникающих во время удаления зубов.

**Модуль 3**. **Воспалительные заболевания**

1. Методика остановки кровотечения из лунки при удалении зуба; возможные причины.
2. Показания к операциям: резекции верхушки корня, ампутации корня зуба, гемисекции.
3. Методы исследования слюнных желез, контрастная рентгенография.
4. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез.
5. Дифференциальная диагностика острых неспецифических заболеваний слюнных желез.
6. Эпидемический паротит, клиника, диагностика и лечение.
7. Острый неэпидемический паротит, клиника и диагностика.

**Модуль 4. Детская хирургическая стоматология**

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Показания к госпитализации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
3. Классификация врожденных пороков развития лица, расщелины верхней губы и неба.
4. Особенности опухолей у детей.
5. Принципы комплексной реабилитации детей с новообразованиями челюстно-лицевой области.

**Модуль 5**. **Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта**

1. Морфофизиологические основы дентальной имплантации.
2. Классификация дентальных имплантатов.
3. Реабилитация пациентов с помощью дентальных имплантатов
4. Определение понятия остеоинтеграции.
5. Факторы влияющие на остеоинтеграцию.
6. Оптимизация остеоинтеграции.
7. Показания к имплантации.
8. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах.
9. Особенности одноэтапного и двухэтапного подходов к дентальной имплантации.

**Модуль 6. Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей**

1. Классификация заболеваний ВНЧС.
2. Консервативные и хирургические методы лечения анкилозов ВНЧС.
3. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем.
4. Возможности применения ауто-, алло- и имплантации (эксплантации) в различных тканях челюстно-лицевой области.
5. Клинические проявления и хирургические методы лечения нижней прогнатии и ретрогнатии.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Обезболивание в стоматологии**

**Практическое занятие №1**

Тема: Иннервация тканей челюстно-лицевой области. Физиологические механизмы боли и действия местной анестезии. Сбор анамнеза и подготовка пациента к анестезии. Оценка соматического состояния пациента. Психотерапевтическая подготовка пациента с тревожным состоянием незначительной степени. Комфорт для пациента. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Иннервация зубов и тканей челюстно-лицевой области.
2. Физиологические механизмы боли и действия местной анестезии.
3. Сбор анамнеза и подготовка пациента к анестезии.
4. Оценка соматического состояния пациента.
5. Психотерапевтическая подготовка пациента с тревожным состоянием незначительной степени.
6. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 2.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Задача 3.** К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 4.** Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 5.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 6.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 7.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 8.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 9.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 10.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Тестовый контроль:**

1. Иннервация мимических мышц

1)тройничным нервом;

2)лицевым нервом;

3)тройничным и лицевым нервами;

4)ушно-височным и тройничным нервами;

5)лицевым и ушно-височным нервами.

2. Отток лимфы от зубов верхней челюсти происходит в

1)поднижнечелюстные, околоушные, затылочные иподбородочные лимфоузлы;

2)поднижнечелюстные, околоушные, и подбородочныелимфоузлы;

3)поднижнечелюстные и околоушные лимфоузлы;

4)околоушные, затылочные и подбородочные лимфоузлы;

5)поднижнечелюстные и подбородочные лимфоузлы.

3. Где располагается большое небное отверстие

1)в центре небного шва;

2)на небе между центральными резцами;

3)в месте перехода альвеолярного отростка в небо на уровне 15, 25 зубов;

4)в месте перехода альвеолярного отростка в небо на уровне 17, 18, 27,28 зубов кпереди на 5мм от заднего края твердого неба;

5)на уровне 18, 28 зубов вблизи заднего края твердого неба.

4. Назовите поверхности, которые имеет верхняя челюсть

1)передняя, латеральная, глазничная;

2) передняя, латеральная, дно в\ч пазухи, глазничная;

3)передняя, подвисочная, глазничная, носовая;

4)передняя, медиальная, верхняя, латеральная;

5)передняя, задняя, верхняя, медиальная, латеральная.

5. Назовите отростки верхней челюсти

1)скуловой, альвеолярный, лобный;

2)альвеолярный, скуловой, небный;

3)альвеолярный, скуловой, небный, лобный, носовой;

4)альвеолярный, скуловой, небный, лобный;

5)носовой, альвеолярный, скуловой, небный.

6. Какие стенки имеет верхнечелюстная пазуха

1)переднюю, медиальную, нижнюю, орбитальную;

2)заднюю, латеральную, переднюю, медиальную, верхнюю;

3)медиальную, передне-латеральную, задне-латеральную,нижнюю, глазничную;

4)передне-латеральную, заднюю, медиальную, нижнюю,верхнюю;

5)медиальную, верхнюю, передне-латеральную, нижнюю.

7. Из каких образований состоит твердое небо

1)медиальная пластинка вертикального отростка основнойкости, небный отросток в\ч;

2)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости, медиальная пластинка вертикального отросткаосновной кости;

3)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости, сошник;

4) небный отросток в\ч, сошник;

5)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости.

8. Дно полости рта образовано совокупностью мягких тканей, расположенных между

1)слизистой оболочкой подъязычной области и кожей;

2)языком и кожей;

3)языком и челюстно-подъязычной мышцей;

4)языком и подъязычной костью;

5)слизистой оболочкой полости рта и челюстно-подъязычной мышцей.

9. Ветвью какой крупной артерии является подъязычная артерия

1) верхнечелюстной; 2) подчелюстной; 3) лобной;

4)скуловой; 5) носовой.

10. Через какое отверстие на основании черепа выходит верхнечелюстной нерв

1)овальное; 2) круглое; 3) рваное; 4) сфеноидальное; 5) затылочное.

11. Какие ветви 2-ой ветви тройничного нерва отходят от него в крыло-небном участке

1) подглазничный нерв;

2) скуловой, подглазничный, крыло-небные;

3) задние верхние альвеолярные;

4) средняя менингеальная ветвь, подглазничный, скуловой;

5) крыло-небные нервы, задние верхние альвеолярные, подглазничный, скуловой, средняя менингеальная ветвь.

12. Где чаще всего на нижней челюсти располагается ментальное отверстие

1) под клыком; 2) между клыком и первым моляром;

3) под первым моляром; 4) между первым и вторым премолярами;

5) между верхушками корней премоляров.

13. Расспрос больного начинают

1) с анамнеза жизни;

2) анамнеза болезни;

3) осмотра органов и тканей полости рта;

4) рентгенологического исследования;

5) выяснения жалоб.

14. Объективное обследование включает

1) жалобы больного, пальпацию и дополнительные методы;

2) опрос, пальпацию и дополнительные методы;

3) осмотр и дополнительные методы;

4) перкуссию, пальпацию и дополнительные методы;

5) жалобы, осмотр и перкуссию.

15. Перкуссия применяется для определения состояния

1)зуба; 2) зубаи пародонта; 3)зуба и мягких тканей полости рта;

4) пародонта и мягких тканей полости рта; 5) периодонта.

16. Осмотр больного включает: визуальный осмотр, пальпацию, перкуссию и

1) анамнез заболевания; 2) зондирование; 3) жалобы больного;

4) анамнез жизни; 5) оценку сопутствующей патологии

17. Лимфатические узлы в норме

1) пальпируются, болезненны;

2)пальпируются, безболезненны;

3)пальпируются, спаяны с окружающими тканями;

4) не пальпируются;

5) пальпируются, подвижны.

18.Укажите все правильные ответы. Бимануальной пальпацией исследуют

1) альвеолярные отростки; 2) переходную складку; 3)мягкое нёбо;

4) твердое нёбо; 5) подчелюстную область.

19. Укажите все правильные ответы. Определение состояния больного может определиться как

1) хорошее; 2)удовлетворительное; 3) средней тяжести;

4) тяжелое; 5) крайне тяжелое.

20. Укажите все правильные ответы. Конфигурация лица изменяется за счет

1) перелома костей лицевого скелета; 2) отека мягких тканей;

3)инфильтрации мягких тканей; 4)опухоли;

5) ограниченного открывания рта.

21. Укажите все правильные ответы. Обследование полости рта включает осмотр

1) преддверия; 2)собственно полости рта; 3) задней стенки глотки;

4) зубного ряда; 5) угла нижней челюсти.

22. Укажите все правильные ответы. Анамнез жизни включает данные

1) о развитии болезни; 2) вредных привычках; 3) перенесенных заболеваниях;

4) наследственности; 5) профессиональных вредностях.

23. Укажите все правильные ответы. Обследование челюстно-лицевой области включает

1) электрофорез; 2) пальпацию лимфатических узлов;

3) пальпацию мягких тканей и костей лица; 4) пальпацию головки нижней челюсти;

5) рентгенографию.

24. Укажите все правильные ответы. К дополнительным методам исследования относят

1) перкуссию;

2) рентгенографию;

3) клинический анализ крови;

4) определение уровня глюкозы в крови и моче;

5) пальпацию регионарных лимфатических узлов.

25. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

1) I-й; 2) II-й; 3) III-й; 4) IV-й; 5)V-й

26. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

1) I-й4 2) II-й; 3) III-й; 4) IV-й; 5)V-й

27.Ресничный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?

1) первой;

2) второй;

3) третьей.

28.Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой ветвью тройничного нерва?

1) первой;  
2) второй;

3) третьей.

29.1 ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

30.II ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;  
2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

**Проверка практических навыков:**

1. Запись зубной формулы постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения.
2. Оценка вида прикуса и состояния предверия рта у стоматологических пациентов хирургического профиля.
3. Определение глубины пародонтальных карманов градуированным зондом у стоматологических пациентов хирургического профиля.
4. Определение степени подвижности зубов у стоматологических пациентов хирургического профиля.
5. Определение степени подвижности над-, поддесневого зубного камня, выделений из пародонтального кармана у стоматологических пациентов хирургического профиля.
6. Планирование психотерапевтической подготовки пациента к проведению местной анестезии.

**Практическое занятие №2**

Тема: Особенности обследования хирургического стоматологического больного.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
2. Осмотр челюстно-лицевой области (лица, полости рта).
3. Пальпация тканей челюстно-лицевой области.
4. Перкуссия зубов и костей лица.
5. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
6. Понятие «диагноз», виды диагнозов.
7. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
8. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
9. Последовательность заполнения медицинской документации при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 2.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 3.**В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 4.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 5.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 6.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 7.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Задача 9.** На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после про­ведения инфильтрационной анестезии 3,0 мл 2% раствором новокаина с 0,1% раствором адреналина гидрохлорида по поводу лечения пульпита зуба 25 стало резко ухудшатся общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, вы­ступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

**Задача 10.** Родители пациента, 16 лег, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 11.** Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в условиях поликлиники под общим обезболиванием.

1. При выборе вида и способа общего обезболивания, какие особенности обезболивания Вам следует учитывать?

**Задача 12.** Пациентка, 44 лет, явилась на прием с двусторонним полным, перед­ним вывихом височно-нижнечелюстного сустава, произошедшим 3-4 часа назад. За это время уже были две попытки вправления вывиха, но без успеха. Из сопутствующей патологии кроме отмечавшейся ранее аллергической реакции по типу крапивницы на местный анестетик не выявлено.

1. С учетом диагноза и анамнеза, какой вид и способ обезболивания предпочтителен у данной больной?

**Задача 13.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Задача 14.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 15.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 16.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Тестовый контроль:**

1.Количество лимфоцитов в мазке крови здорово­го взрослого человека (на 100 клеток):

1) 5-10%;

2) 10—15%;

3) 20—40%;

4) 40—50%.

2.Количество эозинофилов в мазке крови здоро­вого взрослого человека (на 100 клеток):

1) 0-5%;

2) 5-10%;

3) 10-15%.

3.Количество сегментоядерных нейтрофилов крови здорового взрослого человека (на 100 кле­ток):

1) 20-30%;

2) 30—40%;

3) 45—70%;

4) 70—80%.

4.Количество моноцитов крови здорового взрос­лого человека(на 100 клеток):

1) 0-5%;

2) 3-10%;

3) 10—20%;

4) 20—30%.

5.Количество эритроцитов у здоровых людей (хЮ12 в 1 л) составляет:

1) 2-3;

2) 3-4;

3) 4,5—5;

4) 6-7.

6.Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в хирургической стоматологии:

1) внутриротовая, окклюзионная рентгенография (вприкус);

2) панорамная рентгенография;

3) рентгеноскопия;

4) томография — панорамная томография;

5) ангиография.

7.Рентгенографические методы, применяемые для диагностики онкозаболеваний слюнных желез:

1) ортопантомография;

2) сиалография;

3) лимфография;

4) телерентгенография;

5) электрорентгенография.

8.Какое количество рентгеноконтрастного ве­щества вводится в околоушную железу при сиалографии?:

1) 1 мл;

2) 1,5—2 мл;

3) 3—4,5 мл

9.Какое количество рентгеноконтрастного ве­щества вводится в поднижнечелюстную железу при сиалографии?:

1) 1 мл;

2) 1—1,5 мл;

3) 2—3 мл

10.При острых воспалительных процессах наблю­дается:

1) нейтрофильный сдвиг вправо;

2) нейтрофильный сдвиг влево;

3) эозинофилия;

4) моноцитопения;

5) лимфоцитоз.

11.Водорастворимое вещество для сиалографии:

1) верографин;

2) йодолипол.

12.Водонерастворимое вещество для сиалогра­фии:

1) йодолипол;

2) верографин;

3) кардиотраст;

4) уротраст.

13.При нормальнофункционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

1) 3—5 минут;

2) 10—20 минут;

3) 2—3 часа;

4) 2—3 дня;

5) 2—3 месяца.

14.Нормальнофункционирующая железа пол­ностью освобождается от масляного рентгеноконт­растного вещества через:

1) 3—5 минут;

2) 1 —2 часа;

3) 2—3 дня;

4) более месяца.

15.В функциональном отношении для сиало­графии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества:

1) масляные;

2) водорастворимые.

16.Количество тромбоцитов у здоровых людей (109 в 1 л) составляет:

1) 100-150;

2) 150—180;

3) 200—400.

17. Наиболее объективным методом установления диагноза глубоко расположенной опухоли мягких тканей или костей является:

1) перкуссия;

2) контактная микроскопия;

3) биопсия и морфологическое исследование;

4) тепловизография;

5) компьютерная томография.

18. Сразу после биопсии удаленные ткани должны быть помещены в:

1) физиологический раствор;

2) спирт 70%;

3) спирт 96%;

4) раствор формалина;

5) ответы 1+4.

19. Наиболее эффективный способ диагностики слюнно – каменной болезни с рентгеноконтрастными конкрементами:

1) томография;

2) тепловизография;

3) обзорная рентгенография;

4) сиалография;

5) способ не предложен.

20. Возможные способы верификации диагноза злокачественной опухоли слюнной железы:

1) эксцизионная биопсия;

2) пункционная биопсия;

3) цитологическое исследование осадка слюны;

4) термовизография или компьютерная томография;

5) все вышеперечисленное.

21. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания:

1) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

2) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

3) история болезни заполняется после нормализации состояния

4) история болезни не оформляется

5) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются или история болезни не заполняется.

22. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

23. Как правильно проводить пальпацию:

1) от «здорового» к «больному» участку тела

2) от «больного» к «здоровому» участку тела

3) только в области «больного» участка тела

4) только в области «здорового» участка тела

5) от периферии к центру

24. Бимануальная пальпация применяется:

1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

2) в челюстно – лицевой области не применяется

3) при патологии тканей полости рта

4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

5) только при локализации процесса в щечной области

25. При перкуссии зубов определяется:

1) болевая реакция

2) некроз пульпы

3) перелом коронки зуба

4) перелом корня зуба

5) подвижность зубов

26. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области:

1) при наличии свищей

2) при переломах челюстей

3) при заболеваниях слюнных желез

4) при флегмонах челюстно-лицевой области

5) при периоститах

27. Бужирование применяется:

1) при травматическом остеомиелите нижней челюсти

2) при стенозе выводного протока околоушных желез

3) при стенозе слезоотводящих путей

4) при дакриоцистите

5) при абсцессах

28. Селективная ангиография это:

1) изучение всего бассейна общей сонной артерии

2) изучение бассейна внутренней сонной артерии

3) изучение бассейна наружной сонной артерии

4) антиография бассейна нескольких ветвей наружной сонной ар­терии

5) антиография бассейна одной ветви наружной сонной артерии

29. Томография используется при обследовании следующих орга­нов челюстно-лицевой области:

1) височно-нижнечелюстной сустав

2) придаточные пазухи носа

3) перечисленное выше

4) слюнные железы

5) нижняя челюсть

30. Рентгенокинематография — это:

1) рентгенография на расстоянии

2) рентгенография в положении лежа

3) рентгенография движущихся объектов

4) рентгенография сидя

5) рентгенологическое обследование, при котором источник вво­дится в полость рта

**Проверка практических навыков:**

1. Проведение обследования больного на хирургическом приеме с заболеваниями челюстно-лицевой области (опрос, внешний осмотр, в том числе, пальпация лимфатических узлов, осмотр полости рта, оценка вида прикуса, запись формулы зубов).
2. Демонстрация студентами методики обследования стоматолгических больных хирургического профиля.
3. Уметь выяснять основные жалобы пациента.
4. Уметь собрать анамнез заболевания и жизни больного.
5. Освоить и продемонстрировать методику проведения общеклинического обследования стоматологического больного.
6. Освоить основные принципы отображения тканей зуба на рентгенограммах.
7. Иметь представление о лаборатроных методах исследования (микроскопия, серологическое исследование, диагностика лекарственной аллергии, общий клинический анализ крови, биохимическое исследование крови).

**Практическое занятие №3**

Тема: Организация хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа и В-гепатита.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Помещения хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники и санитарно-гигиенические требования к ним.
2. Штаты хирургического отделения (кабинета) стоматологических поликлиник разных категорий.
3. Хирургический инструментарий в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
4. Оборудование в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
5. Медикаментозные средства в хирургическом отделении стоматологической поликлиники и правила их хранения.
6. Обязанности стоматолога-хирурга.
7. Обязанности медицинской сестры хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники.
8. Обязанности санитарки хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники.
9. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
10. Показатели работы врача стоматолога-хирурга.
11. Пути распространения инфекции в хирургическом стоматологическом кабинете и челюстно-лицевом стационаре.
12. Методы обработки рук врача стоматолога-хирурга.
13. Методы обработки операционного поля на лице и в полости рта.
14. Методы обработки хирургических стоматологических инструментов: дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
15. Хранение стерильных инструментов и материалов в хирургической стоматологической поликлиники.
16. Уборка и дезинфекция помещений хирургического отделения стоматологической поликлиники, обеззараживание воздуха.
17. Методы контроля стерильности инструментов, перевязочного материала, рук врача и операционного поля.
18. Особенности обработки инструментов после приема больных инфицированных ВИЧ-инфекцией и вирусом гепатита.
19. Меры защиты медицинского персонала хирургического стоматологического кабинета от инфицированных.
20. Особенности асептики и антисептики при оказании хирургической стоматологической помощи на дому и в полевых условиях.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 2.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 3.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 4.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 5.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 6.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 7.** Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 8.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Тестовые задания:**

1. Определите минимальное количество ставок хирургов-стоматологов, необходимое для организации отделения:

1) 3 ставки

2) 4 ставки

3) 5 ставок

4)6 ставок

5) не менее 7 ставок

2. Определите правильный режим стерилизации инструментария в суховоздушной камере (шкафу). При температуре:

1) 1000С в течение 90 минут

2) 1500С 80 минут

3) 1800С 60 минут

4) 2500С 60 минут

5) 3000С 45 минут

3. Предельная продолжительность рабочего дня операционного блока, при которой может быть обеспечено поддержание допустимого уровня бактериальной загрязненности воздуха:

1) 2 часа

2) 4 часа

3) 6 часов

4) 8 часов

5) 10 часов

4. Выберите оптимальную концентрацию раствора хлоргексидина для обработки слизистой оболочки полости рта при удалении зуба:

1) 2%

2) 1%

3) 0,5%

4) 0,2%

5) 0,05%

5. Выберите оптимальную концентрацию спиртового раствора хлоргексидина для обработки рук хирурга:

1) 2%

2) 1%

3) 0,5%

4) 0,2%

5) 0,06%

6. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД

2) туберкулез

3) сифилис

4) гепатит

5) актиномикоз

7. Определите минимально-необходимую норму площади для одного рабочего места хирурга-стоматолога:

1) 10 м2

2) 15 м2

3) 18 м2

4) 23 м2

5) не менее 25 м2

8. На какое количество ставок стоматологов выделяется 1 ставка анестезиолога:

1) 10 ставок

2) 15 ставок

3) 20 ставок

4) 25 ставок

5) не менее 30 ставок

9. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

1) анализ интенсивности потока больных по времени

2) нормирование деятельности врачей

3) правильную организацию графика приема врачей

4) четкую работу регистратуры

5) дисциплину персонала

10. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД

2) туберкулез

3) сифилис

4) гепатит

5) актиномикоз

11. Укажите все варианты ответов. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения:

1) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

2) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

3) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартом

4) оценка степени квалификации медицинского персонала

12. Укажите все варианты ответов. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируется за счет:

1) средств местной администрации

2) средств государственных предприятий и учреждений

3) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

4) средств граждан

13. Укажите все варианты ответов. Какие из перечисленных видов медицинского обслуживания детского населения определены Базовой программой обязательного медицинского страхования:

1) диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и лечебных мероприятий

2) организация и проведение профилактических прививок

3) лечение при острых и обострение хронических заболеваний

4) наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы

14. Укажите все варианты ответов. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения

2) сертификат

3) лицензия

4) свидетельство об окончании курсов

15. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам:

1) 5 лет

2) 3 года

3) 7 лет

4) 10 лет

5) 1 год

16. Первичная медицинская статистическая документация необходима:

1) для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости впервые в жизни диагностируемым заболеванием)

2) для оперативного управления ЛПУ

3) для выработки конкретного, обоснованного решения

4) для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

5) для всего перечисленного

17. Укажите все варианты ответов. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся:

1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)

2) показатель систематического наблюдения

3) показатель частоты рецидивов

4) полнота охвата ДН

5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН

18. Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики правильная:

1) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

2) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы чести и долга, совести и достоинства медицинских работников

3) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

4) верно все перечисленное

19. Основную ответственность за клинический диагноз несет:

1) зубной техник

2) помощник стоматолога (сестра)

3) помощник стоматолога, получивший сертификат

4) врач-стоматолог

5) главный врач стоматологической поликлиники

20. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет:

1) зубной техник

2) помощник стоматолога (сестра) с сертификатом

3) помощник стоматолога (сестра) без сертификата

4) зубной гигиенист

5) стоматолог

21. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию:

1) после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта

2) после того, как помощник проверил надписи на лекарствах

3) после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником

4) только по строгому предписанию врача-стоматолога

22. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях Вашему помощнику позволено:

1) самостоятельно рекомендовать лекарство

2) позволить фармацевту

3) записать на бумаге его просьбу

4) отослать пациента к врачу-стоматологу

5) самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

23. На какое количество ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 ставка медсестры?

1) 1 ставка

2) 2 ставки

3) 3 ставки

4) 5 ставок

5) не менее 6

24. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо:

1) записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента

2) объяснить пациенту смысл каждой манипуляции

3) соблюдать конфиденциальность проводимых процедур

4) обсудить финансовые расходы с пациентом

25. На какое количество ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 ставка санитарки?

1) 1 ставка

2) 2 ставки

3) 3 ставки

4) 5 ставок

5) не менее 6 ставок

26. Определите оптимальный режим стерилизации стоматологических инструментов в сухожаровом шкафу:

1) 1000С в течение 45 минут

2) 1200С в течение 50 минут

3) 1400С в течение 55 минут

4) 1500С в течение 60 минут

5) 1800С в течение 60 минут

27. Основным недостатком автоклавирования инструментов является:

1) не уничтожает споры

2) недостаточная очистка инструментов

3) повреждение инструментов, особенно режущих

4) затрата времени

28. Сделайте правильный выбор метода контроля за результатом стерилизации инструментов в сухожаровом шкафу:

1) по определению уровня температуры

2) по определению времени обработки

3) по определению уровня температуры и времени стерилизации

4) термоиндикатором

5) по результатам возникающих осложнений

29. Преимущество электрохирургического метода лечения перед обычным хирургическим:

1) нет необходимости производить обезболивание

2) бескровность операции

3) отсутствие послеоперационных болей

4) бактерицидное действие высокочастотного тока

5) простота техники

30.Вирусный гепатит (вирус В) может быть перенесен:

1) аэробными микроорганизмами

2) слюной

3) кровью

4) мочой

5) верно 2 и 3

**Проверка практических навыков:**

1. Усвоить структуру организацию хирургической стоматологической помощи населению России.
2. Знать оборудование, оснащение, медикаменты в хирургическом отделении, кабинете.
3. Знать мероприятия и принципы, обеспечивающие соблюдение правил асептики и антисептики в хирургическом стоматологическом кабинете.
4. Научиться ведению документации на хирургическом приеме.

**Практическое занятие №4**

Тема: Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания. Виды местного обезболивания. Потенцированное местное обезболивание. Премедикация. Выбор обезболивания и подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваниях и у лиц пожилого возраста.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Медикаментозные средства, обладающие местно-анестезирующим действием. Их физико-химические свойства.
2. Механизм действия местных анестетиков (новокаина, тримекаина, лидокаина, дикаина и др.)
3. Лекарственные формы местных анестетиков, способы применения, разовые дозы. Правила хранения медикаментозных средств для местного обезболивания.
4. Сосудосуживающие средства, применяемые одновременно с местными анестетиками, механизм их действия, высшие разовые дозы, показания к применению.
5. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание в ЧЛО.
6. Проводниковое обезболивание в ЧЛО. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания.
7. Потенцированное местное обезболивание. Показания, противопоказания к его применению.
8. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков.
9. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
10. Показания для применения карпулированных анестетиков.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 2.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 3.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 4.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после про­ведения инфильтрационной анестезии 3,0 мл 2% раствором новокаина с 0,1% раствором адреналина гидрохлорида по поводу лечения пульпита зуба 25 стало резко ухудшатся общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, вы­ступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

**Задача 7.** Родители пациента, 16 лег, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 8.**Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в условиях поликлиники под общим обезболиванием.

1. При выборе вида и способа общего обезболивания, какие особенности обезболивания Вам следует учитывать?

**Задача 9.** Пациентка, 44 лет, явилась на прием с двусторонним полным, перед­ним вывихом височно-нижнечелюстного сустава, произошедшим 3-4 часа назад. За это время уже были две попытки вправления вывиха, но без успеха. Из сопутствующей патологии кроме отмечавшейся ранее аллергической реакции по типу крапивницы на местный анестетик не выявлено.

1. С учетом диагноза и анамнеза, какой вид и способ обезболивания предпочтителен у данной больной?

**Задача 10.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Задача 11.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 12.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 13.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Тестовые задания:**

1. Кто впервые синтезировал новокаин?:

1) A. EinhornиR. Unlfelder;

2) К. Koller;

3) Т. Morris и R. Appleby;

4) J.Sturrock и J.Munn.

2. В каком году синтезирован новокаин?:

1) в 1889 году;

2) в 1900 году;

3) в 1905 году;

4) в 1924 году;

5) в 1931 году.

3. Раствор новокаина легко гидролизуется в какой среде?:

1) кислой;  
2) щелочной;

3) легко в любой среде.

4. Токсичность новокаина при введении в вену уве­личивается?:

1) не увеличивается;

2) увеличивается в 5 раз;

3) увеличивается в 10 раз.

5. Как изменяют артериальное давление растворы новокаина?:

1) не изменяют;

2) понижают;

3) повышают

6. Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина?

1) до 30 мин;

2) около 1 часа;

3) более 2 часов;

4) до 10—12 часов.

7. Препарат, содержащий артикаин:

1) убистезин;

2) наркаин;

3) маркаин;

4) дуракаин;

5) полокаин.

8. Терапевтическая широта тримекаина и ново­каина:

1) одинаковая;

2) у тримекаина шире;

3) у новокаина шире.

9. Для проводниковой анестезии используют ка­кие растворы тримекаина?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3) 5,0%;

4) 10,0%.

10. Лидокаин синтезирован в каких годах:

1) в начале XX века;

2) в 20-хгодах;

3) в 40-хгодах;

4) в 60-х годах.

11. В каких концентрациях лидокаин используется для проводниковой анестезии?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3) 5,0%;

4) 10,0%.

12. В какой процентной концентрации лидокаин ис­пользуется для аппликационной анестезии?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3)5,0%;

4) 10,0%.

13. Mипивакаин—анестетик, относящийся к группе:

1) сложных эфиров;

2) амидов;

3) артикаина гидрохлорид;

4) этиловый эфир.

14. Мепивакаин используется для проводниковой анестезии в виде:

1) 1 % раствора;

2) 2% раствора;

3) 3% раствора;

4) 5% раствора;

5) 10% раствора.

15. Синоним ультракаина:

1) цитанест;

2) септанест;

3) октокаин.

16. Какой из перечисленных анестетиков является самым безопасным?:

1) новокаин;

2) лидокаин;

3) тримекаин;

4) бупивакаин;

5) прилокаин;

6) мепивакаин.

17. Анестезирующая активность бупивакаина во сколько раз выше, чем у новокаина?:

1) в 2—3 раза выше;

2) в 3—4 раза выше;

3) в 4—6 раз выше;

4) в 7—8 раз выше.

18. Длительность действия бупивакаина:

1) до 30 минут;

2) до1 часа;

3) до 2—3 часов;

4) до 5—6 часов;

5) до 12—13 часов.

19. Для проводниковой анестезии используются следующие концентрации растворов бупивакаина:

1) 0,25%;

2) 0,5—1%;

3) 2%;

4) 5%;

5) 10%.

20. Во сколько раз ультракаинтоксичнее новокаина?:

1) в 2 раза;

2) в 3 раза;

3) в 4—5 раз;

4) в 6—8 раз.

21. Ультракаин изменяет ли артериальное давление?:

1) не изменяет;

2) понижает;

3) немного повышает.

22. Для проводниковой анестезии используются какие растворы ультракаина?:

1) 1%;

2) 2%;

3) 3%;

4) 4%;

5) 5%;

6) 10%.

23. Для инфильтрационной анестезии используются какие растворы ультракаина?:

1) 0,25%;

2) 0,5%;

3) 0,75%;

4) 1,0%.

24. Для инфильтрационной анестезии предназначен:

1) ультракаин Д-С;

2) ультракаин А;

3) ультракаин Д-С форте.

25. В какой форме ультракаина содержится в 2 раза большеа дреналина?:

1) ультракаин Д-С;

2) ультракаин А;

3) ультракаин Д-Сфорте.

26. Какой из анестетиков лучше применять у бере­менных?:

1) новокаин;

2) тримекаин;

3) лидокаин;

4) ультракаин;

5) мепивакаин;

6) прокаин.

27. Анестезин синтезирован:

1) в 1890 г.;

2) в 1905 г.;

3) в 1950 г.;

4) в 1960 г.

28. Анестезин используется для:

1) инфильтрационной анестезии;

2) проводниковой анестезии;

3) аппликационной анестезии.

29. Можно ли ультракаин вводить внутривенно?:

1) можно;

2) нельзя.

30. Дикаин используется в виде какого раствора?

1) 0,5%;

2) 1—2%;

3) 3-5%;

4) 6—10%.

**Проверка практических навыков:**

1. Научиться правильному подбору обезболивающего средства у пациентов с сопутствующей патологией.
2. Научиться прогнозировать риск развития осложнений местной анестезии и знать методы их предупреждения и лечения.
3. Усвоить сравнительную характеристику местных анестетиков (новокаин, тримскаин, лидокаин, мепивакаин, артикаин).

**Практическое занятие №5**

Тема: Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Особенности инфильтрационной анестезии при удалении зубов на верхней челюсти.
2. Методика блокирования II ветви тройничного нерва у круглого отверстия.
3. Методика блокирования подглазничного нерва.
4. Методика блокирования носонебного нерва.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Задача 2.** К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 3.** Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 4.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 5.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 6.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 7.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 8.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 9.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 10.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 11.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 12.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 13.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Тестовые задания:**

1. Зона обезболивания при туберальной анестезии:

1) верхние большие коренные зубы

2) верхние и нижние большие коренные зубы

3) верхние большие и менее эффективно малые коренные зубы, слизистая оболочка со стороны преддверия рта

4) все зубы верхней челюсти на стороне выполненной проводниковой анестезии

5) верхние малые коренные зубы и слизистая оболочка твердого неба

2. Зона обезболивания при инфраорбитальной анестезии:

1) верхние большие и малые коренные зубы

2) верхние малые коренные зубы

3) верхние малые коренные зубы, клыки, боковые резцы и слизистая оболочка со стороны преддверия рта

4) боковые резцы, клыки и слизистая оболочка со стороны преддверия рта и твердого неба

5) боковые резцы, клыки и слизистая оболочка со стороны преддверия рта

3. Зона обезболивания при палатинальной анестезии:

1) большие и малые коренные зубы с вовлечением клыка и бокового резца

2) малые коренные зубы и слизистая оболочка твердого неба

3) слизистая оболочка твердого неба

4) ответы 1+3

5) ответы 1+3, слизистая оболочка преддверия рта

4. Зона обезболивания при носо-небной анестезии:

1) центральные, боковые резцы, несколько в меньшей степени клыки, слизистая оболочка передней трети твердого неба

2) клыки, центральные и боковые резцы

3) центральные резцы, слизистая оболочка твердого неба и преддверия рта

4) центральные резцы и слизистая оболочка твердого неба в передней трети

5) центральные и боковые резцы

5. Зона обезболивания при мандибулярной анестезии:

1) от второго большого коренного зуба до бокового нижнего резца

2) слизистая оболочка альвеолярной части язычной стороны, ткани соответствующей половины языка, слизистая оболочка преддверия рта на уровне от 2-го малого коренного зуба до центрального резца

3) большие коренные и малые коренные зубы

4) большие коренные и второй малый коренной зуб

5) ответы 1+2

6. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, диабетом, коронарной недостаточностью, пороком сердца, местным анестетиком выбора является:

1) р-р скандонеста (специальный)

2) р-р скандонеста с норадреналином

3) р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) ультракаин

7. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

8. При проведении инфильтрационной анестезии иглу вводят в ткани:

1) под углом 45 градусов

2) до надкостницы

3) под надкостницу

4) под углом 75 градусов

5) ответы 1+2

9. Проведение инъекции местного анестетика недопустимо:

1) за пределами кабинета, где будет выполняться вмешательство

2) без предварительной оценки состояния больного и оценки фармакотерапевтического и аллергологического анамнеза

3) без предварительной внутрикожной пробы

4) предварительно провести лабораторные иммунологические исследования

5) п.1,п.2

10. Температура анестезирующих средств при проведении местного обезболивания должна быть:

1) не более 35-36 градусов Цельсия

2) приближенной к температуре тела

3) 15-20 градусов Цельсия

4) ответы 1+2

5) 10-15 градусов Цельсия

11. Тройничный нерв является:

1) чувствительным;

2) двигательным;

3) смешанным.

12. К какой ветви тройничного нерва (чувствитель­ной) присоединяются двигательные веточки и де­лают эту ветвь смешанной?:

1) глазничной;

2) верхнечелюстной;

3) нижнечелюстной.

13. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

14. Скуловой нерв II ветви тройничного нерва вхо­дит в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

15. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:

1) лобным нервом;

2) скуловым нервом;

3) подглазничным нервом;

4) нижнечелюстным нервом;

5) язычным нервом.

16. Верхнечелюстной нерв выходит из полости че­репа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шило-сосцевидное отверстие.

17. Нижнечелюстной нерв выходит из полости че­репа через?:

1) овальноеотверстие;

2) шило-сосцевидноеотверстие.

18. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

19. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

20. "Верхнее зубное сплетение" —это:

1) анастомозы слезного и скулового нервов;

2) анастомозы верхних альвеолярных ветвей;

3) анастомозы I, II ветвей тройничного нервов;

4) анастомозы II, III ветвей тройничного нервов.

21.1 ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

22. II ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

23. III ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

24. Лицевой нерв—это какая пара черепно-мозговых нервов?:

1) V пара;

2) VI пара;

3) VII пара;

4) VIII пара;

5) IX пара;

6) X пара.

25. Лицевой нерв является:

1) чувствительным нервом;

2) секреторным нервом;

3) вкусовым нервом;

4) двигательным нервом.

26. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:

1) чувствительные волокна;

2) вкусовые и секреторные волокна;

3) симпатические волокна;

4) парасимпатические волокна.

27.Лицевой нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шило -сосцевидное отверстие;

4) foramen caroticum externum.

28.Инфильтрационная анестезия должна начи­наться с:

1) кожи, подкожной клетчатки, а затем подлежащие мягкие ткани;

2) подлежащих мягких тканей, подкожной клетчатки, а лишь затем вводятся анестетики в кожу.

29.Расстояние от нижнеглазничного края до под­глазничного отверстия у взрослых:

1) 1—2 мм;

2) 4—8 мм;

3) 9—12 мм;

4) 13—20 мм.

30.Как необходимо направлять иглу при прове­дении внеротовой инфраорбитальной анесте­зии?:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

**Проверка практических навыков:**

1. Научиться технике проведения анестезии на верхней челюсти.
2. Научиться правильно выбирать вид анестезии при манипуляциях и вмешастельствах на верхней челюсти.
3. Освоить инфильтрационную анестезию при удалении зубов на верхней челюсти.

**Практическое занятие №6**

Тема: Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методика блокирования большого небного нерва.
2. Методика блокирования верхних задних альвеолярных нервов.
3. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Задача 2.** На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после про­ведения инфильтрационной анестезии 3,0 мл 2% раствором новокаина с 0,1% раствором адреналина гидрохлорида по поводу лечения пульпита зуба 25 стало резко ухудшатся общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, вы­ступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

**Задача 3.** Родители пациента, 16 лег, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 4.** Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в условиях поликлиники под общим обезболиванием.

1. При выборе вида и способа общего обезболивания, какие особенности обезболивания Вам следует учитывать?

**Задача 5.** Пациентка, 44 лет, явилась на прием с двусторонним полным, перед­ним вывихом височно-нижнечелюстного сустава, произошедшим 3-4 часа назад. За это время уже были две попытки вправления вывиха, но без успеха. Из сопутствующей патологии кроме отмечавшейся ранее аллергической реакции по типу крапивницы на местный анестетик не выявлено.

1. С учетом диагноза и анамнеза, какой вид и способ обезболивания предпочтителен у данной больной?

**Задача 6.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Задача 7.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 8.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 9.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Тестовые задания:**

1.Имеются ли внеротовые методы инфраорби­тальной анестезии?:

1) да;

2) нет.

2.Как необходимо направлять иглу при прове­дении внеротовой инфраорбитальной анесте­зии?:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

3.Место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитальной анестезии:

1) место проекции корней верхнего центрального и боко­вого резца;

2) над верхним клыком;

3) над верхним первым и вторым премоляром

4.Зона обезболивания инфраорбитальной анес­тезии:

1) только резцы;

2) резцы и клыки;

3) резцы, клыки и премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;

4) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток иего слизистая оболочка с язычной и нёбной стороны,мягкие ткани подглазничной области.

5.Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне центрального верхнего резца при проведении инфраорбитальной анестезии?:

1) да, вполне;

2) недостаточно эффективно.

6.Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне второго верхнего премоляра при проведение инфраорбитальной анестезии?:

1) да, вполне;

2) недостаточно эффективно.

7.Продвигать иглу при проведении туберальной анестезии необходимо на какую глубину?:

1) до 1,0 см;

2) 1,0—1,5 см;

3) 2,0—2,5 см;

4) 3,0—3,5 см.

8.Зона обезболивания при туберальной анес­тезии:

1) верхние премоляры и моляры, а также соответствую­щий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;

2) верхние моляры и соответствующий участок слизис­той оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной и нёбной стороны;

3) верхние моляры и соответствующий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны.

9.В каком направлении продвигаем иглу при проведении туберальной анестезии?:

1) вверх, кнаружи, назад;

2) вверх, кнаружи, вперед;

3) вверх, внутрь, назад;

4) вверх, внутрь, вперед.

10.Вкол иглы при внутриротовом методе прове­дения туберальной анестезии делают:

1) несколько выше переходной складки;

2) по переходной складке;

3) несколько ниже переходной складки.

11.Целевым пунктом туберальной анестезии является:

1) подглазничный нерв;

2) передние верхние альвеолярные нервы;

3) средние верхние альвеолярные нервы;

4) задние верхние альвеолярные нервы.

12.Место выхода задних верхних альвеолярны нервов находится, на каком расстоянии от щечной стенки лунки верхнего зуба мудрости?:

1) до 0,5 см;

2) 1,0—1,5 см;

3) 2,0—2,5 см;

4) 3,0—3,5 см.

13.Место выхода задних верхних альвеолярных нервов находится на каком расстоянии кзади от скуло-альвеолярного гребня?:

1) до 0,5 см;

2) 0,5—1,0 см;

3) 1,5—2,0 см;

4) 2,5—3,0 см.

14.Верхнее зубное сплетение образовано:

1) передними и средними луночковыми нервами;

2) средними и задними луночковыми нервами;

3) передними, средними и задними луночковыми нер­вами.

15.При проведении обезболивания верхнего зубного сплетения вкол иглы делают в какую часть слизистой оболочки переходной складки?:

1) неподвижную часть;

2) по переходной складке;

3) в подвижную часть или по переходной складке.

16.Вкол иглы при проведении анестезии у верх­него зубного сплетения делают над проекцией вер­хушки корней:

1) бокового резца;

2) клыка;

3) бокового резца и клыка;

4) первого и второго премоляра;

5)резца, клыка, премоляров;

6) бокового резца, клыка, премоляров, реже моляров.

17.Большой нёбный нерв является ветвью:

1) I ветви тройничного нерва;

2) II ветви тройничного нерва;

3) III ветви тройничного нерва;

4) крылонёбного ганглия;

5) ушного ганглия.

18.Для проведения резцовой анестезии необхо­димо обезболить какой нерв?:

1) I ветвь тройничного нерва;

2) II ветвь тройничного нерва;

3) Ill ветвь тройничного нерва;

4) большой нёбный нерв от крылонёбного ганглия;

5) носонёбный нерв от крылонёбного ганглия.

19.Носонёбный нерв является ветвью:

1) тройничного нерва;

2) лицевого нерва;

3) крылонёбного ганглия;

4) ушного ганглия.

20.Носонёбный нерв выходит через:

1) большое нёбное отверстие;

2) малое нёбное отверстие;

3) резцовое отверстие;

4) круглое отверстие;

5) овальное отверстие.

21.Большой нёбный нерв выходит через какое от­верстие?:

1) малое нёбное;

2) большое нёбное;

3) через оба отверстия.

22.Большое нёбное отверстие располагается:

1) латеральнее середины лунки крайнего верхнего моляра;

2) по середине лунки крайнего верхнего моляра;

3) медиальнее лунки крайнего верхнего моляра.

23.На каком расстоянии кпереди от заднего края твердого нёба находится большое нёбное отверс­тие?:

1) 1—2 мм;

2) 2—3 мм;

3) около 5 мм;

4) до 1 см;

5) до 1,5 см.

24.Носонёбный нерв иннервирует слизистую оболочку:

1) заднего отдела твердого нёба в пределах моляров;

2) среднего отдела твердого нёба в пределах премоляров;

3) переднего отдела твердого нёба в пределах резцов и клыка.

25.Расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центральных резцов (по данным С.Н. Вайсблата) у взрослых и детей равно:

1) около 5 мм;

2) около 10 мм;

3) около 15 мм;

4) около 20 мм.

26.Расстояние резцового отверстия от альвео­лярного края между верхними центральными рез­цами у взрослых равно:

1) около 5 мм;

2) около 8 мм;

3) около 12 мм;

4) около 15 мм.

27. При проведении нёбной анестезии иглу сле­дует продвигать:

1) спереди назад, сверху вниз;

2) сзади наперед, сверху вниз;

3) спереди назад, снизу вверх;

4) сзади наперед, снизу вверх.

28. При проведении палатинальной анестезии обязательно ли вводить иглу в костный канал:

1) да, обязательно;

2) нет, не обязательно.

29. При проведении палатинальной анестезии отмечается ли обезболивание мягкого нёба?:

1) да;

2) нет.

30.Расстояние резцового отверстия от альвео­лярного края между верхними центральными рез­цами у детей равно:

1) около 5 мм;

2) около 8 мм;

3) около 12 мм;

4) около 15 мм.

**Проверка практических навыков:**

1. Освоить методику блокирования 2 ветви тройничного нерва у круглого отверстия.
2. Освоить методику блокирования подглазничного нерва.
3. Освоить методику блокирования носонебного нерва.
4. Освоить методику блокирования верхних задних альвеолярных нервов.

**Практическое занятие №7**

Тема:Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методика блокирования нерва у подбородочного отверстия.
2. Методика блокирования нерва у нижнечелюстного отверстия.
3. Методика блокирования щечного и язычного нервов.
4. Обезболивание нижнего альвеолярного нерва и язычного нервов по Егорову.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 2.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Задача 3.** К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 4.** Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 5.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 6.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 7.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 8.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 9.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 10.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Тестовые задания:**

1.У взрослых нижнечелюстное отверстие находится на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров?:

1) выше уровня;

2) соответственно уровню;

3) ниже уровня.

2.У пожилых людей нижнечелюстное отверсты, находится, на каком уровне по отношению к альвеолярному краю нижней челюсти?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на уровне;

3) на 1 см ниже уровня.

3.Нижнечелюстное отверстие прикрыто костным выступом — язычком:

1) спереди и сверху;

2) спереди и снизу;

3) сзади и сверху;

4) сзади и снизу.

4.Проекцию нижнечелюстного отверстия на коз можно найти на середине линии, которая соединяет:

1) ножку противозавитка уха и основание края крыла hoi

2) козелок уха и передний край m.masseter на уровне угла рта;

3) козелок уха и передний край прикрепления m.masse к краю нижней челюсти.

5.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у взрослых?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на 0,5 см выше уровня;

3) соответственно уровню;

4) ниже уровня.

6.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у детей?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на 0,5 см выше уровня;

3) соответственно уровню;

4) ниже уровня.

7.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к альвеолярному краю ниж­ней челюсти у пожилых людей:

1) на 1 см выше края;

2) на уровне края;

3) ниже края.

8. При пальцевом способе внутриротовой манди­булярной анестезии на какую глубину вводят иглу для достижения нижнечелюстного отверстия:

1) 0,5 см;

2) 1—1,5 см;

3) 1,5—2 см;

4) 2,5—3,5 см.

9.При пальцевом способе внутриротовой манди­булярной анестезии "выключаются" какие чувстви­тельные ветви?:

1) нижнелуночковый;

2) язычный;

3) щечный;

4) нижнелуночковый и язычный;

5) нижнелуночковый, язычный и щечный;

6) язычный и щечный.

10.Какой ориентир используют для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по спо­собу М.М. Вейсбрема?:

1) нижнечелюстное возвышение;

2) над вершиной большого позадимолярного треуголь­ника;

3) крыловидно-нижнечелюстная складка;

4) область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;

5) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позади молярную верхнечелюстную область.

11.Для проведения обезболивания щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по пе­реходной складке в области:

1) нижнего зуба мудрости;

2) второго нижнего моляра;

3) между вторым и третьим нижними молярами;

4) первого нижнего моляра;

5) второго нижнего премоляра;

6) второго премоляра и первого нижнего моляра;

7) первого нижнего премоляра.

12.Какой путь не относится к внеротовой манди­булярной анестезии?:

1) подчелюстной;

2) подскуловой;

3) крылонёбный;

4) позадичелюстной;

5) впередичелюстной.

13.Глубина продвижения иглы при внеротовом под­челюстном методе мандибулярной анестезии:

1) до 1 см;

2) 1,5—2 см;

3) 2,5—Зсм;

4) 3,5—4 см.

14.На сколько сантиметров нужно отступить от зад­него края нижней челюсти при проведении внерото­вой подчелюстной мандибулярной анестезии?:

1) 0,5 см;

2) 1 см;

3) 1,5 см;

4) 2 см;

5) 2,5 см.

15.При подскуловом методе мандибулярной ане­стезии Берше предложил проводить вкол иглы:

1) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5—2 см ниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2—2,5 см;

3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3—3,5 см;

4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

16.Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову:

1) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5—2 смниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2—2,5 см;

3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3—3,5 см;

4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

17. Ментальное отверстие находится:

1) под клыком;

2) под первым премоляром;

3) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;

4) между вторым премоляром и первым моляром;

5) между первым и вторым моляром.

18.Иглу при проведении ментальной анестезии следует направлять:

1) снизу вверх, сзади наперед, снаружи внутрь;

2) снизу вверх, спереди назад, снаружи внутрь;

3) сверху вниз, сзади наперед, снаружи внутрь;

4) сверху вниз, спереди назад, снаружи внутрь.

19. Зона обезболивания при мандибулярной анестезии:

1) от второго большого коренного зуба до бокового нижнего резца

2) слизистая оболочка альвеолярной части язычной стороны, ткани соответствующей половины языка, слизистая оболочка преддверия рта на уровне от 2-го малого коренного зуба до центрального резца

3) большие коренные и малые коренные зубы

4) большие коренные и второй малый коренной зуб

5) ответы 1+2

20. Зона обезболивания при торусальной анестезии:

1) большие и малые коренные зубы

2) слизистая оболочка преддверия рта, дна рта и ткани соответствующей половины языка

3) большие и малые коренные зубы, ткани передней трети языка

4) все зубы нижней челюсти на соответствующей стороне и слизистая оболочка щеки

5) ответы 1+2

21. При интралигаментарной анестезии с использованием препаратов ряда артикаина игла вводится в круговую связку:

1) под прямым углом

2) под углом 30 градусов

3) под углом 70 градусов

4) под углом 45 градусов

5) вертикально

22. Количество анестетика артикаина при проведении интралигаментарной анестезии составляет:

1) 0,06 мл

2) 0,6 мл

3) 0,1 мл

4) 0,8 мл

5) до ощущения сопротивления

23. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, диабетом, коронарной недостаточностью, пороком сердца, местным анестетиком выбора является:

1) р-р скандонеста (специальный)

2) р-р скандонеста с норадреналином

3) р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) ультракаин

24. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

25. При проведении инфильтрационной анестезии иглу вводят в ткани:

1) под углом 45 градусов

2) до надкостницы

3) под надкостницу

4) под углом 75 градусов

5) ответы 1+2

26. Применение сосудосуживающих средств:

1) уменьшает токсическое действие местных анестетиков

2) пролонгирует эффект анестетика

3) увеличивает выход медиаторов аллергии

4) вызывает токсические реакции

5) все вышеперечисленное

27. Какой анестетик наиболее часто вызывает аллергические реакции:

1) ультракаин

2) тримекаин

3) лидокаин

4) новокаин

5) дикаин

28. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

1) туберальная

2) мандибулярная

3) торусальная

4) у ментального отверстия

5) ответы 2+3+4

29. Наилучший эффект обезболивания при удалении постоянных больших коренных зубов на нижней челюсти достигается анестезией:

1) инфильтрационной в сочетании с аппликационной

2) аппликационной в сочетании с мандибулярной

3) мандибулярной в сочетании с инфильтрационной и аппликационной

4) торусальной в сочетании с аппликационной

5) инфильтрационной

30. При внеротовом способе мандибулярной анестезии вкол иглы производится:

1) в подчелюстной области

2) в подчелюстной области у угла н\ч

3) в подчелюстной области на расстоянии 1 см кпереди от угла н\ч

4) в подчелюстной области на расстоянии 1,5-2 см кпереди от угла н\ч

5) на 2 см кпереди от козелка уха

**Проверка практических навыков:**

1. Научиться технике проведения анестезии на нижней челюсти.
2. Научиться правильно выбирать вид анестезии при манипуляциях и вмешательствах на нижней челюсти.

**Практическое занятие №8**

Тема: Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методика блокирования нижнечелюстного нерва у овального отверстия.
2. Методика блокирования нижнечелюстного нерва по Берше-Дубову.
3. Методика инфильтрационной анестезии при операциях на нижней челюсти.
4. Блокада нижнечелюстного нерва по Гоу-Гейтсу.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 2.**Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

**Задача 3.**К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 4.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 8.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 9.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 10.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 11.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?
2. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 12.**Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 13.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Тестовые задания:**

1. При анестезии по Берше для снятия контрактуры н\ч иглу следует продвигать на:

1) 1см

2) 2-2,5см

3) 3-3,5см

4) 4-4,5см

5) 5см

2. При анестезии по Бершне в модификации М.Д.Дубова достигается:

1) снятие контрактуры н\ч при воспалительных процессах ЧЛО

2) выключение верхнечелюстного нерва

3) выключение нижнечелюстного нерва

4) выключение нижнелуночкового и верхнечелюстного нервов

5) выключение нижнелуночкового и язычкового нервов

3. Абсолютные показания к общей анестезии в поликлинике:

1) характер стоматологического заболевания

2) тип оперативного вмешательства

3) нервно-психические состояния или наличие аллергии к местным анестетикам

4) характер стоматологического заболевания и тип оперативного вмешательства

5) наличие «фонового» соматического заболевания

4. Особенности проведения наркоза в поликлинике:

1) особенностей по сравнению со стационаром нет

2) осуществляется в положении больного сидя, после операции под наркозом больной самостоятельно покидает поликлинику

3) не применяется интубационный наркоз

4) хорошая управляемость

5) минимальный риск

5. Противопоказания для проведения местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме:

1) наличие сопутствующего заболевания – сахарный диабет

2) непереносимость местного анестетика

3) возраст старше 50-ти лет

4) наличие сопутствующего заболевания – гипертоническая болезнь (систолическое давление крови более 160 мм рт ст)

5) разлитой гнойный очаг в мягких тканях лица

6. С какой целью производится постоянное опрыскивание тканей по мере продвигания иглы во время местного обезболивания:

1) чтобы не поранить сосуд

2) чтобы быстрее наступила анестезия

3) чтобы в ткани не попали микроорганизмы

4) чтобы в шприц не попали микроорганизмы

5) чтобы отслоить надкостницу

7.Укажите все варианты ответов. Проводимость каких нервов выключается при обезболивании по Вайсбрему:

1) щечного

2) язычного

3) нижнеальвеолярного

4) скулового

5) небного

8. Укажите все варианты ответов Проводимость каких нервов выключается при обезболивании у нижнечелюстного отверстия:

1) щечного и небного

2) язычного и щечного

3) нижнеальвеолярного и язычного

4) скулового и щечного

5) небного и скулового

9. При какой анестезии пальцем ощупывают место вкола:

1) щечной

2) язычной

3) мандибулярной

4) резцовой

5) небной

10. Больного 62 лет, страдающего сахарным диабетом, беспокоят постоянно ноющие боли при накусывании на второй премоляр на нижней челюсти слева. Определяется очаг деструкции челюсти. Зуб с очагом инфекции решено удалить. Выберите метод анастезии?

1) инфильтрационную

2) подбородочную

3) щечную

4) язычную

5) мандибулярную

6) интрасептальную

11. Какую анестезию надо сделать больному для удаления резцов на нижней челюсти:

1) подбородочную

2) инфильтрационную

3) язычную

4) мандибулярную

5) щечную

12. В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству под наркозом является обязательным:

1) определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства

2) определение показаний к проведению наркоза

3) обследование пациента

4) консультация анестезиолога

5) все вышеперечисленное

13. Инфильтрационная анестезия наименее эффективна при удалении:

1) верхних моляров

2) верхних премоляров

3) нижнего первого моляра

4) нижнего клыка

5) центральных нижних резцов

14. Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика:

1) 1:2000

2) 1:1000

3) 1:3000

4) 1:5000

5) 1:4000

15. Показаниями к премедикации при проведении вмешательств в клинике хирургической стоматологии являются:

1) сопутствующие заболевания системы кровообращения

2) сопутствующие заболевания органов дыхания

3) выраженный страх перед стоматологическим вмешательством

4) обширность стоматологического вмешательства

5) вегетативные нарушения перед вмешательством

16. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, используемые при премедикации:

1) ненаркотические анальгетики

2) наркотические анальгетики

3) препараты бензодиазепонового ряда

4) нестероидные противоспалительные препараты

5) аналептики

17. Наиболее эффективные способы для снятия психоэмоционального напряжения:

1) установление контакта с больным

2) рефлексотерапия

3) рефлексоанальгезия

4) психо-седативная подготовка

5) стимуляция ЦНС

18. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:

1) местное

2) общее (наркоз)

3) комбинированное

4) нейролептанальгезия

5) акупунктура

19. Общим обезболиванием является:

1) атаралгезия

2) эндотрахеальный наркоз

3) проводниковая анестезия

4) вагосимпатическая блокада

5) инфильтрационная анестезия

20.Общим обезболиванием является:

1)внутривенный наркоз

2) стволовая анестезия

3) спинальная анестезия

4) паранефральная блокада

5) вагосимпатическая блокада

21. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезиивнутриротовым способом является:

1) моляры

2) височный гребешок

3) позадимолярная ямка

4) крыловидночелюстная складка

5) премоляры

22. Штыковидными щипцами удаляют:

1) резцы нижней челюсти

2) моляры верхней челюсти

3) премоляры нижней челюсти

4) 3-и моляры нижней челюсти

5) корни и премоляры верхней челюсти

23. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1) резцы нижней челюсти

2) моляры нижней челюсти

3) премоляры верхней челюсти  
4) 3-и моляры верхней челюсти  
5) корни зубов нижней челюсти

24.Во сколько раз ультракаин по силе обезболива­ния эффективнее новокаина?:

1) не эффективнее;

2) в 2 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

25.Во сколько раз обезболивающий эффект ультра­каина выраженнее, чем у тримекаина?:

1) не эффективнее;

2) в 1,5—2 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

26.Во сколько раз обезболивающий эффект ультракаина сильнее, чем у лидокаина?:

1) не эффективнее;

2) в 2—3 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

27.Полноценное обезболивание при использова­нии ультракаина наступает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

28.Полноценное обезболивание от новокаина нас­тупает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

29.Полноценное обезболивание при использова­нии тримекаина наступает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

30.Полноценное обезболивание от лидокаина нас­тупает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

**Проверка практических навыков:**

1. Освоить методику блокирования нерва у подбородочного отверстия.
2. Освоить методику блокирования нерва у нижнечелюстного отверстия.
3. Освоить методику блокирования щечного и язычного нервов.
4. Освоить методику блокирования нижнечелюстного нерва у овального отверстия.
5. Освоить методику блокирования нерва по Берше-Дубову.

**Практическое занятие №9**

Тема: Местные осложнения при местном обезболивании. Причины, диагностика, лечение, профилактика.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Местные осложнения при проведении инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
2. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на верхней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
3. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 2.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 3.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 4.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Задача 6.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 7.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 8.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Задача 9.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 10.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Задача 12.** На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после про­ведения инфильтрационной анестезии 3,0 мл 2% раствором новокаина с 0,1% раствором адреналина гидрохлорида по поводу лечения пульпита зуба 25 стало резко ухудшатся общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, вы­ступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

**Задача 13.** Родители пациента, 16 лег, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 14.** Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в условиях поликлиники под общим обезболиванием.

1. При выборе вида и способа общего обезболивания, какие особенности обезболивания Вам следует учитывать?

**Задача 15.** Пациентка, 44 лет, явилась на прием с двусторонним полным, перед­ним вывихом височно-нижнечелюстного сустава, произошедшим 3-4 часа назад. За это время уже были две попытки вправления вывиха, но без успеха. Из сопутствующей патологии кроме отмечавшейся ранее аллергической реакции по типу крапивницы на местный анестетик не выявлено.

1. С учетом диагноза и анамнеза, какой вид и способ обезболивания предпочтителен у данной больной?

**Тестовые задания:**

1. Размеры гематомы не зависят от:

1) диаметра сосуда;

2) типа сосуда (артерия или вена);

3) давления в сосуде;

4) свертывающей системы;

5) эластичности и структуры мягких тканей;

6) реактивности организма больного.

2. В первые часы после образования гематомы больному назначают:

1) сухое тепло, согревающие компрессы;

2) холод (лед);

3) УВЧ.СВЧ;

4) препараты гидрокортизона.

3. Когда производят вскрытие постинъекционной гематомы?:

1) всегда;

2) при нагноении или инкапсулировании;

3) только при обширных гематомах.

4. Невралгии возникают при повреждении каких нервов?:

1) двигательных;

2) чувствительных;

3) вкусовых;

4) секреторных.

5. Ишемия кожи возникает в результате действия:

1) определенного вида анестетика;

2) аллергической реакции;

3) вазоконстрикторов.

6. Ишемия кожи требует лечения?:

1) да;

2) нет.

7. Функциональные парезы мимической муску­латуры лица проходят через:

1) 2—3 месяца;

2) 2—3 дня;

3) 2—3 часа;

4) после прекращения действия анестетика.

8. Неврит — это:

1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоэстезией в зоне его иннервации;

2) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации.

9. Невралгия характеризуется:

1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоэсте-зией в зоне его иннервации;

2) повреждение нерва с выпадением функции в зонеиннервации.

10. Диплопия возникает при проведении:

1) туберальной анестезии;

2) мандибулярной анестезии;

3) ментальной анестезии;

4) инфраорбитальной анестезии;

5) анестезии у овального отверстия.

11. Обязательно ли проводить рентгенологичес­кие исследования, если произошла поломка инъек­ционной иглы и ее конец не выступает из мягких тканей?:

1) нет;

2) да;

3) иногда, по желанию врача;

4) иногда, по желанию больного.

12. Инкапсуляция поломанной иглы происходит в сроки:

1) 1—2 дня;

2) 4—7 дней;

3) 8—10 дней;

4) 12—14дней.

13. Удалять инородное тело (глубоко расположен­ную поломанную иглу) возможно в сроки не ранее:

1) 1—2 дня;

2) 4—7 дней;

3) двух недель.

14. Выберите 1 правильный ответ. Местное осложнение после проведения проводникового обез­боливания:

1) неврит

2) невралгия

3) вазопатия

4) кровотечение из лунки

5) потеря зрения

15. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

16. Через 1 минуту после введения анестетика у пациента появилось головокружение, ощущение удушья, пульс слабого наполнения, снижение артериального давления, редкое поверхностное дыхание. Зрачки сужены. Клиническая картина соответствует:

1) кардиогенному шоку

2) анафилактическому шоку

3) обмороку

4) сердечной астме

5) гипертоническому кризу

17. Прикусывание губы и ожоги в полости рта горячей пищей вероятнее всего обусловлены:

1) привычкой принимать горячую пищу

2) перенесенным ишемическим инсультом

3) нарушением чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного и язычного нервов после эндоневрального введения анестетика при удалении зуба на нижней челюсти

4) постинекционной гематомой

5) затрудненным прорезыванием зуба мудрости

18. Постинъекционные некрозы:

1) чаще возникают на твердом небе

2) чаще возникают в области крыловидно-челюстной складки

3) в результате введения новокаина

4) в результате любого анестетика

5) п.1, п3

19. При переломе инъекционной иглы в амбулаторной практике тактика хирурга предусматривает:

1) извлечение иглы глазным магнитом

2) извлечение иглы широким оперативным доступом

3) госпитализация пациента

4) рентгендиагностика

5) п.1, п.4

20. Повреждение какого кровеносного сосуда приводит к гематоме при проведении туберальной анестезии:

1) лицевой артерии

2) лицевой вены

3) верхнечелюстной артерии

4) верхнечелюстной вены

5) венозного сплетения крыло-небной ямки

21. После анестезии у нижнеглазничного отверстия возникла диплопия. Ваши действия по отношению к больному:

1) наблюдение за больным до нормализации зрения

2) разрез по переходной складке слизистой оболочки с целью оттока анестетика

3) немедленная госпитализация больного

4) назначение физиотерапии

22. При возникновении гематомы после проведения инъекции в первые сутки необходимо:

1) приложить лед на место образования гематомы

2) подействовать сухим теплом

3) наложить водочный компресс

4) немедленно начать УВЧ-терапию

5) дренировать гематому

23. Действия амбулаторного хирурга-стоматолога при поломке иглы и попадании ее в мягкие ткани ЧЛО:

1) попытаться извлечь иглу зажимом через дополнительный разрез

2) сделать разрез тканей в надежде, что «потом игла сама выйдет»

3) госпитализация больного в отделение челюстно-лицевой хирургии

4) попытаться извлечь иглу магнитом

5) сделать дополнительный разрез тканей и применить магнит

24. Длительная контрактура нижней челюсти, потеря чувствительности, невралгические боли характерны для:

1) быстрого введения анестетика в ткани

2) проведения обезболивания инактивированным анестетиком

3) введения другого вещества вместо анестетика

4) ранения нервного ствола при проведении выключения нижнечелюстного нерва

5) поломка иглы при проведении обезболивания к нижнечелюстному отверстию

25. С какой целью производится постоянное опрыскивание тканей по мере продвигания иглы во время местного обезболивания:

1) чтобы не поранить сосуд

2) чтобы быстрее наступила анестезия

3) чтобы в ткани не попали микроорганизмы

4) чтобы в шприц не попали микроорганизмы

5) чтобы отслоить надкостницу

26. При введении обезболивающего раствора не следует вводить его под надкостницу, так как в этих случаях:

1) наступает длительная ишемия тканей

2) происходит ранение сосудов и развивается гематома

3) раствор быстро попадает в кровеносное русло

4) в результате отслоения надкостницы возможно наступление послеинъекционных болей

5) может сломаться инъекционная игла

27. Каковы осложнения при туберальной анестезии:

1) полом иглы

2) образование гематомы

3) неврит

4) птоз век

5) пункция верхнечелюстной пазухи

28. При несоблюдении аспирационной пробы во время введения иглы в ткани при местном обезболивании происходит:

1) полом иглы

2) отлом коронки зуба

3) ишемия участка мягких тканей

4) анафилактическая реакция

5) образование гематомы в следствии ранения сосудов

29. Больного 62 лет, страдающего сахарным диабетом, беспокоят постоянно ноющие боли при накусывании на второй премоляр на нижней челюсти слева. Определяется очаг деструкции челюсти. Зуб с очагом инфекции решено удалить. Выберите два вида анастезии:

1) инфильтрационную

2) подбородочную

3) щечную

4) язычную

5) мандибулярную

6) интрасептальную

30. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

1) цианозом

2) сонливостью

3) судорогами

4) тошнотой и рвотой

5) все вышеперечисленное

**Проверка практических навыков:**

1. Знать местные осложнения при проведении местной анестезии, их причины.
2. Усвоить принципы оказания помощи при местных осложнениях и способы их профилактики.
3. Знать профилактику развития местных осложнений.

**Практическое занятие №10**

Тема: Общие осложнения при местном обезболивании. Причины, диагностика, лечение, профилактика.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Причины, клиника, оказание помощи и предупреждение обморока у больных в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники.
2. Причины и клиника лекарственной интоксикации после местной анестезии в челюстно-лицевой области, оказание помощи, профилактика.
3. Причины и клиника аллергической реакции, анафилактического шока у больных после местного обезболивания, оказание помощи, профилактика.
4. Причины, клиника гипертонического криза у больных после местного обезболивания в челюстно-лицевой области, оказание помощи, профилактика.
5. Причины и клиника острого нарушения кровообращения после местного обезболивания, оказание помощи, профилактика.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 2.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 3.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 4.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 5.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 6.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 7.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 8.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 9.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Тестовые задания:**

1. Через 1 минуту после введения анестетика у пациента появилось головокружение, ощущение удушья, пульс слабого наполнения, снижение артериального давления, редкое поверхностное дыхание. Зрачки сужены. Клиническая картина соответствует:

1) кардиогенному шоку

2) анафилактическому шоку

3) обмороку

4) сердечной астме

5) гипертоническому кризу

2. Потеря сознания, частый пульс малого наполнения, снижение артериального давления, удушье, расширение зрачков являются характерными признаками:

1) анафилактического шока   
2) кардиогенного шока

3) коллапса

4) сердечной астмы

5) обморока

3. Первую степень риска анафилактического шока имеют больные, в анамнезе которых:

1) отрицание лекарственной аллергии, но имеются инфекционно-аллергические заболевания, обостряющиеся при приеме отдельных пищевых продуктов и использовании веществ бытовой химии

2) имеются данные о легких аллергических реакциях к отдельным веществам бытовой химии и пищевым продуктам

3) имеется отягощенный фармакотерапевтический анамнез

4) п.2, п.3

4. Результатом чего является развитие обморочного состояния после анестетика:

1) ишемии миокарда

2) развития гипотонии

3) повышения артериального давления крови

4) сокращения пульсового давления

5) гипоксии головного мозга

5. Побледнение кожи и видимости слизистой характерно для:

1) обморока

2) анафилактического шока

3) аллергической реакции на анестетик

4) коллапса

5) гипертонического криза

6. Гиперемия кожных покровов и видимой слизистой оболочки полости рта характерна для:

1) коллапса

2) аллергической реакции

3) обморока

4) анафилактического шока

5) бронхиальной астмы

7. Для обморока характерны признаки:

1) гиперемия кожи лица

2) потеря сознания

3) редкий пульс

4) частый пульс

5) узкий зрачок

6) широкий зрачок

8. Для начальной стадии анафилактического шока характерны признаки:

1) появление сыпи

2) затрудненное дыхание

3) потеря сознания

4) гиперемия кожи лица

5) возбуждение, беспокойство

9. Укажите клинические признаки характерные для А-обморока, В- анафилактического шока

1) потеря сознания

2) частый пульс

3) редкий пульс

4) побледнение кожи лица

5) цианоз

6) затрудненное, учащенное дыхание

10. Выберите все клинические признаки характерные для: А- аллергическая реакция, В острая сердечно-сосудистая недостаточность.

1) бледность кожи лица

2) гиперемия кожи лица

3) отек губ, век

4) беспокойство, возбуждение

5) дыхание замедленное

6) сознание затруднено

7) сознание спутанное

8) дыхание учащенное

11.Выберите все клинические признаки характерные для: А- обморок, В- сердечно-сосудистый коллапс

1) потеря сознания

2) сознание сохранено

3) бледность кожи лица

4) частый пульс

5) редкий пульс

6) широкий зрачок

7) дыхание поверхностное, глубокое

12. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является  
1) обморок   
2) гематома   
3) контрактура

13. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика  
1) тризм   
2) двигательное возбуждение, судороги   
3)гиперемия в области введения анестетика

14. При передозировке адреналина больному необходимо ввести  
1) внутривенно 1 мл атропина   
2) внутривенно 1 мл мезатона   
3)внутримышечно 1 мл норадреналина   
  
15. Во время коллапса сознание  
1) сохранено   
2)не сохранено   
  
16. Коллапс - это  
1)аллергическая реакция на антиген   
2)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса   
3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания 

17. Во время коллапса кожные покровы  
1)сухие, бледные   
2) влажные, бледные   
3) сухие, гиперемированные   
4) влажные, гиперемированные 

18. Пульс во время коллапса  
1) частый, нитевидный   
2) нитевидный, редкий   
3) частый, хорошего наполнения   
4) редкий, хорошего наполнения 

19. Артериальное давление во время коллапса  
1) повышено   
2) понижено 

20. Дыхание во время коллапса  
1) глубокое   
2) поверхностное 

21. Анафилактический шок - это  
1)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса   
2) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген   
3)проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания 

22. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется  
1) стоматологом   
2) средним медицинским персоналом   
3) врачами специализированной службы   
  
23. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца  
1) 30   
2) 60   
3)90   
  
24. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются  
1) на эпигастрии   
2) на нижней трети грудины   
3) на средней трети грудины 

25. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида  
1) 1%   
2) 10%   
3) 0.1%

26. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят  
1) синусит   
2) альвеолит   
3) остеомиелит   
4) анафилактический шок

27. Общим осложнением при обезболивании является:

1) кровотечение

2) контрактура

3) обморок

4) некроз

5) гематома

28. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

1) внутривенно 1 мл атропина

2) внутривенно 1 мл мезатона

3) внутримышечно 1 мл норадреналина

4) внутримышечно баралгин

5) внутривенно героин

29. Коллапс - это:

1) аллергическая реакция на антиген

2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

30. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные

2) влажные, бледные

3) сухие, гиперемированные

4) влажные, гиперемированные

5) нормальные

**Проверка практических навыков:**

1. Знать классификацию общих осложнений связанных с проведением местной анестезии.
2. Уметь оказать первую врачебную помощь при развитии общих осложнений.

**Практическое занятие №11**

Тема: Общее обезболивание. Показания и особенности проведения общего обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Осложнения наркоза.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Премедикация при проведении обезболивания в амбулаторных условиях.
2. Особенности общего обезболивания при операциях на лице и в полости рта.
3. Показания к общему обезболиванию в стоматологической поликлинике и стационаре.
4. Лекарственные средства для масочного, эндотрахеального, внутривенного и внутримышечного наркоза.
5. Подготовка больного к общему обезболиванию.
6. Наблюдение за больным после общего обезболивания.
7. Осложнения наркоза.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 2.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 3.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 4.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 5.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 6.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 7.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Задача 9.** На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после про­ведения инфильтрационной анестезии 3,0 мл 2% раствором новокаина с 0,1% раствором адреналина гидрохлорида по поводу лечения пульпита зуба 25 стало резко ухудшатся общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, вы­ступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

**Задача 10.** Родители пациента, 16 лег, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 11.** Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в условиях поликлиники под общим обезболиванием.

1. При выборе вида и способа общего обезболивания, какие особенности обезболивания Вам следует учитывать?

**Задача 12.** Пациентка, 44 лет, явилась на прием с двусторонним полным, перед­ним вывихом височно-нижнечелюстного сустава, произошедшим 3-4 часа назад. За это время уже были две попытки вправления вывиха, но без успеха. Из сопутствующей патологии кроме отмечавшейся ранее аллергической реакции по типу крапивницы на местный анестетик не выявлено.

1. С учетом диагноза и анамнеза, какой вид и способ обезболивания предпочтителен у данной больной?

**Задача 13.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Задача 14.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 15.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 16.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Тестовые задания:**

1.К видам общего обезболивания относят:

1) внутрипульпарное

2) спонгиозное

3) нейролептаналгезию

4) интралигаментарное

5) проводниковое

2. При общем обезболивании происходит:

1) обратимое торможение ЦНС

2) необратимое торможение ЦНС

3) блокада периферических нервных рецепторов

4) блокада основного нервного ствола

5) возбуждение ЦНС

3. Для премедикации применяют препараты:

1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества

2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества

3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики

4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества

5) анальгетики + антибиотики

4. Укажите, правильную комбинацию ответов. Эндотрахеальный наркоз применяется при ...

1) оперативных вмешательствах у детей раннего возраста; 2) операциях у психически неуравновешенных или душевнобольных; 3) обширных операциях; 4) отказе больного от операции под местной анестезией; 5) выраженных рубцах в зоне операции.

1) все ответы верны;

2) все ответы не правильны;

3) 1, 2, 3;

4) 3, 4, 5;

5. Укажите, правильную комбинацию ответов.При определении риска проведения наркоза учитывают: 1) возраст больного; 2) пол больного; 3) тяжесть операции; 4) характер основного заболевания; 5) опыт хирурга.

1) все ответы верны;

2) все ответы не правильны;

3) 1, 2, 3;

4) 3, 4, 5;

5) 1, 3, 4.

6. Укажите, правильную комбинацию ответов.Современные газообразные ингаляционные анестетики: 1) закись азота; 2) фторотан; 3) трилен; 4) эфир; 5) ксенон.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

7. Укажите, правильную комбинацию ответов. Газообразные вещества подаются в аппарат ингаляционного наркоза под давлением:

1) 1-2 атм.;

2) 4 – 4.5 атм.;

3) 10-15 атм.;

4) 50-100 атм.;

5) > 100 атм.

8. Баллон с закисью азота окрашен в цвет:

1) голубой;

2) серый;

3) красный;

4) черный;

5) белый.

9. Инструмент, с помощью которого проводят интубацию трахеи:

1) ларингоскоп;

2) лапароскоп;

3) эзофагоскоп;

4) бронхоскоп;

5) гастроскоп.

10. При эндотрахеальном наркозе интубационная трубка должна находиться:

1) над бифуркацией трахеи;

2) в правом главном бронхе;

3) в левом главном бронхе;

4) над голосовыми связками.

11. Укажите, правильную комбинацию ответов. Возможные осложнения при интубации трахеи:1) повреждения зубов клинком ларингоскопа; 2) повреждение голосовых связок; 3) введение интубационной трубки в пищевод; 4) введение интубационной трубки в правый главный бронх; 5) гипоксия при длительной интубации трахеи.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

12. Укажите, правильную комбинацию ответов. Виды общего обезболивания: 1) ингаляционный наркоз; 2) общая внутривенная анестезия; 3) регионарная внутривенная анестезия;4) комбинированная (многокомпонентная) общая анестезия; 5) спинальная анестезия.

1) 1,2,5;

2) 1,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

13. Укажите, правильную комбинацию ответов. Аппаратно-масочный наркоз применяют при операциях: 1) на органах грудной полости; 2) ортопедических; 3) вскрытия поверхностных гнойников; 4) на органах брюшной полости; 5) небольших по объему и травматичности.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

14. Укажите, правильную комбинацию ответов. Показания к применению ларингеальных масок:1) рутинные и экстренные анестезиологические пособия у пациентов с пустым желудком;  2) альтернатива эндотрахеальной интубации; 3) в ситуациях трудной или невозможной интубации трахеи; 4) альтернатива тотальной внутривенной анестезии; 5) после повторной неудачной попытки эндотрахеальной интубации.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

15. Укажите, правильную комбинацию ответов. Преимущества эндотрахеального наркоза: 1) обеспечение свободной проходимости дыхательных путей при нахождении больного на операционном столе в любой позиции; 2) не требуется миорелаксация; 3) исключается заброс содержимого желудка в трахею; 4) обеспечение оптимальных условий для искусственной вентиляции легких; 5) нет опасности гиперкапнии.

1) 1,2,5;

2) 1,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

16. Укажите, правильную комбинацию ответов.Премедикация позволяет достигнуть: 1) подавление психоэмоциональных реакций; 2) подавление нежелательных рефлекторных реакций со сторо­ны блуждающего нерва на сердце; 3) уменьшения секреции бронхиальных желез; 4) усиления действия анестетиков; 5) снижение риска развития бронхоспазма.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

17. Укажите, правильную комбинацию ответов. Премедикация у плановых больных проводится: 1) вечером накануне операции; 2) за 30 – 40 мин до операции; 3) на операционном столе; 4) во время операции; 5) после завершения операции.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

18. Укажите, правильную комбинацию ответов. За сутки до операции с целью премедикации больному назначают: 1) транквилизаторы; 2) снотворное на ночь; 3) атропин; 4) антигистаминные препараты; 5) наркотические аналгетики.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

19. Укажите, правильную комбинацию ответов.У экстренных больных премедикация может проводиться: 1) на операционном столе; 2) за 40 минут до операции; 3)за 1-2 часа до операции; 4) за 3 часа до операции; 5) по ходу операции.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

20. Укажите, правильную комбинацию ответов. Перед операцией с целью премедикации вводят: 1) транквилизаторы; 2) снотворные; 3) антигистаминные препараты; 4) атропин; 5) промедол.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 4,5;

5) 2,4.

21. Укажите, правильную комбинацию ответов.Для внутривенного наркоза используют: 1) тиопентал натрия; 2)новокаин; 3) пропофол; 4) промедол; 5) кетамин.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

22. Период пробуждения при дачи наркоза начинается после:

1) просыпания больного;

2) наложения кожных швов;

3) окончания операции;

4) прекращения подачи анестетика, мышечных релаксантов, анальгетиков;

23. Укажите, правильную комбинацию ответов.В анестезиологической карте фиксируют: 1) показа­тели гемодинамики; 2) параметры ИВЛ; 3) вводимые препараты; 4)эта­пы операции; 5) осложнения операции и наркоза.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

24. Укажите, правильную комбинацию ответов. Особенности общей тотальной внутривенной анестезии: 1) быстрое введение в наркоз; 2) кратковременность анестезии; 3) трудности контроля глубины наркоза; 4)миорелаксация; 5) кумулятивное действие анестетиков.

1) 1,2,5;

2) 2,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

25. Накануне плановой операции под наркозом независимо от характера заболевания больному выполняют:

1) очистительную клизму;

2) промывание желудка;

3) постановку кровоотсосных банок;

4) катетеризацию мочевого пузыря;

5) ингаляции с антисептиками.

26. Укажите, правильную комбинацию ответов.Для введения в эндотрахеальный наркоз используют: 1) барбитураты; 2) закись азота; 3) кетамин; 4) эфир; 5) севофлуран.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны

27. Укажите, правильную комбинацию ответов.Искусственная вентиляция легких осуществляется при проведении наркоза: 1) аппаратно – масочного; 2) эндотрахеального; 3) внутривенного; 4) эндобронхиального; 5) комбинированного.

1) 1,2,5;

2) 2,4,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны

28. Пассивное забрасывание желудочного содержимого в ротоглотку называется:

1) рвота;

2) регургитация;

3) рефлюкс;

4) аспирация.

29. Укажите, правильную комбинацию ответов.После наркоза для предупреждения аспирации рвотных масс больного укладывают в кровати: 1) горизонтально на спине; 2) в положении Тренделенбурга; 3) на бок; 4) голову повернуть на бок; 5) с воздуховодом.

1) 1,2,4;

2) 2,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

30. Укажите, правильную комбинацию ответов. Осложнения при интубации трахеи 1) перелом зубов и нижней челюсти; 2) повреждение языка и над­гортанника; 3) повреждение голосовых связок; 4) введение трубки в пищевод; 5) гипоксия.

1) 1,2,5;

2) 2,4,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

**Проверка практических навыков:**

* 1. Знать показания, виды, особенности проведения наркоза при операциях на лице и в полости рта.
  2. Знать подгтовку пациента к общему обезобливанию.
  3. Знать возможные осложнения при проведении наркоза и методы реанимации.

**Модуль 2. Оперативные вмешательства в полости рта**

**Практическое занятие №12**

Тема: Оперативное вмешательства в полости рта, на лице и челюстях.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Подготовка больного к операции.
2. Подготовка полости рта больного к операции (санация полости рта).
3. Обработка операционного поля. Обработка полости рта.
4. Послеоперационный уход за стоматологическим больным.
5. Разрезы и методика их проведения при различных патологических процессах в полости рта.
6. Общие правила сближения краев раны швами. Шовный материал.
7. Виды швов: узловатый, погружной, косметический, разгружающий.
8. Методика наложения швов на раны в полости рта.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и само­произвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании опреде­ляется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в облас­ти которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне вер­хушки корня зуба 22*.* Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкус­сия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области вер­хушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими грани­цами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет колла­терального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на наличие корней зубов 45, 44, 43. Больная готовится к протезированию. Местно: зубы 45, 44 коронковая часть раз­рушена полностью, частично покрыта слизистой оболочкой, у зуба 43 1/3 ко­ронковой части сохранена. Остальные зубы на нижней челюсти отсут­ствуют. При рентгенологическом исследовании зубов 45, 44, 43 - периодонтальная щель зубов 45, 44 расширена, зуб 43 - без особенностей.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 46 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32. Неоднократно лечилась у пародонтолога. Местно: зубы 42, 41, 31, 32 подвижность Ш степени. При пальпации из карманов 42, 41, 31, 32 зубов гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании 42, 41, 31, 32 зубов определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

**Задача 8.** Больная, 22 лег, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, периодически возникающую припухлость и боль в области зуба 38. Неприят­ный запах изо рта. Слизистая оболочка в области зуба 38 незначительно гиперемирована, отечна. Зуб 38прорезался дистальными буграми. При рентгено­логическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению зуба 38 и составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 40 лет, обратился с целью санации полости рта. Больной страдает гемофилией. Местно: коронковая часть зуба 26 разрушена, корни раз­делены. Зуб ранее лечен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению и составьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 54 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость со сто­роны неба в области зуба 26. Три месяца назад перенес инфаркт миокарда. Местно: коронковая часть зуба 26разрушена, слизистая оболочка неба гйперемирована, отечна, определяется участок флюктуации, пальпация неба резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 23 лет, беременность - 24 недели, обратилась с целью сана­ции полости рта. Местно: коронковые части зубов 46, 36 разрушены, корни зубов 46, 36 разделены, перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите ряд дополнительных мероприятий, необходимых при удалении зубов у беременных женщин, и сроки его проведения.

**Задача 12.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта. Боли при глотании, а также в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой под­челюстной области. Местно: рот открывается на, 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какова тактика врача в данной ситуации?

**Тестовые задания:**

1. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):

1) 1-2

2) 2-4

3) 3-6

4) 4-10

5) 10-12

2. Простерилизованные изделия в некомбинированном упаковочном пакете сохраняют стерильность в течение (суток):

1) 2

2) 3

3) 5

4) 7

5) 8

3. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:

1) один раз в день

2) два раза в день

3) три раза в день

4) после приема каждого пациента

5) пять раз в день

4. Максимальный радиус загрязнения стоматологического кабинета от места лечения пациента составляет не менее (метров):

1) 0,5

2) 1,5

3) 3,0

4) 4,0

5) 5,0

5. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

1) 24 часа

2) до 36 часов

3) до 48 часов

4) до 72 часов

5) до 96 часов

6. Сроки первичной отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

1)24 часа

2) до 36 часов

3) до 48 часов

4) до 72 часов

5) до 5 суток

7. Выберите все правильные варианты ответов. Укажите метод местного обезболивания, при котором можно сделать разрез в области верхних резцов и клыка с вестибулярной стороны:

1) туберальная

2) торусальная

3) Инфильтрационная

4) Палатинальная

5) Подглазничная

8. Выберите все правильные варианты ответов.Укажите метод местного обезболивания, при котором можно сделать разрез с вестибулярной стороны в области верхних моляров:

1) туберальная

2) торусальная

3) инфильтрационная

4) палатинальная

5) Подглазничная

9. Выберите все правильные варианты ответов. Укажите метод местного обезболивания, при котором можно сделать разрез в области челюстно-язычного желобка:

1)мандибулярная

2) торусальная

3) инфильтрационная

4) ментальная

5) в области язычного нерва

10. Выберите все правильные варианты ответов Укажите метод местного обезболивания, при котором можно сделать разрез в области верхних премоляров с вестибулярной стороны:

1) туберальная

2) торусальная

3) инфильтрационная

4) палатинальная

5) подглазничная

11. Выберите все правильные варианты ответов. Укажите мероприятия по подготовке больного к операции резекции верхушки корня зуба:

1) раскрытие полости зуба без пломбирования канала

2) санация полости рта

3) пломбирование канала зуба накануне операции

4) рентгенологический контроль качества пломбирования

12. Как стерилизуют операционный материал (халаты, маски, перевязочный материал)?

1) кипячением.

2) паром под давлением.

3) замачиванием в спирте.

4) замачиванием в растворе люголя.

5) сухим жаром.

13. Какие дезинфицирующие растворы используют для влажной уборки?

1) 0,5% раствор хлорной извести.

2) 10% раствор хлорной извести.

3) 5% раствор хлорной извести.

4) 3% раствор перекиси водорода.

5) раствор марганцовокислого калия.

14. Как часто следует проводить влажную уборку палат?

1) ежедневно.

2) по мере необходимости.

3) по мере необходимости, но не реже двух раз в день.

4) каждый час.

5) через день.

15. Для каких целей можно использовать первомур (препарат С-4)? Выберите правильный ответ:

1) обработки гнойных ран.

2) обработки контаминированных ран.

3) обработки рук хирурга.

4) промывания желудка.

5) промывания плевральной полости.

16. Стерилизацией называется:

1) полное уничтожение микроорганизмов.

2) цничтожение микроорганизмов.

3) цничтожение патогенных микроорганизмов.

4) обработка инструментов антисептиками.

5) обработка инструментов температурой.

17. При прямом способе контроля стерильности перевязочного материала и белья используют:

1) посев с перевязочного материала и белья, бактериологический тест.

2) тест полоски.

3) вещества с определенной точкой плавления.

4) термометрию.

5) термометрию, тест полоски.

18. Необходимые виды уборки операционной (выберите неверный вариант):

1) текущая.

2) заключительная.

3) предварительная.

4) периодическая.

5) послеоперационная.

19. Укажите современные способы обработки рук хирурга:

1) первомуром.

2) нашатырным спиртом.

3) хлоргексидином.

4) фюрбрингера.

5) альфельда.

20. Укажите ускоренные способы обработки рук хирурга:

1) при помощи церигеля.

2) протирание кожи 96% спиртом 10 мин (способ Брауна).

3) 5% спиртовым раствором йода 3мин.

4) 2% спиртовым раствором йода 3 мин.

5) 2% спиртовым раствором йода 5 мин.

21. Обработка рук хирурга первомуром длится не менее:

1) 10 мин.

2) 2 мин.

3) 3 мин.

4) 5 мин.

5) 1 мин.

22. Риск ВИЧ-инфицирования вследствие уколов иглой составляет:

1) 1%.

2) 2%.

3) 3%.

4) 5%.

5) риска не существует.

23. Удаление патологического образования целиком носит название:

1) эксцизионная биопсия.

2) инцизионная биопсия.

3) тотальная биопсия.

4) пункционная биопсия.

5) верного ответа нет.

24. Целью инцизионной биопсии является:

1) удаление патологического образования целиком.

2) удаление доли патологического образования или органа.

3) аспирация содержимого патологического образования или органа.

4) удаление лимфатических узлов вокруг патологического образования.

5) прижигание патологического образования.

25. Укажите допустимые способы стерилизации хирургических перчаток и дренажей:

1) в автоклаве (2 атм,132,9 °С, 20 мин).

2) в автоклаве (1,1 атм,120 °С, 45 мин).

3) сухим жаром (180 °С, 60 мин).

4) сухим жаром (160 °С, 150 мин).

5) сухим жаром (190 °С, 150 мин).

26. Хирургические инструменты стерилизуются в автоклаве:

1) в течение 20 мин при 2 атм.

2) 45 мин при 1,1 атм, что соответствует 120 °С.

3) 30 мин при 1,1 атм, что соответствует 120 °С.

4) 60 мин при 1,1 атм, что соответствует 120 °С.

5) в течение 30 мин при 1,5 атм.

27. Какой шовный материал относится к натуральному?

1) шелк.

2) хлопок.

3) капрон.

4) лавсан.

5) нейлон.

28. Что из указанного следует стерилизовать в растворе 90% спирта?

1) шелк.

2) кетгут.

3) капрон.

4) лавсан.

5) иглы.

29. Какой из способов стерилизации хирургического инструментария наиболее надежный и быстрый в условиях больницы?

1) в автоклаве текучим паром.

2) в автоклаве при повышенном давлении.

3) в сухожаровом шкафу.

4) бактерицидными лампами.

5) радиационная стерилизация.

30. Какими методами можно стерилизовать металлический инструментарий?

1) в сухожаровом шкафу.

2) в растворе перекиси водорода.

3) как кетгут.

4) в настойке йода.

5) в 2% растворе хлорамина.

**Проверка практических навыков:**

1. Освоить методы обследования больных перед проведением хирургического вмешательства.
2. Знать инструменты, шовный материал и особенности оперативных вмешательств челюстно-лицевой области.
3. Знать классификацию и этапы хирургических операций в полости рта, на лице и челюстях.
4. Знать особенности послеоперативного ведения больных.

**Практическое занятие №13**

Тема: Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Заживление раны после удаления зуба. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Особенности операций на лице и в полости рта.
2. Показания к удалению зуба.
3. Противопоказания к удалению зуба.
4. Операция удаления зуба, этапы.
5. Обработка раны после удаления зуба.
6. Заживление раны после удаления зуба.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 2.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Задача 3.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в зубе 37, ранее зуб 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, зуб 37 интактный, зуб 38упирается в зуб 37 дистальными буграми.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 4.** Больной, 70 лет, в целях протезирования обратился для удаления зубов 11, 22, 23. Местно: на верхней челюсти зубы отсутствуют за исключением зубов 11, 22, 23, подвижность III степени, коронковая часть их сохранена. После консультации ортопеда рекомендовано удалить зубы 11, 22, 23.

1. Какие щипцы могут быть использованы для удаления зубов 11, 22, 23?
2. Последовательность приемов удаления зубов 11, 22, 23?

**Задача 5.** Больная, 56 лет, обратилась с просьбой удалить зуб 15, 14, который ранее лечен. Местно: коронковые части зубов 15, 14 частично разрушены, розового цве­та. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней зубов 15, 14 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какими щипцами удаляют зубы 15, 14?
3. Какова последовательность удаления зубов 15, 14?

**Задача 6.** Больная, 60 лет, поступила с просьбой в целях протезирования уда­лить зубы 16, 27. Местно: вторичная частичная адентия. Зубы 16, 27 на 1/2 длины кор­ней, зубы ранее леченые, подвижность II-III степени, отмечается атрофия костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления зубов 16, 27?
3. Особенности вывихивающих движений при удалении моляров на верхней челюсти.

**Задача 7.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на постоянную травму щеки слева коронковой частью зуба 28. Местно: зуб 28 расположен жевательной поверх­ностью в щечную сторону. На слизистой оболочке щечной области слева, соответственно проекции коронковой части зуб 28, определяется декубитальная язва, размером 0,5x0,5 см, резко болезненная, покрытая фибринозным напетом, слизистая оболочка по периферии язвы незначительно отечна и гиперемирована.

1. Какие щипцы используют для удаления зуба 28?
2. Какой инструмент может быть использован для удаления зуба 28?
3. Особенности удаления зубов 18, 28.

**Задача 8.** Больная, 55 лет, поступила с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, не­возможность приема пищи. Местно: определяется у зубов 42, 41, 31, 32 подвижность II-III степени. При рентгенологическом исследовании отмечается атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления нижних резцов?
3. Особенности удаления зубов 42, 41, 31, 32.

**Тестовые задания:**

1.Показания к плановому удалению зуба?:

1) острый гнойный периодонтит;

2) обострившийся хронический периодонтит;

3) хронический периодонтит;

4) хронический пульпит;

5) катаральный гингивит.

2.Существуют ли абсолютные противопоказания к удалению зуба?:

1) да, существуют абсолютные противопоказания, но число их ограничено;

2) нет абсолютных противопоказаний;

3) существует много абсолютных противопоказаний.

3.Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?:

1) через 1 неделю;

2) через 3—4 недели;

3) через 1—2 месяца;

4) через 3—6 месяцев;

5) через 1—2 года.

4.Психические заболевания могут ли быть времен­ным противопоказанием к удалению зуба?:

1) нет, не могут;

2) могут, если они длятся более 2-х лет;

3) могут только в период обострения.

5.В какие сроки беременности могут возникнуть вре­менные противопоказания к удалению зуба?:

1) в 1 —2 и 8—9 месяцы;

2) во 2—3 и 6—7 месяцы;

3) в 3—4 месяц;

4) в 5—6 месяц.

6.Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:

1) верхних резцов;

2) верхних премоляров;

3) верхних моляров;

4) нижних резцов;

5) нижних премоляров;

6) нижних моляров.

7.При удалении верхних зубов врач находится:

1) слева и спереди от больного;

2) справа и спереди от больного;

3) спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;

4) произвольное (любое) положение врача.

8.При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) слева и сзади от больного;

3) справа и несколько впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

9.При удалении правых нижних моляров и премоля­ров врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) справа и впереди от больного;

3) слева и впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

10.При удалении левых нижних моляров и премо­ляров врач находится:

1) слева и сзади от больного;

2) слева и несколько впереди от больного;

3) справа и сзади от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

11.Правильная последовательность приемов уда­ления зубов щипцами:

1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихи­вание и удаление зуба;

2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихи­вание и удаление зуба;

3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихи­вание и удаление зуба

4) смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихи­вание и удаление зуба.

12.Первое раскачивающее движение шестого верх­него зуба при его удалении делают:

1) кнаружи;

2) вовнутрь;

3) как кнаружи, так и вовнутрь.

13.Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

1) вовнутрь, кроме удаления шестого зуба;

2) вовнутрь, кроме удаления моляров;

3) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров;

4) кнаружи, кроме удаления шестого зуба;

5) кнаружи, кроме удаления моляров;

6) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров.

14.Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;

2) кнаружи, кроме удаления моляров;

3) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;

5) вовнутрь, кроме удаления моляров;

6) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

15.Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления?:

1) 10—12 день;

2) 12—16 день;

3) 16—18 день,

4) 20—22 день;

5) 24—30 день.

16.Эпителизация многокорневых зубов происхо­дит на какой день после удаления?:

1) 14—18 сутки;

2) 19—23 сутки;

3) 24—28 сутки;

4) 29—32 сутки.

17.При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:

1) 1 неделю;

2) 2 недели;

3) 3 недели;

4) не наблюдается задержки.

18.При осложненном заживлении (альвеолите или остеомиелите) в какие сроки лунка рентгенологи­чески неотличима от окружающей ткани?:

1) ко 2—4 месяцу;

2) к 4—6 месяцу;

3) к 6—8 месяцу;

4) к 8—10 месяцу,

5) к 10—12 месяцу.

19.Через какой срок после операции удаления зуба, протолкнутый корень (зуб) в мягкие ткани, нужно (можно) удалять?:

1) не ранее, чем через 1 неделю;

2) не ранее, чем через 2 недели;

3) не ранее, чем через 3 недели;

4) не ранее, чем через 4 недели.

20.Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение — вскрытие дна верхнечелюстной пазухи?:

1) нельзя;

2) можно лишь в том случае, когда возникает пост­экстракционное кровотечение;

3) можно лишь в случае гнойного воспаления верхне­челюстной пазухи;

4) можно во всех случаях.

21.При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, ослож­ненной острым гайморитом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе) показано:

1) срочное проведение гайморотомии с пластикой соусья;

2) плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;

3) промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений;

4) одноразово промыть верхнечелюстную пазуху,гайморотомия с пластикой свища, в послеопера­ционном периоде многократно промыть пазуху (через риностому) антисептическими растворами;

5) проведение местной пластики соустья без гайморо­томии;

6) проведение гайморотомии без местной пластики соустья.

22.Каким методом нужно проводить удаление кор­ня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху?:

1) методом Пихлера;

2) методом гайморотомии с местной пластикой соус­тья;

3) методом гайморотомии без местной пластики соустья;

4) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появ­ления клинической симптоматики гайморита;

23.Если альвеолит протекает в виде "сухой лунки",то показано:

1) выскабливание лунки зуба;

2) коагуляция стенок и дна лунки;

3) рыхлая тампонада лунки йодоформным тампоном;

4) турунда с мазью Вишневского;

5) механотерапия.

24.После удаления зуба показано:

1) интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;

2) употребление горячей пищи или кофе в течение 2-х часов после операции;

3) антисептические ванночки, противопоказанны интен­сивные полоскания полости рта;

4) значительные физические нагрузки;

5) УВЧ терапия в термической дозе.

25.В каких формах может протекать альвеолит?:

1) в виде "сухой лунки" или остеомиелита лунки;

2) только в виде "сухой лунки";

3) в виде острого, хронического и рецидивирующего.

4) только в виде остеомиелита лунки.

26.Специфическая гемостатическая терапия боль­ных гемофилией заключается в назначении:

1) преднизолона, гидрокортизона;

2) криопреципитата;

3) контрикала, гордокса;

4) эритромассы;

5) альбуминов, глобулинов.

27.Периодонтит — это:

1) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;

2) воспалительный процесс, поражающий ткани перионта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;

3) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

28.Боли при остром серозном периодонтите:

1) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, уси­ливаются при накусывании;

2) ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;

3) острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусы­вании, увеличиваются по ночам;

4) острые, пульсирующие, иррадиируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы "вырос".

29.Боли при остром гнойном периодонтите:

1) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при наку­сывании;

2) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, а также при накусывании, зуб как бы «вырос»;

3) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб безболезненное.

30.Хронические периодонтиты различают:

1) серозный, гнойный;

2) гранулирующий, фиброзный и гранулематозный;

3) апикальные, диффузные.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать инструменты для удаления зубов и корней на верхней челюсти.
2. Знать показания и противопоказания к проведению операции удаления постоянных зубов.
3. Усвоить способы фиксации щипцов.
4. Знать этапы и биомеханику операции удаления зуба.

**Практическое занятие №14**

Тема: Инструменты для операции удаления зубов. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти (признаки угла, изгиба ручек, формы щечек).
2. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на верхней челюсти.
3. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти.
4. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью щипцов.
5. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью элеватора, долота, бормашины.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на боли в области зуба 33, усили­вающиеся при накусывании. Ранее зуб лечен, периодически беспокоит, подвижен. Местно: зуб 33 подвижность II степени, перкуссия слабо болезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировоч­ного материала в канале зуба 33 на 2/3 длины корня, у верхушки корня имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются для удаления зуба 33?
3. Положение врача и больного при удалении зуба 33.
4. Особенности удаления зуба 33.

**Задача 2.** Больная, 68 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность зуба 44. Местно: зуб 44 подвижность III степени. Коронковая часть зуба 44 сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Подберите инструмент для удаления зуба 44.
3. Положение врача и пациента при удалении зуба 44.

**Задача 3.** Больного, 28 лет, беспокоят боли при накусывании на зуб 46. Лечен в детстве. Местно: зуб 46 под пломбой, розового цвета. При рентгенологи­ческом исследовании определяется разрежение костной ткани в области бифуркации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 46?
3. Особенности положения врача при удалении правых моляров, очередность вывихивающих движений?

**Задача 4.** Больную, 26 лет, беспокоят постоянные боли в области зуба 38.Зуб ранее лечен. Местно: зуб 38частично разрушен, изменен в цвете, перкуссия болез­ненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 38?
3. Особенности удаления зуба 38.

**Задача 5**. Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронковой части зуба 27. Зуб ранее лечен. Местно: у зуба 27 коронковая часть разрушена, кор­ни не разъединены, слизистая оболочка без видимой патологии.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления корней верхних моляров?
2. Какие дополнительные мероприятия необходимо предпринять для удаления корней при невозможности их удаления щипцами?

**Задала 6.** Больной, 48 лет, в поликлинике по месту жительства при удалении произошел отлом коронковой части зуба 22, корень 1зуба 22 удалить не удалось. Местно: лунка зуба 22 зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. При рентгенологическом исследовании в области лунки зуба 22 определяется тень остаточного корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите последовательность вмешательства.
3. В чем заключается метод удаления остаточного корня зуба 22?

**Задача 7.** У больной, 42 лет, во время удаления зуба 36произошел отлом коронко­вой части зуба. Местно: слизистая оболочка в области зуба 36без особенно­стей. Корни зуба 36не разъединены.

1. Какие инструменты необходимы, чтобы закончить удаление?
2. Какими вспомогательными методами можно воспользоваться в данной ситуации?

**Задача 8.** Больной, 70 лет, в целях протезирования обратился для удаления зубов 11, 22, 23. Местно: на верхней челюсти зубы отсутствуют за исключением зубов 11, 22, 23, подвижность III степени, коронковая часть их сохранена. После консультации ортопеда рекомендовано удалить зубы 11, 22, 23.

1. Какие щипцы могут быть использованы для удаления зубов 11, 22, 23?
2. Последовательность приемов удаления зубов 11, 22, 23?

**Задача 9.** Больная, 56 лет, обратилась с просьбой удалить зуб 15, 14, который ранее лечен. Местно: коронковые части зубов 15, 14 частично разрушены, розового цве­та. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней зубов 15, 14 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какими щипцами удаляют зубы 15, 14?
3. Какова последовательность удаления зубов 15, 14?

**Задача 10.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 11.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Тестовые задания:**

1. Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных зубов

4) больших коренных зубов

5) всех групп зубов

2. S-образно изогнутые щипцы, щечка которых заканчивается шипиком, предназначены для удаления:

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных зубов

4) больших коренных зубов на верхней челюсти

5) больших коренных зубов на нижней челюсти

3. Укажите все правильные варианты ответов. Для удаления малых коренных зубов верхней челюсти используются щипцы:

1) байонетные

2) клювовидные

3) прямые

4) S-образно изогнутые

5) элеватор прямой

4.Укажите все правильные варианты ответов. S-образно изогнутые щипцы рекомендуется использовать для удаления:

1) временных резцов

2) временных и постоянных клыков

3) временных коренных зубов

4) малых коренных зубов постоянного прикуса

5) постоянных больших коренных зубов

5. Укажите все правильные варианты ответов. Клювовидные щипцы используются для удаления:

1) центральных временных резцов

2) боковых временных резцов нижней челюсти

3) постоянных малых коренных зубов нижней челюсти

4) временных коренных зубов верхней челюсти

5) при удалении всех зубов нижней челюсти

6.Укажите все правильные варианты ответов. Прямые щипцы рекомендуется использовать при удалении:

1) временных коренных зубов

2) клыков

3) малых коренных зубов

4) временных резцов

5) при удалении всех групп зубов верхней челюсти

7. Укажите все правильные варианты ответов. Клювовидные щипцы рекомендуется использовать при удалении:

1) временных коренных зубов

2) постоянных больших коренных зубов

3) малых коренных зубов

4) временных клыков

5) постоянных резцов

8. Расположите нумерацию ответов по порядку этапов удаления постоянного зуба:

1) кюретаж лунки

2) отсепаровка круговой связки зуба

3) продвижение щечек щипцов

4)фиксация щечек щипцов

5) наложение щечек щипцов

6) вывихивание (вращение)

7) сближение краев лунки

8) извлечение зуба из лунки

9. Щипцы, необходимые для удаления резцов на н\ч:

1) байонетные

2) S-образные

3) клювовидные со сходящимися щечками

4) клювовидные с расходящимися щечками

5) горизонтальные коронковые щипцы

10. Щипцы, необходимые для удаления резцов на в\ч:

1) байонетные

2) S – образные

3) клювовидные с расходящимися щечками

4) коронковые с шипами на щечках

5) прямые со сходящимися щечками

11. Щипцы, необходимые для удаления премоляров на в\ч:

1) прямые с расходящимися щечками

2) прямые со сходящимися щечками

3) S – образные

4) клювовидные

5) коронковые с одним шипом

12. Щипцы, необходимые для удаления моляров на нижней челюсти:

1) коронковые с расходящимися щечками и с одним шипом на каждой

2) коронковые S – образно изогнутые с расходящимися круглыми щечками

3) байонетные

4) клювовидные с расходящимися щечками

5) корнковые с расходящимися щечками и шипом на одной из них

13. Для удаления зубов применяются инструменты:

1) зеркало, пинцет

2) пинцет, зонд

3) элеватор, щипцы

4) шпатель, пинцет

5) зеркало, зонд

14. Для удаления зубов и корней применяются элеваторы конструкции:

1) прямой, угловой

2) S- образной

3) клювовидной

4) конусовидной

5) байонетной

15. Врач при удалении левых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1) спереди и справа

2) справа и сзади

3) сзади и слева

4) слева и спереди

5) спереди

16. Врач при удалении правых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1) спереди и справа

2) справа и сзади

3) сзади и слева

4) слева и спереди

5) спереди

17. Для удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти применяются щипцы:

1) прямые со сходящимися щечками

2) прямые с несходящимися щечками

3) S- образные с несходящимися щечками

4) клювовидные с несходящимися щечками

5) байонетные

18. Для удаления нижних щипцов и клыков используют инструменты:

1) клювовидные щипцы;

2) прямые щипцы

3) S–образные щипцы

4) штыковидные щипцы

5) прямые элеваторы

19. Для удаления нижних премоляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами

2) клювовидные без шипов

3) S – образные

4) прямые

5) байонетные (специальные)

20. Для удаления нижних премоляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами

2) клювовидные без шипов

3) S – образные

4) прямые

5) байонетные (специальные)

21. Для удаления верхних резцов и клыков используют щипцы:

1) клювовидные без шипов

2) прямые

3) S – образные

4) штыковидные

5) клювовидные с шипами

22. Для удаления верхних премоляров используют щипцы:

1) прямые

2) S – образные щипцы с шипом

3) S – образные щипцы без шипа

4) клювовидные

5) байонетные

23. Для удаления верхних моляров используют инструменты:

1) прямые щипцы

2) S – образные щипцы с шипом

3) S – образные щипцы без шипа

4) клювовидные

5) элеваторы

24. Для удаления третьих верхних моляров используют инструменты:

1) штыковидный элеватор

2) клювовидные щипцы без шипов

3) угловые элеваторы

4) специальные щипцы

5) клювовидные щипцы с шипами

25. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1) штыковидный зонд

2) щипцы, изогнутые по плоскости

3) S – образные щипцы без шипа

4) прямые щипцы

5) S – образные щипцы с шипом

26. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящими щечками

2) щипцы с несходящими щечками

3) элеваторы прямые

4) элеваторы угловые

5) гладилки

27.При удалении верхних зубов врач находится:

1) слева и спереди от больного;

2) справа и спереди от больного;

3) спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;

4) произвольное (любое) положение врача.

28.При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) слева и сзади от больного;

3) справа и несколько впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

29.При удалении правых нижних моляров и премоля­ров врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) справа и впереди от больного;

3) слева и впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

30.При удалении левых нижних моляров и премо­ляров врач находится:

1) слева и сзади от больного;

2) слева и несколько впереди от больного;

3) справа и сзади от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
2. Знать устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
3. Знать положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.

**Практическое занятие №15**

Тема: Удаление зубов и корней на нижней челюсти. Инструменты.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти.
2. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на нижней челюсти.
3. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти.
4. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью щипцов.
5. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью элеватора, долота, бормашины.
6. Показания для проведения атипичного удаления зубов и корней.
7. Методика проведения атипичного удаления на верхней челюсти.
8. Методика проведения атипичного удаления на нижней челюсти.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 70 лет, в целях протезирования обратился для удаления зубов 11, 22, 23. Местно: на верхней челюсти зубы отсутствуют за исключением зубов 11, 22, 23, подвижность III степени, коронковая часть их сохранена. После консультации ортопеда рекомендовано удалить зубы 11, 22, 23.

1. Какие щипцы могут быть использованы для удаления зубов 11, 22, 23?
2. Последовательность приемов удаления зубов 11, 22, 23?

**Задача 2.** Больная, 56 лет, обратилась с просьбой удалить зуб 15, 14, который ранее лечен. Местно: коронковые части зубов 15, 14 частично разрушены, розового цве­та. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней зубов 15, 14 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какими щипцами удаляют зубы 15, 14?
3. Какова последовательность удаления зубов 15, 14?

**Задача 3.** Больная, 60 лет, поступила с просьбой в целях протезирования уда­лить зубы 16, 27. Местно: вторичная частичная адентия. Зубы 16, 27 на 1/2 длины кор­ней, зубы ранее леченые, подвижность II-III степени, отмечается атрофия костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления зубов 16, 27?
3. Особенности вывихивающих движений при удалении моляров на верхней челюсти.

**Задача 4.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на постоянную травму щеки слева коронковой частью зуба 28. Местно: зуб 28 расположен жевательной поверх­ностью в щечную сторону. На слизистой оболочке щечной области слева, соответственно проекции коронковой части зуб 28, определяется декубитальная язва, размером 0,5x0,5 см, резко болезненная, покрытая фибринозным напетом, слизистая оболочка по периферии язвы незначительно отечна и гиперемирована.

1. Какие щипцы используют для удаления зуба 28?
2. Какой инструмент может быть использован для удаления зуба 28?
3. Особенности удаления зубов 18, 28.

**Задача 5.** Больная, 55 лет, поступила с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, не­возможность приема пищи. Местно: определяется у зубов 42, 41, 31, 32 подвижность II-III степени. При рентгенологическом исследовании отмечается атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления нижних резцов?
3. Особенности удаления зубов 42, 41, 31, 32.

**Задача 6.** Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на боли в области зуба 33, усили­вающиеся при накусывании. Ранее зуб лечен, периодически беспокоит, подвижен. Местно: зуб 33 подвижность II степени, перкуссия слабо болезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировоч­ного материала в канале зуба 33 на 2/3 длины корня, у верхушки корня имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются для удаления зуба 33?
3. Положение врача и больного при удалении зуба 33.
4. Особенности удаления зуба 33.

**Задача 7.** Больная, 68 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность зуба 44. Местно: зуб 44 подвижность III степени. Коронковая часть зуба 44 сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Подберите инструмент для удаления зуба 44.
3. Положение врача и пациента при удалении зуба 44.

**Задача 8.** Больного, 28 лет, беспокоят боли при накусывании на зуб 46. Лечен в детстве. Местно: зуб 46 под пломбой, розового цвета. При рентгенологи­ческом исследовании определяется разрежение костной ткани в области бифуркации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 46?
3. Особенности положения врача при удалении правых моляров, очередность вывихивающих движений?

**Задача 9.** Больную, 26 лет, беспокоят постоянные боли в области зуба 38.Зуб ранее лечен. Местно: зуб 38частично разрушен, изменен в цвете, перкуссия болез­ненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 38?
3. Особенности удаления зуба 38.

**Задача 10.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронковой части зуба 27. Зуб ранее лечен. Местно: у зуба 27 коронковая часть разрушена, кор­ни не разъединены, слизистая оболочка без видимой патологии.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления корней верхних моляров?
2. Какие дополнительные мероприятия необходимо предпринять для удаления корней при невозможности их удаления щипцами?

**Задала 11.** Больной, 48 лет, в поликлинике по месту жительства при удалении произошел отлом коронковой части зуба 22, корень 1зуба 22 удалить не удалось. Местно: лунка зуба 22 зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. При рентгенологическом исследовании в области лунки зуба 22 определяется тень остаточного корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите последовательность вмешательства.
3. В чем заключается метод удаления остаточного корня зуба 22?

**Задача 12.** У больной, 42 лет, во время удаления зуба 36произошел отлом коронко­вой части зуба. Местно: слизистая оболочка в области зуба 36без особенно­стей. Корни зуба 36не разъединены.

1. Какие инструменты необходимы, чтобы закончить удаление?
2. Какими вспомогательными методами можно воспользоваться в данной ситуации?

**Тестовые задания:**

1. Выберите щипцы для удаления зубов 28, 18

1) S – образные с несходящимися щечками

2) прямые коронковые

3) клювовидные корневые

4) изогнутые по плоскости

5) штыковидные

2. Выберите щипцы для удаления зубов 26, 27

1) S – образные с несходящимися щечками

2) штыковидные

3) изогнутые по плоскости

4) клювовидные корневые

5) прямые коронковые

3. Определите правильную тактику врача на этапе предоперационной подготовке:

1) уничтожить все микроорганизмы в полости рта и глотке

2) уменьшить количество микроорганизмов в полости рта и глотке, удалить слизь и пищевые остатки, зубные отложение

3) предложить больному извлечь зубные протезы (съемные)

4) ответы 1+3

5) ответы 1+3

4. Ваш выбор метода обработки полости рта перед операцией:

1) вообще не обрабатывают

2) ирригация полости рта с раствором слабого антисептика и механическая чистка зубов щеткой

3) смазывают 3% настойкой йода

4) протирают тампоном со слабым антисептиком

5) смазывают 5% настойкой йода

5. У больного 27 лет диагностирован хронический периодонтит 36 гранулема в области медиального корня зуба, бактериальный эндокардит. Определите тактику амбулаторного хирурга-стоматолога:

1) пломбирование канала до верхушки корня после удаления некротических масс

2) пломбирование канала корня зуба с последующей резекцией его верхушки

3) удаление зуба

4) пломбирование канала до верхушки корня под контролем антибиотиком

5) госпитализация больного

6. S-образно изогнутые щипцы, щечка которых заканчивается шипиком, предназначены для удаления:

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных зубов

4) больших коренных зубов на верхней челюсти

5) больших коренных зубов на нижней челюсти

7. Укажите все щипцы, которые используются для удаления малых коренных зубов верхней челюсти используются щипцы:

1) байонетные

2) клювовидные

3) прямые

4) S-образно изогнутые

5) элеватор прямой

8. Выберите щипцы для удаления: А) резцы верхней, Б) большие коренные зубы верхней челюсти

1) S – образно изогнутые без шипика

2) S – образно изогнутые с шипиком

3) прямые

4) клювовидные без шипиков

5) клювовидные с шипиком

9. Для удаления верхних резцов и клыков используют щипцы:

1) клювовидные без шипов

2) прямые

3) S – образные

4) штыковидные

5) клювовидные с шипами

10. Для удаления верхних премоляров используют щипцы:

1) прямые

2) S – образные щипцы с шипом

3) S – образные щипцы без шипа

4) клювовидные

5) байонетные

11. Для удаления верхних моляров используют инструменты:

1) прямые щипцы

2) S – образные щипцы с шипом

3) S – образные щипцы без шипа

4) клювовидные

5) элеваторы

12. Для удаления третьих верхних моляров используют инструменты:

1) штыковидный элеватор

2) клювовидные щипцы без шипов

3) угловые элеваторы

4) специальные щипцы

5) клювовидные щипцы с шипами

13. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1) штыковидный зонд

2) щипцы, изогнутые по плоскости

3) S – образные щипцы без шипа

4) прямые щипцы

5) S – образные щипцы с шипом

14. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящими щечками

2) щипцы с несходящими щечками

3) элеваторы прямые

4) элеваторы угловые

5) гладилки

15. Выберите щипцы для удаления: А)третьих больших корневых зубов верхней челюсти,

Б)большие коренные зубы нижней челюсти, С) резцы верхней челюсти

1) S – образные изогнутые без шипика

2) S – образные изогнутые с шипиком

2) прямые несходящиеся

3) байонетные

4) клювовидные без шипиков, изогнутые по ребру

5) клювовидные с шипиком, изогнутые по ребру

16. Степень подвижности зубов определяется:

1) подвижность зуба в переднем и заднем направлении

2) подвижность зубов вдоль оси зуба

3) подвижностью зубов в боковых направлениях

4) в переднезаднем и боковых направлениях

5) во всех направлениях

17. Первая степень подвижности зуба – это:

1) отклонение в боковом направлении

2) отклонение в передне-заднем направлении на любую величину

3) отклонение в передне-заднем направлении на 1 мм

4) отклонение в боковом направлении на 1 мм

5) подвижность вдоль оси зуба

18. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники являются:

1) сердечно-сосудистые заболевания

2) инфекционный гепатит

3) психические заболевания

4) аллергия к новокаину

5) наличие сопутствующего заболевания в стадии декомпенсации

19. Заключительным этапом при удалении корней зубов является:

1) ротация

2) трактация  
3) сепарация  
4) кюретаж

5) люксация

20. При операции удаления корней центральных резцов верхней челюсти применяется:

1) штыковидный элеватор

2) прямые щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные щипцы со сходящимися щечками

4) S-образные щипцы

5) клювовидные щипцы с несходящимися щечками

21. Для удаления корней верхних премоляров предназначены щипцы с щечками:

1) прямые с несходящимися

2) S-образные с несходящимися

3) S-образные со сходящимися

4) клювовидные со сходящимися

5) клювовидные с несходящимися

22. Для удаления правых верхних моляров с сохраненной коронкой предназначены щипцы:

1) S-образные с шипом справа

2)S-образные с несходящимися щечками без шипа

3) S-образные с шипом слева

4) штыковидные

5) клювовидные

23.Для удаления корней верхних моляров предназначены щипцы:

1) S-образные с несходящимися щечками

2)S-образные с шипами

3) прямые со сходящимися щечками

4) штыковидные

5) прямые с несходящими щечками

24. Первым движением при удалении шестого зуба верхней челюсти является:

1) ротация

2) люксация и ротация

3) люксация в небную сторону

4) люксация в щечкую сторону

5) люксация в обе стороны

25. Перед операцией удаления зуба щипцами хирург проводит манипуляцию:

1) люксацию

2) фиксацию

3) сепарацию

4) тракцию

5) пальпацию

26.Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?:

1) через 1 неделю;

2) через 3—4 недели;

3) через 1—2 месяца;

4) через 3—6 месяцев;

5) через 1—2 года

27.В какие сроки беременности могут возникнуть вре­менные противопоказания к удалению зуба?:

1) в 1 —2 и 8—9 месяцы;

2) во 2—3 и 6—7 месяцы;

3) в 3—4 месяц;

4) в 5—6 месяц.

28.При удалении верхних зубов врач находится:

1) слева и спереди от больного;

2) справа и спереди от больного;

3) спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;

4) произвольное (любое) положение врача.

29.Первое раскачивающее движение шестого верх­него зуба при его удалении делают:

1) кнаружи;

2) вовнутрь;

3) как кнаружи, так и вовнутрь.

30.Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

1) вовнутрь, кроме удаления шестого зуба;

2) вовнутрь, кроме удаления моляров;

3) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров;

4) кнаружи, кроме удаления шестого зуба;

5) кнаружи, кроме удаления моляров;

6) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать инструменты для удаления зубов и корней на верхней челюсти.
2. Овладеть приемами удаления различных групп зубов и корней на верхней челюсти.
3. Уметь дать рекомендации пациенту по режиму после операции удаления зуба.

**Практическое занятие №16**

Тема: Сложное удаление зубов и корней.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Удаление зубов и корней с помощью долота, элеваторов, бормашины.
2. Ведение послеоперацинной раны у пациентов после сложного удаления зуба или его корня.
3. Удаление элеватором корней зубов после предварительной альвеолотомии.
4. Удаление элеватором корня зуба после предварительной трепанации альвеолярного отростка в проекции верхней трети корня.
5. Оптимизация репаративного остеогенеза после удаления зубов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и само­произвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании опреде­ляется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в облас­ти которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне вер­хушки корня зуба 22*.* Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкус­сия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области вер­хушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими грани­цами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет колла­терального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на наличие корней зубов 45, 44, 43. Больная готовится к протезированию. Местно: зубы 45, 44 коронковая часть раз­рушена полностью, частично покрыта слизистой оболочкой, у зуба 43 1/3 ко­ронковой части сохранена. Остальные зубы на нижней челюсти отсут­ствуют. При рентгенологическом исследовании зубов 45, 44, 43 - периодонтальная щель зубов 45, 44 расширена, зуб 43 - без особенностей.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 46 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32. Неоднократно лечилась у пародонтолога. Местно: зубы 42, 41, 31, 32 подвижность Ш степени. При пальпации из карманов 42, 41, 31, 32 зубов гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании 42, 41, 31, 32 зубов определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

**Задача 8.** Больная, 22 лег, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, периодически возникающую припухлость и боль в области зуба 38. Неприят­ный запах изо рта. Слизистая оболочка в области зуба 38 незначительно гиперемирована, отечна. Зуб 38прорезался дистальными буграми. При рентгено­логическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению зуба 38 и составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 40 лет, обратился с целью санации полости рта. Больной страдает гемофилией. Местно: коронковая часть зуба 26 разрушена, корни раз­делены. Зуб ранее лечен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению и составьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 54 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость со сто­роны неба в области зуба 26. Три месяца назад перенес инфаркт миокарда. Местно: коронковая часть зуба 26разрушена, слизистая оболочка неба гйперемирована, отечна, определяется участок флюктуации, пальпация неба резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 23 лет, беременность - 24 недели, обратилась с целью сана­ции полости рта. Местно: коронковые части зубов 46, 36 разрушены, корни зубов 46, 36 разделены, перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите ряд дополнительных мероприятий, необходимых при удалении зубов у беременных женщин, и сроки его проведения.

**Задача 12.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта. Боли при глотании, а также в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой под­челюстной области. Местно: рот открывается на, 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 13.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 14.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Задача 15.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в зубе 37, ранее зуб 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, зуб 37 интактный, зуб 38упирается в зуб 37 дистальными буграми.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Техника удаления зуба 38.

**Тестовые задания:**

1.Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;

2) кнаружи, кроме удаления моляров;

3) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;

5) вовнутрь, кроме удаления моляров;

6) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

2.Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления?:

1) 10—12 день;

2) 12—16 день;

3) 16—18 день,

4) 20—22 день;

5) 24—30 день.

3.Эпителизация многокорневых зубов происхо­дит на какой день после удаления?:

1) 14—18 сутки;

2) 19—23 сутки;

3) 24—28 сутки;

4) 29—32 сутки.

4. Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных зубов

4) больших коренных зубов

5) всех групп зубов

5. Укажите все правильные ответы. Клювовидные щипцы используются для удаления:

1) центральных временных резцов

2) боковых временных резцов нижней челюсти

3) постоянных малых коренных зубов нижней челюсти

4) временных коренных зубов верхней челюсти

5) при удалении всех зубов нижней челюсти

6. Укажите все правильные ответы. Клювовидные щипцы рекомендуется использовать при удалении:

1) временных коренных зубов

2) постоянных больших коренных зубов

3) малых коренных зубов

4) временных клыков

5) постоянных резцов

7. При удалении центральной группы зубов на нижней челюсти (321/123) наиболее целесообразно применить:

1) инфильтрационную анестезию

2) инфильтрационную анестезию с 2-х сторон челюсти

3) анестезию у ментального отверстия соответствующей стороны

4) анестезию у нижнечелюстного отверстия

5) анестезию у нижнечелюстного отверстия с добавлением инфильтрационной с вестибулярной стороны

8. Щипцы, необходимые для удаления резцов на н\ч:

1) байонетные

2) S-образные

3) клювовидные со сходящимися щечками

4) клювовидные с расходящимися щечками

5) горизонтальные коронковые щипцы

9.Щипцы, необходимые для удаления премоляров на в\ч:

1) прямые с расходящимися щечками

2) прямые со сходящимися щечками

3) S – образные

4) клювовидные

5) коронковые с одним шипом

10.При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) слева и сзади от больного;

3) справа и несколько впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

11.При удалении правых нижних моляров и премоля­ров врач находится:

1) справа и сзади от больного;

2) справа и впереди от больного;

3) слева и впереди от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

12.При удалении левых нижних моляров и премо­ляров врач находится:

1) слева и сзади от больного;

2) слева и несколько впереди от больного;

3) справа и сзади от больного;

4) произвольное (любое) положение врача.

13.Правильная последовательность приемов уда­ления зубов щипцами:

1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихи­вание и удаление зуба;

2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихи­вание и удаление зуба;

3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихи­вание и удаление зуба

4) смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихи­вание и удаление зуба.

14.Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;

2) кнаружи, кроме удаления моляров;

3) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;

5) вовнутрь, кроме удаления моляров;

6) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

15. Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;

2) кнаружи, кроме удаления моляров;

3) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;

5) вовнутрь, кроме удаления моляров;

6) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

16.Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления?:

1) 10—12 день;

2) 12—16 день;

3) 16—18 день,

4) 20—22 день;

5) 24—30 день.

17.Эпителизация многокорневых зубов происхо­дит на какой день после удаления?:

1) 14—18 сутки;

2) 19—23 сутки;

3) 24—28 сутки;

4) 29—32 сутки.

18. Заключительным этапом при удалении корней зуба является:

1) ротация

2) трактация

3) сепарация

4) кюретаж

5) люксация

19. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящими щечками

2) щипцы с несходящими щечками

3) элеваторы прямые

4) элеваторы угловые

5) гладилки

20. Для обработки лунки после удаления зуба применяют:

1) элеватор

2) кюретажную ложку

3) зонд

4) серповидную гладилку

5) зеркало

21.При удалении шестого зуба нижней челюсти производят первое движение:

1) ротацию

2) ротацию и люксацию

3) люксацию в язычную сторону

4) люксацию в щечную сторону

5) трактацию

22. Для удаления корней нижних зубов предназначены щипцы:

1) клювовидные щипцы

2) клювовидные со сходящимися щечками

3) изогнутыми по плоскости с шипами

4) S – образные со сходящимися щечками

5) байонетные

23. Прием ротации производят при удалении:

1) моляров нижней челюсти

2) премоляров верхней челюсти

3) моляров верхней челюсти

4) резцов верхней челюсти

5) резцов нижней челюсти

24. При удалении второго моляра нижней челюсти производят первое движение:

1) ротацию

2) ротацию в люксацию

3) люксацию в язычную сторону

4) люксацию в щечную сторону

5) тракцию

25. Врач при удалении левых премоляров и моляров нижней челюсти находиться от больного:

1) спереди и справа

2) справа и сзади

3) сзади и слева

4) слева и спереди

5) спереди

26.Врач при удалении правых премоляров и моляров нижней челюсти находиться от больного:

1) спереди и справа

2) справа и сзади

3) сзади и слева

4) слева и спереди

5) спереди

27. Для удаления нижних резцов и клыков используют инструменты:

1) клювовидные щипцы

2) прямые щипцы

3) S – образные щипцы

4) штыковидные щипцы

5) прямые элеваторы

28. Для удаления нижних премоляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами

2) клювовидные без шипов

3) S – образные

4) прямые

5) байонетные (специальные)

29. Для удаления нижних моляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами

2) клювовидные без шипов

3) S – образные

4) прямые

5) байонетные (специальные)

30. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1) штыковидный зонд

2) щипцы, изогнутые по плоскости

3) S – образные щипцы без шипа

4) прямые щипцы

5) S – образные щипцы с шипом

**Проверка практических навыков:**

1. Закрепить практические навыки спобов фиксации щипцов.
2. Научиться продбирать инструменты для удаления зубов и корней на нижней челюсти.
3. Знать утройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней на нижней челюсти.
4. Закрепить навыки оформления записи операции удаления зуба на нижней челюсти в медицинской карте стоматологического больного.

**Практическое занятие №17**

Тема: Особенности удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, геморрагические диатезы, системные заболевания) к операции удаления зуба.
2. Подготовка больных с иммунодефицитом к удалению зуба.
3. Особенности удаления зубов у больных сахарным диабетом.
4. Удаление зуба у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией и сочетанной черепно-мозговой травмой.
5. Удаление зуба у онкостоматологических больных, в плане лечения которых предусмотрена дистанционная гамма-терапия.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 70 лет, в целях протезирования обратился для удаления зубов 11, 22, 23. Местно: на верхней челюсти зубы отсутствуют за исключением зубов 11, 22, 23, подвижность III степени, коронковая часть их сохранена. После консультации ортопеда рекомендовано удалить зубы 11, 22, 23.

1. Какие щипцы могут быть использованы для удаления зубов 11, 22, 23?
2. Последовательность приемов удаления зубов 11, 22, 23?

**Задача 2.** Больная, 56 лет, обратилась с просьбой удалить зуб 15, 14, который ранее лечен. Местно: коронковые части зубов 15, 14 частично разрушены, розового цве­та. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней зубов 15, 14 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какими щипцами удаляют зубы 15, 14?
3. Какова последовательность удаления зубов 15, 14?

**Задача 3.** Больная, 60 лет, поступила с просьбой в целях протезирования уда­лить зубы 16, 27. Местно: вторичная частичная адентия. Зубы 16, 27 на 1/2 длины кор­ней, зубы ранее леченые, подвижность II-III степени, отмечается атрофия костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления зубов 16, 27?
3. Особенности вывихивающих движений при удалении моляров на верхней челюсти.

**Задача 4.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на постоянную травму щеки слева коронковой частью зуба 28. Местно: зуб 28 расположен жевательной поверх­ностью в щечную сторону. На слизистой оболочке щечной области слева, соответственно проекции коронковой части зуб 28, определяется декубитальная язва, размером 0,5x0,5 см, резко болезненная, покрытая фибринозным напетом, слизистая оболочка по периферии язвы незначительно отечна и гиперемирована.

1. Какие щипцы используют для удаления зуба 28?
2. Какой инструмент может быть использован для удаления зуба 28?
3. Особенности удаления зубов 18, 28.

**Задача 5.** Больная, 55 лет, поступила с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, не­возможность приема пищи. Местно: определяется у зубов 42, 41, 31, 32 подвижность II-III степени. При рентгенологическом исследовании отмечается атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления нижних резцов?
3. Особенности удаления зубов 42, 41, 31, 32.

**Задача 6.** Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на боли в области зуба 33, усили­вающиеся при накусывании. Ранее зуб лечен, периодически беспокоит, подвижен. Местно: зуб 33 подвижность II степени, перкуссия слабо болезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировоч­ного материала в канале зуба 33 на 2/3 длины корня, у верхушки корня имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются для удаления зуба 33?
3. Положение врача и больного при удалении зуба 33.
4. Особенности удаления зуба 33.

**Задача 7.** Больная, 68 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность зуба 44. Местно: зуб 44 подвижность III степени. Коронковая часть зуба 44 сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Подберите инструмент для удаления зуба 44.
3. Положение врача и пациента при удалении зуба 44.

**Задача 8.** Больного, 28 лет, беспокоят боли при накусывании на зуб 46. Лечен в детстве. Местно: зуб 46 под пломбой, розового цвета. При рентгенологи­ческом исследовании определяется разрежение костной ткани в области бифуркации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 46?
3. Особенности положения врача при удалении правых моляров, очередность вывихивающих движений?

**Задача 9.** Больную, 26 лет, беспокоят постоянные боли в области зуба 38.Зуб ранее лечен. Местно: зуб 38частично разрушен, изменен в цвете, перкуссия болез­ненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 38?
3. Особенности удаления зуба 38.

**Задача 10.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронковой части зуба 27. Зуб ранее лечен. Местно: у зуба 27 коронковая часть разрушена, кор­ни не разъединены, слизистая оболочка без видимой патологии.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления корней верхних моляров?
2. Какие дополнительные мероприятия необходимо предпринять для удаления корней при невозможности их удаления щипцами?

**Задала 11.** Больной, 48 лет, в поликлинике по месту жительства при удалении произошел отлом коронковой части зуба 22, корень 1зуба 22 удалить не удалось. Местно: лунка зуба 22 зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. При рентгенологическом исследовании в области лунки зуба 22 определяется тень остаточного корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите последовательность вмешательства.
3. В чем заключается метод удаления остаточного корня зуба 22?

**Задача 12.** У больной, 42 лет, во время удаления зуба 36произошел отлом коронко­вой части зуба. Местно: слизистая оболочка в области зуба 36без особенно­стей. Корни зуба 36не разъединены.

1. Какие инструменты необходимы, чтобы закончить удаление?
2. Какими вспомогательными методами можно воспользоваться в данной ситуации?

**Тестовые задания:**

1. Укажите все правильные ответы. При удалении каких зубов верхней челюсти можно использовать ротационные движения:

1) моляров

2) второго премоляра

3) первого премоляра

4) резцов

5) клыка

2. На нижней челюсти элеватором под углом удаляют:

1) клыки

2) резцы

3) премоляры

4) корни зубов

3. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов

2) S-образные щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные сходящиеся щипцы

4) прямой элеватор

5) S-образные щипцы с шипом

4. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1) штыковидные щипцы

2) клювовидные сходящиеся щипцы

3) S-образные несходящиеся щипцы

4) S-образные сходящиеся щипцы

5) штыковидный элеватор

5. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1) прямые щипцы

2) S-образные сходящиеся щипцы

3) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов

4) элеватор Леклюза

5) S-образные несходящиеся щипцы

6. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

1) прямые щипцы

2) иглодержатель

3) клювовидные щипцы с шипами

4) клювовидные сходящиеся щипцы

5) S-образные несходящиеся щипцы

7. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

1) угловой элеватор

2) прямые щипцы

3) клювовидные щипцы с шипами

4) гладилка

4) S-образные несходящиеся щипцы

8. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти:

1) крючок Лимберга

2) прямые щипцы

3) иглодержатель

4) бормашина

5) элеватор Карапетяна

9. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1) штыковидный зонд

2) щипцы, изогнутые по плоскости

3) S – образные щипцы без шипа

4) прямые щипцы

5) S – образные щипцы с шипом

10. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключается:

1) в консультации невропатолога

2) в общих и клинических анализах

3) в консультации кардиолога, электрокардиограмме, премедикации, клинических анализах

4) в психологической подготовке

5) в гемотрансфузии

6) верно в) и д)

11. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови:

1) консультация гематолога, анализы крови

2) введение за 6 часов до операции викасола

3) проведение гемотрансфузии

4) проведение электрокардиограммы

5) рентгенографическое исследование легких

6) верно а) и в)

12. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями:

1) консультация психиатра, коррекция психологического статуса, премедикация, участие санитара

2) внутривенное введение седативных средств

3) внутримышечное введение аминозина

4) проведение электрокардиограммы

5) консультация психиатра

13. При атипичном расположении зуба (дистопия, ретенция) для его удаления применяется:

1) удаление с помощью щипцов

2) удаление с помощью бормашины

3) удаление с помощью элеватора и молотка

4) удаление с помощью бормашины, долота и элеватора

5) удаление с помощью элеватора

14. Хирургическая обработка раны после удаления зуба заключается:

1) в удалении мелких осколков из лунки, тугая тампонада

2) в ушивании лунки

3) в выскабливании альвеолы и удалении кровяного сгустка

4) в промывании лунки раствором антисептика

5) убедиться, все ли корни удалены, в извлечении мелких осколков, сдавливании краев лунки

15. Пациентка 32-х лет страдает хроническим миелолейкозом.После удаления первого премоляра на нижней челюсти спустя несколько часов возникло луночковое кровотечение. С гемостатической целью с выраженным клиническим эффектом.Вы используете в комплексе кровоостанавливающих мер:

1) аминокапроновую кислоту

2) адроксон

3) дицинон

4) ответы 1+2

5) ответы 2+3

16. Удаление зуба в целях хирургической санации полости рта у беременных целесообразно осуществлять при сроке беременности:

1) 3-7 месяцев

2) 1-2 месяцев

3) вне зависимости от срока беременности

4) отложить вмешательство на послеродовый период

5) ответы 1+2

17. У больного 27 лет диагностирован бактериальный эндокардит, хронический периодонтит 6, гранулема в области медиального корня зуба. Определите тактику стационарного хирурга:

1) удаление зуба

2) пломбирование канала корня в день операции и резекция верхушки корня

3) удаление зуба, тщательное выскабливание гранулемы и реплантации зуба

4) удаление зуба и наблюдение за больным с целью возможного назначения при обострении заболевания антибактериальной терапии

5) обследование больного, включая бактериологические исследования, удаление зуба под контролем антибиотиков направленного действия

18. Линия разреза при операции удаления ретинированного третьего моляра на н\ч:

1) по вершине альвеолярного отростка н\ч в ретромолярном пространстве

2) по вершине альвеолярного отростка н\ч в ретромолярном пространстве, огибает второй моляр, спускается вниз на переходную складку

3) по вершине альвеолярного отростка н\ч в ретромолярном пространстве, огибает второй и первый моляры

4) образует трапециевидный лоскут, огибая второй моляр

5) образует трапециевидный лоскут за вторым моляром с дополнительным разрезом «кочерги» на слизистой щеки

19. Больному 17 лет выставлен диагноз гломерулонефрит, хронический периодонтит в области 5.1. Определите тактику амбулаторного хирурга-стоматолога:

1) пломбирование канала до верхушки корня

2) пломбирование канала корня зуба и резекция его верхушки

3) удаление зуба в амбулаторных условиях

4) пломбирование канала корня зуба под контролем антибиотиков

5) госпитализация больного

20. У больного имеет место сильное разрушение коронки 8 зуба на нижней челюсти. Какой необходимо применить метод, чтобы удалить зуб:

1) наложить щипцы

2) применить угловой элеватор

3) применить долото и молоток

4) применить бормашину и щипцы

5) применить бормашину и прямой элеватор

21.Укажите все правильные ответы.Какие надо дать рекомендации больному по поводу его поведения после удаления зуба:

1) не пить и не есть холодного

2) не пить и не есть горячего в течение 2-х часов

3) не полоскать полость рта в течение суток

4) в первые сутки после удаления зуба интенсивно полоскать полость рта, чтобы не скапливались микроорганизмы

5) воздержаться от какой-либо еды в течение 2-х часов после удаления

22. Для удаления первого малого коренного зуба на нижней челюсти с использованием анестезии ультракаином вы примените:

1) инфильтрационную анестезию

2) торусальную анестезию

3) мандибулярную анестезию

4) ответы 1+3

5) анестезию у подборочного отверстия

23. После сложного удаления 4.8 зуба следует назначить больному:

1) холод на область угла нижней челюсти

2) тепловой компресс

3) компресс с мазью Вишневского

4) компресс с вазелином

5) физиотерапию

24. Местной причиной кровотечения после удалению зуба является:

1) нарушение свертываемости крови

2) травма мягких тканей

3) повышенное давление

4) хронический гломерулонефрит

5) анафилактический шок

25. Способом остановки кровотечения из глубины лунки является:

1) наложение кристаллов перманганата калия

2) тампонада устья лунки

3) тугая тампонада лунки

4) наложение швов на рану

5) наложение гемостатической губки

26. Возможное местное осложнение при удалении зубов на верхней челюсти:

1) перфорация верхнейчелюстной пазухи

2) перелом мыщелкового отростка

3) обморок

4) онемение нижней губы

5) коллапс

27. Вывих нижней челюсти возможен при удалении зубов:

1) 2.4, 1.4

2) 1.3, 2.3

3) 4.1, 3.1

4) 4.7, 3.7

5) 2.1, 1.1

28. Заключительным этапом при удалении корней зубов является:

1) ротация

2) трактация  
3) сепарация  
4) кюретаж

5) люксация

29. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящими щечками

2) щипцы с несходящими щечками

3) элеваторы прямые

4) элеваторы угловые

5) гладилки

30. Наиболее часто смещение зубов в толщу мягких тканей происходит при удалении:

1) 2.4 и 1.4

2) 3.8 и 4.8

3) 2.6 и 4.6

4) 1.8 и 2.8

5) 1.1 и 2.1

**Проверка практических навыков:**

1. Закрепить практические навыки спобов фиксации щипцов.
2. Закрепить практические навыки по обработке раны после удаления зуба и уходу за ним.
3. Закрепить навыки оформления записи операции удаления зуба на нижней челюсти в медицинской карте стоматологического больного.
4. Закрепить практические навыки по положению врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней на верхней и нижней челюсти.
5. Закрепить практические знания показаний и противопоказаний к проведению операции удаления постоянных зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями.
6. Закрепить практические навыки по выбору метода обезболевания и подготовки беременных к операции удаления зубов.

**Практическое занятие №18**

Тема: Осложнения, возникающие во время удаления зубов. Диагностика, лечение, профилактика.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Местные осложнения, возникающие во время удаления зубов.
2. Причины осложнений, возникающих во время удаления зубов.
3. Тактика врача при переломе удаляемого зуба или его корня; при переломе или вывихе соседнего зуба, нижней челюсти.
4. Клиника и тактика врача при переломе нижней челюсти и отрыве бугра верхней челюсти.
5. Клиника и диагностика перфорации верхнечелюстной пазухи.
6. Тактика врача при перфорации и проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 48 лет, обратилась с просьбой удалить корни зуба 27 с целью подготовки полости рта к протезированию. Во время проведения анесте­зии у больной появилась слабость, головокружение, потемнение в глазах. Пульс учащен и слабый.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите причины подобного состояния?
3. Действия врача в данной ситуации?

**Задача 2.** Больной, 62 лет, для удаления зуба 36 проведена мандибулярная анестезия. После анестезии больная побледнела, появился холодный пот, похолодели конечности, пульс частый, нитевидный, плохого наполнения, артериаль­ное давление низкое, дыхание поверхностное.

1. Поставьте диагноз.
2. Действия врача в данной ситуации.

**Задача 3.** Больной, 42 лет, удален зуб 36. После удаления из лунки обильное кровотечение.

1. Каковы причины местного кровотечения?
2. Каковы могут быть причины общего характера? Тактика врача в данной ситуации.

**Задача 4.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на боли в области удаленного зуба 46. Зуб удален три дня назад, боли иррадиируют в ухо в висок. Изо рта неприятный запах. Местно: слизистая оболочка в области удаленного зуба 46 гиперемирована, отечна, лунка покрыта серым налетом с неприятным запахом.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины возникшего осложнения, причины болей в лунке зуба 46?
3. Тактика врача при данном осложнении.

**Задача 5.** Больной, 72 лет, три дня назад удалили зуб 14. Беспокоят боли по краю альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции ранее удаленного зуба. Местно: лунка под организовавшимся сгустком. При пальпации у лунки определяются выступающие острые края, пальпация которых резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Каково лечение данного заболевания?
3. Какова профилактика данного осложнения?

**Задача 6.** Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного зуба 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюст­ной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть зуба 27. При рентгенологическом исследовании зуба 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни зуба 27, при ревизии лунки обна­ружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз. Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как уста­новить клинически наличие перфорации?
2. Тактика врача в данном случае?

**Задача 7.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 26, обнаружено сообще­ние с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни зуба 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику поведения врача в данной ситуации.
3. Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом?

**Задача 8.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 16 произошло проталки­вание небного корня верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка зуба 16 пустая, имеется сообщение в области лунки зуба 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти в определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины данного осложнения?
3. Какова тактика врача в данной ситуации?

**Тестовые задания:**

1. Способом остановки кровотечения из глубины лунки является:

1) наложение кристаллов перманганата калия

2) тампонада устья лунки

3) тугая тампонада лунки

4) наложение швов на рану

5) наложение гемостатической губки

2. Возможное местное осложнение при удалении зубов на верхней челюсти:

1) перфорация верхнейчелюстной пазухи

2) перелом мыщелкового отростка

3) обморок

4) онемение нижней губы

5) коллапс

3. Местным осложнением во время операции удаления зуба является:

1) перелом коронки или корня зуба

2) альвеолит

3) остеомиелит лунки

4) паротит

5) артрит ВНЧС

4. При проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху ошибочным действием врача является:

1) удаление корня через лунку

2) наложение йодоформного тампона на устье лунки

3) фиксация тампона в устье лунки

4) удаление корня в стационаре

5) ротоносовая проба

5. Наиболее часто смещение зубов в толщу мягких тканей происходит при удалении:

1) 2.4 и 1.4

2) 3.8 и 4.8

3) 2.6 и 4.6

4) 1.8 и 2.8

5) 1.1 и 2.1

6. Отлом бугра верхней челюсти может произойти при удалении зубов:

1) 1.1 и 2.1

2) 1.3 и 2.3

3) 3.4 и 4.4

4) 2.8 и 1.8

5) 3.5 и 4.5

7. Признаком вскрытия дна гайморовой пазухи является:

1) выделение крови из лунки удаленного зуба

2) выделение гноя из лунки удаленного зуба

3) кровотечение из носа

4) положительная ротоносовая проба

5) отек мягких тканей

8. Местной причиной кровотечения из глубины лунки является:

1) гемофилия

2) прием антикоагулянтов

3) гипертоническая болезнь

4) травма нижней альвеолярной артерии

5) обморок

9. Общей причиной длительного кровотечения из лунки является:

1) острый лейкоз

2) отлом части альвеолы

3) травма десны

4) открытый воспалительный процесс

5) невралгия

10. При вскрытии дна гайморовой пазухи следует провести:

1) тугую тампонаду лунки

2) прикрыть устье лунки йодоформной турундой на срок 5-7 дней

3) рыхлую тампонаду лунки йодоформной турундой на срок 2 дня

4) ушивание перфорации трапецевидным лоскутом

5) проводниковую анестезию

11. При проталкивании корня зуба в гайморовую пазуху следует:

1) попытаться удалить его через лунку

2) сделать тугую тампонаду лунки

3) назначить физиотерапевтическое лечение

4) направить пациента в стационар

5) сделать инфильтрационную анестезию

12. Наиболее часто перелом нижней челюсти возникает при удалении зубов:

1) 3.5 или 4.5

2) 4.4 или 3.4

3) 3.7 или 4.8

4) 3.2 или 4.2

5) 3.1 или 4.1

13. Перфорация дна гайморовой пазухи наиболее вероятна при удалении зубов:  
1) 1.2, 2.2, 1.1, 2.1

2) 2.3, 1.3, 2.4, 1.4

3) 1.6, 2.6, 1.7, 2.7

4) 1.8, 2.8, 3.8, 4.8

5) 4.5, 3.5, 4.4, 3.4

14. Перелом нижней челюсти более вероятен при работе инструментами:

1) клювовидными щипцами без шипиков

2) элеватором Леклюза

3) клювовидными щипцами с шипиками

4) угловым элеватором «от себя»

5) прямыми щипцами

15. Местной причиной кровотечения из лунки является:

1) повышение артериального давления

2) перелом межкорневой перегородки

3) разрыв мягких тканей

4) перелом корня

5) острые края лунки

16. При кровотечении со дна лунки следует провести:

1) тугую тампонаду лунки йодоформной турундой

2) тампонаду устья лунки йодоформной турундой

3) удаление межкорневой перегородки

4) наложение на устье лунки гемостатической губки

5) проводниковое обезболивание

17. При альеолите в первое посещение следует сделать:

1) тугую тампонаду лунки йодоформной турундой

2) кюретаж лунки

3) разрез по переходной складке

4) удалить распавшийся сгусток и рыхло ввести в лунку йодоформную турунду

5) местную анестезию

18. Для остановки кровотечение из стенок лунки проводят:

1) тампонаду йодоформной турундой

2) назначение гипотензивной терапии

3) переливание крови

4) срочную госпитализацию больного

5) сдавление кровоточащего участка кости

19. Для остановки кровотечения при повреждении мягких тканей применяют:

1) переливание крови

2) наложение швов на рану

3) общую гемостатическую терапию

4) антикоагулянты внутривенно

5) местное обезболивание

20. При вскрытии дна гайморовой пазухи проводят:

1) промывание раствором антисептика

2) ушивание лоскутом

3) тугую тампонаду лунки

4) аппликацию антибиотиками

5) кюретаж гайморовой пазухи

21. При переломе корня неправильным действием врача является:

1) удаление полностью корня

2) оставление отломка корня в лунке

3) удаление грануляционной ткани

4) сглаживание острого края кости

5) проведение повторной операции через 7 – 10 дней

22. К отдаленным осложнениями местного характера после операции удаления зуба относится:

1) гипертонический криз

2) вывих височно – нижнечелюстного сустава

3) обморок

4) остеомиелит лунки

5) коллапс

23. При проталкивании корня зуба в задние отделы подъязычной области во время удаления 3.8 и 4.8 производят:

1) рассечение мягких тканей над корнем

2) отслоение слизисто – надкостничного лоскута

3) ушивание лунки зуба

4) госпитализацию больного

5) местное обезболивание

24. К осложнениям, возникающим во время удаления восьмого зуба верхней челюсти, относится:

1) отлом бугра верхней челюсти

2) неврит носо – небного нерва

3) остеомиелит лунки

4) синусит

5) артрит

25. При разрыве десны во время операции удаления зуба показано:

1) тампонирование раны

2) наложение швов на десну

3) обработка раневой поверхности 1% р-ром йода

4) аппликация эпителизирующими средствами

5) диатермокоагуляция

26. Вывих нижней челюсти возможен при удалении зубов:

1) 2.4, 1.4

2) 1.3, 2.3

3) 4.1, 3.1

4) 4.7, 3.7

5) 2.1, 1.1

27. Заключительным этапом при удалении корней зубов является:

1) ротация

2) трактация  
3) сепарация  
4) кюретаж

5) люксация

28. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящими щечками

2) щипцы с несходящими щечками

3) элеваторы прямые

4) элеваторы угловые

5) гладилки

29. Для обработки лунки после удаления зуба применяют:

1) элеватор

2) кюретажную ложку

3) зонд

4) серповидную гладилку

5) зеркало

30. При операции удаления корней центральных резцов верхней челюсти применяется:

1) штыковидный элеватор

2) прямые щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные щипцы со сходящимися щечками

4) S-образные щипцы

5) клювовидные щипцы с несходящимися щечками

**Проверка практических навыков:**

1. Усвоить классификацию общих и местных осложнений возникающий во время удаления зуба.
2. Усвоить клинику, диагностику и тактику ведения больных с метсными осложнениями, возникающими во время удаления зубов.
3. Овладеть методами оказания помощи при обмороке, коллапсе, анафилактическом шоке.

**Практическое занятие №19**

Тема: Осложнения, возникающие после удаления зуба. Причины, диагностика, профилактика.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Методика остановки кровотечения из лунки при удалении зуба; возможные причины.
2. Профилактика и оказание помощи при общих осложнениях: обмороке, коллапсе и анафилактическом шоке.
3. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.
4. Причины местных осложнений, возникающих после удаления зуба.
5. Лечение альвеолита и луночковых болей.
6. Неврологические нарушения после удаления зуба. Их лечение и профилактика.
7. Луночковые кровотечения. Причины, лечение, профилактика.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного зуба 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюст­ной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть зуба 27. При рентгенологическом исследовании зуба 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни зуба 27, при ревизии лунки обна­ружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как уста­новить клинически наличие перфорации?
3. Тактика врача в данном случае?

**Задача 2.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 26, обнаружено сообще­ние с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни зуба 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику поведения врача в данной ситуации.
3. Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом?

**Задача 3.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 16 произошло проталки­вание небного корня верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка зуба 16 пустая, имеется сообщение в области лунки зуба 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти в определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины данного осложнения?
3. Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 4.** Больная, 48 лет, обратилась с просьбой удалить корни зуба 27 с целью подготовки полости рта к протезированию. Во время проведения анесте­зии у больной появилась слабость, головокружение, потемнение в глазах. Пульс учащен и слабый.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите причины подобного состояния?
3. Действия врача в данной ситуации?

**Задача 5.** Больной, 62 лет, для удаления зуба 36 проведена мандибулярная анестезия. После анестезии больная побледнела, появился холодный пот, похолодели конечности, пульс частый, нитевидный, плохого наполнения, артериаль­ное давление низкое, дыхание поверхностное.

1. Поставьте диагноз.
2. Действия врача в данной ситуации.

**Задача 6.** Больной, 42 лет, удален зуб 36. После удаления из лунки обильное кровотечение.

1. Каковы причины местного кровотечения?
2. Каковы могут быть причины общего характера? Тактика врача в данной ситуации.

**Задача 7.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на боли в области удаленного зуба 46. Зуб удален три дня назад, боли иррадиируют в ухо в висок. Изо рта неприятный запах. Местно: слизистая оболочка в области удаленного зуба 46 гиперемирована, отечна, лунка покрыта серым налетом с неприятным запахом.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины возникшего осложнения, причины болей в лунке зуба 46?
3. Тактика врача при данном осложнении.

**Задача 8.** Больной, 72 лет, три дня назад удалили зуб 14. Беспокоят боли по краю альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции ранее удаленного зуба. Местно: лунка под организовавшимся сгустком. При пальпации у лунки определяются выступающие острые края, пальпация которых резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Каково лечение данного заболевания?
3. Какова профилактика данного осложнения?

**Тестовые задания:**

1. Местным осложнением после операции удаления зуба является:

1) перелом корня зуба

2) альвеолит лунки

3) паротит

4) анафилактический шок

5) коллапс

2. Общей причиной кровотечения после удаления зуба является:

1) острый воспалительный процесс в костной ткани

2) разрыв десны

3) гемофилия

4) отлом альвеолярного края

5) синусит

3.Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удаления?:

1) 10—12 день;

2) 12—16 день;

3) 16—18 день,

4) 20—22 день;

5) 24—30 день.

4.Эпителизация многокорневых зубов происхо­дит на какой день после удаления?:

1) 14—18 сутки;

2) 19—23 сутки;

3) 24—28 сутки;

4) 29—32 сутки.

5.При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:

1) 1 неделю;

2) 2 недели;

3) 3 недели;

4) не наблюдается задержки.

6.При наличии воспаления в многокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:

1) 1 неделю;

2) 2 недели;

3) 3 недели;

4) не наблюдается задержки.

7.К какому дню, после удаления зуба, лунка в нор­ме полностью заполняется грануляционной тка­нью?:

1) 3—4 дню;

2) 7—8 дню;

3) через 2 недели;

4) через 3 недели;

5) через 4 недели.

8.На какой день после удаления зуба, на дне и бо­ковых стенках лунки появляются остеоидные балочки?:

1) через 1 неделю;

2) через 2 недели;

3) через 3 недели;

4) через 4 недели.

9.В какие сроки, после удаления зуба, лунка начи­нает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

1) на 14 сутки;

2) на 21 сутки;

3) к концу первого месяца;

4) к середине второго месяца;

5) к концу второго месяца;

6) к началу третьего месяца.

10.В какие сроки, после удаления зуба, лунка за­канчивает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

1) на 20 сутки;

2) на 30 сутки;

3) на 45 сутки;

4) на 60 сутки;

5) на 75 сутки.

11.Через какой срок после операции удаления зуба, протолкнутый корень (зуб) в мягкие ткани, нужно (можно) удалять?:

1) не ранее, чем через 1 неделю;

2) не ранее, чем через 2 недели;

3) не ранее, чем через 3 недели;

4) не ранее, чем через 4 недели.

12.Как называется кровотечение, которое возни­кает после проведения хирургических вмеша­тельств?:

1) идиопатическое;

2) ятрогенное;

3) симптоматическое;

4) риногенное.

13.После удаления зуба показано:

1) интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;

2) употребление горячей пищи или кофе в течение 2-х часов после операции;

3) антисептические ванночки, противопоказанны интен­сивные полоскания полости рта;

4) значительные физические нагрузки;

5) УВЧ терапия в термической дозе.

14. Хирургическая обработка раны после удаления зуба заключается:

1) в удалении мелких осколков из лунки, тугая тампонада

2) в ушивании лунки

3) в выскабливании альвеолы и удалении кровяного сгустка

4) в промывании лунки раствором антисептика

5) убедиться, все ли корни удалены, в извлечении мелких осколков, сдавливании краев лунки

15. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов:

1) 12-14 дней

2) 1 месяц

3) 7-10 дней

4) 1 год

5) 3-4 месяца

16. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся:

1) повреждение сосудов

2) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови

3) перелом коронки зуба

4) травматическое удаление зубов

5) верно б) и г)

17. Укажите все варианты ответов.Какие надо дать рекомендации больному по поводу его поведения после удаления зуба:

1) не пить и не есть холодного

2) не пить и не есть горячего в течение 2-х часов

3) не полоскать полость рта в течение суток

4) в первые сутки после удаления зуба интенсивно полоскать полость рта, чтобы не скапливались микроорганизмы

5) воздержаться от какой-либо еды в течение 2-х часов после удаления

18. Пациент, 24 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в связи с затрудненным прорезыванием зуба мудрости, осложнившимся остеомиелитом нижней челюсти и флегмонами крыло-челюстного и окологлоточного пространств. В анамнезе – сахарный диабет. После удаления зуба и вскрытия флегмон в последующие сутки после операции в комплексе лечебных мероприятий Вы используете воздействие на патологический очаг:

1) ультразвука

2) электрического поля УВЧ в тепловой фазе

3) гипотермии

4) УФ-облучения

5) гелий-неонового лазера

19. При позднем луночковом кровотечении имеет место:

1) нарушение длительности кровотечения

2) удлинение времени свертываемости

3) тромбоцитопения

4) недостаточность антигемофильного фактора

5) повышение фибринолитической активности

20. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии интактности окружающих тканей:

1) тампонада лунки зуба

2) тампонада лунки зуба и ее ушивание

3) ушивание слизистой над лункой любым способом

4) оставление лунки без тампонады и без ушивания

5) срочная госпитализация больного

21. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии проталкивания корня в пазуху:

1) ушивание слизистой над пазухой, корень остается в пазухе

2) ушивание лунки и госпитализация в показанные сроки для удаления корня из пазухи

3) лунка не ушивается, операция на пазуху в плановом порядке

4) лунка не ушивается, попытка достать корень в поликлинике

5) лунка не ушивается, госпитализация для операции на пазухе с удалением инородного тела и ушиванием лунки

22. Тактика врача при случайном вскрытии верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба в условиях воспаленных тканей с внедрением корня в пазуху:

1) попытка удаления корня в поликлинике, ушивание лунки, консервативное лечение

2) консервативное лечение воспалительного процесса в поликлинике, госпитализация для плановой операции в показанные сроки

3) ушивание лунки, немедленная госпитализация

4) попытка удаления корня в поликлинике, консервативное лечение

5) немедленная госпитализация

23. Допустимый срок местной пластики перфорации дна верхнечелюстной пазухи не сопровождающейся ревизией последней:

1) в течение 48 часов

2) в течение 24 часов

3) в течение 2-х недель после перфорации

4) спустя 1 месяц

5) спустя 2 месяца

24. Ведущий симптом при альвеолите:

1) распад сгустка крови в лунке удаленного зуба

2) инфицирование лунки

3) неприятный запах изо рта

4) боль, гиперемия и отечность местных тканей

25. Тактика хирурга – стоматолога поликлиники при проталкивании зуба или корня глубоко в окружающие челюсть мягкие ткани:

1) попытаться удалить зуб из глубоких отделов мягких тканей в поликлинике, сделав дополнительные разрезы

2) госпитализировать больного в стационар и там будет удален корень из мягких тканей ЧЛО

3) оставить корень в мягких тканях под наблюдение, надеясь на его самостоятельное отторжение

4) повторить попытку удаления корня или зуба из мягких тканей в поликлинике, проведя местное обезболивание самому

5) вызвать челюстно-лицевого хирурга из стационара и попытаться удалить корень или зуб, попавший в мягкие ткани, под местным обезболиванием

26. Какие надо дать рекомендации больному по поводу его поведения после удаления зуба:

1) не пить и не есть холодного

2) не пить и не есть горячего в течение 2-х часов

3) не полоскать полость рта в течение суток

4) в первые сутки после удаления зуба интенсивно полоскать полость рта, чтобы не скапливались микроорганизмы

5) воздержаться от какой-либо еды в течение 2-х часов после удаления

27. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:

1) паротит

2) кровотечение

3) невралгия тройничного нерва

4) артрит височно – нижнечелюстного сустава

5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

28. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) альвеолит

29. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) остеомиелит

30. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) альвеолоневрит

**Проверка практических навыков:**

1. Усвоить классификацию общих и местных осложнений возникающий после операции удаления зуба.
2. Усвоить клинику, диагностику и тактику ведения больных с метсными осложнениями, возникающими после операции удаления зубов.
3. Освоить методику остановки кровотечния из лунки после удалении зуба

**Модуль 3. Воспалительные заболевания**

**Практическое занятие №20**

Тема: Классификация воспалительных заболеваний. Этиология, патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация и сравнительная частота воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтитов.
3. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита, клиническая картина и лечение.
4. Хронические периодонтиты, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение, показания к сохранению или удалению зуба.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными?
5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Тестовые задания:**

1.Периодонтит — это:

1) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;

2) воспалительный процесс, поражающий ткани перионта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;

3) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

2.Ширина периодонтальной щели нормально функонирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет:

1) 0,05—0,10 мм;

2) 0,10—0,15 мм;

3) 0, 15—0,22 мм;

4) 0,20—0,25 мм;

5) 0,25—0,30 мм.

3.Ширина периодонтальной щели нормально функонирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет:

1) 0,05—0,10 мм;

2) 0,10—0,15 мм;

3) 0,15—0,22 мм;

4) 0,22—0,25 мм;

5) 0,25—0,30 мм.

4.Развитие периодонта происходит за счет:

1) адамантобластов (амелобластов);

2) центральной части зубного сосочка;

3) мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка.

5.Особенностью тканей периодонта является наличие:

1) коллагеновых волокон;

2) эпителиальных клеток;

3) цементобластов;

4) остеобластов и остеокластов;

5) фибробластов;

6) плазматических клеток;

7) макрофагов.

6.По локализации гранулемы различают:

1) апикальные и латеральные;

2) апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые;

3) простая, сложная, кистогранулема.

7.Э. Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:

1) медикаментозное;

2) инфекционное;

3) травматическое.

8.Боли при остром серозном периодонтите:

1) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, уси­ливаются при накусывании;

2) ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;

3) острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусы­вании, увеличиваются по ночам;

4) острые, пульсирующие, иррадиируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы "вырос".

9.Припухлость мягких тканей при остром сероз­ном периодонтите:

1) нет;

2) есть, но небольшая;

3) выраженная.

10.При остром серозном периодонтите изменения на рентгенограмме:

1) отсутствуют;

2) имеются.

11.Боли при остром гнойном периодонтите:

1) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при наку­сывании;

2) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, а также при накусывании, зуб как бы «вырос»;

3) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб безболезненное.

12.Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:

1) синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положи­тельный;

2) гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной;

3) без видимых изменений.

13.Появляется ли отек мягких тканей при остром гнойном периодонтите?:

1) да;

2) нет.

14.Страдает ли общее состояние больного при остром гнойном периодонтите?:

1) нет;

2) да, но крайне редко;

3) появляются симптомы интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры и др.).

15.При остром гнойном периодонтите есть ли из­менения в анализах крови больного?:

1) изменений нет;

2) лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо;

3) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз;

4) лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ.

16.При остром гнойном периодонтите костные из­менения на рентгенограмме:

1) отсутствуют;

2) имеются выраженные

17.Хронические периодонтиты различают:

1) серозный, гнойный;

2) гранулирующий, фиброзный и гранулематозный;

3) апикальные, диффузные.

18.Симптоматика хронического гранулирующего периодонтита:

1) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болез­ненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;

2) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазо-пареза", на рентгенограмме — участок резорбции кост­ной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;

3) острые пульсирующие, иррадиирующиеболи, усили­ваются при накусывании, зуб как бы "вырос", припух­лость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови — лейко­цитоз, ускоренное СОЭ;

4) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, сли­зистая оболочка альвеолярного отростка без изме­нений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба име­ется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

19.Симптоматика острого гнойного периодонтита:

1) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании,иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болез­ненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;

2) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме — участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;

3) острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усили­ваются при накусывании, зуб как бы "вырос", припух­лость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови — лейко­цитоз, ускоренное СОЭ;

4) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изме­нений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба име­ется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

20.Симптоматика хронического гранулематозного периодонтита:

1) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании,иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болез­ненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;

2) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме — участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;

3) острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усили­ваются при накусывании, зуб как бы "вырос", припух­лость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на  
рентгенограмме изменений нет, анализ крови — лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;

4) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

21.Острый периодонтит реже наблюдается у:

1) детей;

2) подростков;

3) молодых людей;

4) пожилых людей.

22.Обострение хронического периодонтита менее выражено у:

1) детей;

2) подростков;

3) молодых людей;

4) пожилых людей.

23.Для периодонтитов, протекающих у людей преклонного возраста нехарактерно:

1) наличие свищей и их локализация;

2) длительное функционирование свищей без наклонности к их закрытию;

3) отсутствие пышных грануляций в области устья свища;

4) обширная секвестрация.

24.Реплантация и резекция верхушки корня зуб неприменима у:

1) детей;

2) молодых людей;

3) пожилых людей.

25.Какой основной метод хирургического лечены периодонтитов проводится у пожилых людей?:

1) удаление зуба;

2) гемисекция;

3) коронаро-радикулярная сепарация;

4) резекция корня;

5) реплантация.

26.При осложнении периодонтита острым серозным периоститом необходимо ли проводить периостеотомию?:

1) не нужно;

2) нужно.

27.Антибактериальная терапия у больных с обострением хронического периодонтита?:

1) назначается;

2) не назначается;

3) назначается только у ослабленных людей и при сопутствующих заболеваниях

28.Периодонтально-фиброзный тип сращения пере­саженного зуба с альвеолой возникает при:

1) при полном удалении надкостницы альвеолы и перио­донта корня зуба;

2) при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба;

3) при полном сохранении надкостницы альвеолы иостатков периодонта на корнях зуба.

29.Показанием к гемисекции и ампутации корня яв­ляется:

1) значительный дефект костных тканей лунки;

2) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра;

3) зуб не представляет функциональной и космети­ческой ценности;

4) наличие сросшихся корней.

30.Аутотрансплантация — это пересадка удален­ного зуба?:

1) в его же альвеолу;

2) в другую альвеолу.

**Проверка практических навыков:**

1. Усвоить классификацию воспалительных заболеванийтканей челюстно-лицевой области и шеи одонтогенной и неодонтогенной природы.
2. Знать предраспологающие факторы возникновения однотогенных воспалительных заболеваний.
3. Усвоить пути распространения одонтогенной инфекции по протяжению, по кровеносным и лимфатическим сосудам.

**Практическое занятие №21**

Тема: Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. Операции: резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня. Осложнения при хирургических методах лечения хронического периодонтита во время операции и в послеоперационном периоде. Реплантация зуба.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Показания к операциям: резекции верхушки корня, ампутации корня зуба, гемисекции.
2. Техника выполнения операций: резекции верхушки корня, ампутации корня зуба, гемисекции.
3. Осложнения при резекции верхушки корня зуба: резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня.
4. Подготовка зуба к реплантации и техника операции.
5. Иммобилизация пересаженного зуба.
6. Особенности приживления зубов и прогноз.
7. Аутотрансплантация зуба, аллотрансплантация зубов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У больного, 52 лет, имеется образование на нижней губе справа, достигающее размера до 1,0 см и периодически отторгающееся. При осмотре на красной кайме нижней губы справа определяется образование в виде конуса с выраженными участками гиперкеритоза, имеющее гряз­но-серый или коричнево-серый цвет, плотно спаянное с основанием. Окружающие ткани уплотнены и воспалены.

* + - * 1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
        2. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 65 лет, жалуется на появление трещин и эрозий на слизистой оболочке щечной области слева. 24, 25, 26, 27 - II, III степени подвижности, имеются патологические зубодесневые карманы, периодически возникают в этой области парадонтальные абсцессы. На слизистой оболочке щечной области слева имеется участок поражения с выраженными явлениями лейкокератоза в виде бородавчатых разрастаний, размером 1,0x1,0 см, которое выступает над окружающими тканями, основание его инфильтрировано.

* + - 1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
      2. Составьте план лечения.
      3. Определите признаки не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.

**Задача 3.** Больная, 60 лет, жалуется на плохую фиксацию протеза на нижней челюсти. Около 2-х месяцев назад на боковой поверхности языка справа появилось язвенное образование. Полгода назад у больной проводилось удаление конкремента из правого вартонова протока. На боковой поверх­ности языка справа определяется поверхностная, неправильной формы язва, размером 0,5-1,0 см. Окружающие ткани гиперимированы и отечны. Пальпация образования болезненна, полость рта не санирована.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 4.** Больной, 63 лет, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба. Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование, в виде небольших мягких выростов на широком основании, покрытое гиперемированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височнонижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 5.** Больной, 50 лет, жалуется на наличие образования в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Больной пользуется съемным протезом. При осмотре полости рта определяется четко ограниченный участок измененной слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти справа с язычной стороны, ярко красной окраски с бархатистой поверхностью, местами встречаются участки ороговения. На поверхности образования имеются эрозии.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких анамнестических сведений не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 6.** Больной, 55 лет, жалуется, на длительно существующее новообразо­вание в области задней трети боковой поверхности языка слева. На боко­вой поверхности языка слева имеется образование, в виде возвышающихся бляшек, покрытое корками. Соответствующая поверхность языка уплощена за счет атрофии и рубцевания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каких симптомов не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 7.** У больной, 72 лет, на коже боковой поверхности крыла носа слева определяется образование, медленно растущее, напоминающее язвенную поверхность, покрытую пигментированной коркой, при снятии которой отмечается кровоточивость.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 8.** Больная, 70 лет, жалуется на не заживающую язву на красной кайме нижней губы справа. Из анамнеза отмечается хроническое воспаление поднижнечелюстной слюнной железы справа с обострением в осенне-ве­сенний период. На кожных покровах щечных областей определяются вы­сыпания, по форме напоминающие «бабочку». На красной кайме нижней губы справа имеется инфильтрированный очаг язвенной поверхности, при пальпации болезненный. На слизистой оболочке нижней губы справа во­круг имеющейся язвы выявляются участки гиперкератоза в виде папул, поверхностный слой образования не снимается при поскабливании. Имеется ободок эритемы вокруг участка поражения.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 9.** У больного, 66 лет, обнаружено язвенно-инфильтративное поражение тканей нижней губы слева, характеризующее рак. Год назад у больного был удален камень из поднижнечелюстной слюнной железы справа.

1. Опишите симптомы озлокачествления при язвенных формах предрака.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 10.** Больной, 66 лет, наблюдается в онкологическом диспансере после предыдущего лучевого лечения по поводу рака нижней губы справа. Жа­луется на боли и хруст в области ВНЧС справа. При осмотре определяют­ся атрофические изменения слизистой оболочки красной каймы и тканей нижней губы справа. Периодически на красной кайме этой области появ­ляются трещины и изъязвления.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 11.** Больная, 62 лет, жалуется на жжение иналичие эрозий в области слизистой оболочки правой щечной области. Прием острой и горячей пищи болезненный, определяется патологическая стираемость зубов верх­ней и нижней челюсти. На слизистой оболочке правой щечной области, по переходной складке, ретромолярной области определяются эрозии с участками гиперкератоза в виде папул и инфильтрации подлежащих тка­ней.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 12.** В поликлинику на прием обратился ребенок 12 лет с жалобами на резкую, постоянную боль в области второго верхнего резца слева, иррадиирующую в область левого глаза. Применение холода несколько снижало интенсивность боли. Отмечается чувство "выросшего" зуба, накусывание на зуб или прикосновение к нему вызывало резкое усиление боли.

Объективно: скученность нижних фронтальных зубов, трапецевидная форма нижнего зубного ряда. На небной поверхности коронки 21 зуба глубокая кариозная полость, слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована, отечна, перкуссия резко болезненна, зондирование кариозной полости безболезненно, определяется подвижность 21 зуба. На внутриротовой рентгенограмме определяется деструкция костной ткани в области проекции верхушки корня 21 зуба, округлой формы, диаметром до 0,5 см, с четкими границами.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.

3.Составьте план лечения.

**Задача 13.** В поликлинику обратился ребенок 5 лет с жалобами на боль в области правой верхней челюсти. Болел в течение 4 суток. Лечился "домашними" средствами: анальгин, аспирин, грелки. Общее состояние средней тяжести: температура тела 38 градусов, пульс 112 ударов в минуту.

Анализ крови: содержание лейкоцитов - 12400, эозинофилов - 1%, палочкоядерных нейтрофилов - 8%, сегментоядерных нейтрофилов - 71%, лимфоцитов - 16%, миелоцитов - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

Объективно: 16 зуб разрушен, подвижен, на небе слизистая гиперемирована, определяется флюктуация.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Укажите вид обезболивания

**Задача 14.** Больной Б., 5 лет, предъявляет жалобы на боли в нижней челюсти слева в течение 3 дней, припухлость в околоушно-жевательной области, повышение температуры тела, общее недомогание.

Объективно: нарушение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей левой щечной области, кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. При пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется плотное, умеренно болезненное образование округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, около 1,5 см в диаметре. Рот открывается на 2,5 см. Подвижность 75 зуба - 1 степени, коронка разрушена на 2/3, зондирование безболезненное и перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 74, 75 зубов сглажена, слизистая отечна, гиперемирована, при пальпации флюктуирует.

При осмотре полости рта определяется отсутствие физиологических трем и диастем на верхней и нижней челюстях, не стершиеся бугорки 83, 73 зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза.

3. Составьте план лечения.

**Задача 15.** Больная А., 11 лет, обратилась с жалобами на припухлость левой щеки, ноющую боль в области нижнего левого жевательного зуба.

Объективно: ассиметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей щеки слева, кожа эластичная, собирается в складку. В области 36 зуба пальпируется уплотнение. Отмечается сглаженность переходной складки в области 36 зуба, слизистая гиперемирована. Коронка 36 серо-розового цвета, дистальная стенка разрушена, на окклюзионной поверхности большая пломба из композита химического отверждения; перкуссия болезненная, подвижность 1 степени.

Анамнез: ранее зуб был лечен по поводу осложненного кариеса ампутационным методом с применением резорцин-формалиновой пасты.

1.Предположительный диагноз?

2.Дополнительные методы исследования?

3. План лечения.

**Задача 16.**В процессе плановой санации у пациента М., 5 лет, выявлена глубокая кариозная полость в 84 зубе, заполненная пигментированным размягченным дентином, зуб изменен в цвете, на слизистой в проекции корня зуба определяется свищ с гнойным отделяемым; перкуссия, зондирование безболезненны.

1. Поставьте диагноз?

2. Дополнительные методы обследования?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 17.** Ребенку 4 года. Жалобы на периодические боли и появление свяща в области нижнего правого жевательного зуба. Боли не сильные, сопровождающиеся незначительной отечностью десны, и чаще самопроходящие.

Анамнез: 85 зуб лечили по поводу кариеса в одно посещение 2 года назад. Больше к врачу не обращался.

Объективно: в 85 зубе имеется металлическая пломба на жевательной поверхности. Нарушение краевого прилегания и усадки пломбы нет. Зуб незначительно изменен в цвете. Десна в области проекции корней зуба с синюшним оттенком, свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделяемым. Перкуссия болезненная. При пальпации десны в области 85 зуба определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти. Зуб незначительно подвижен, при накусывании на твердый предмет происходит побеление десны.

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какой дополнительный метод скорее всего подтвердит Ваш диагноз.

3. Какое специфическое лечение в первую очередь Вы назначите.

**Тестовые задания:**

1. Реплантация и резекция верхушки корня зуб неприменима у:

1) детей;

2) молодых людей;

3) пожилых людей.

2.Какой основной метод хирургического лечены периодонтитов проводится у пожилых людей?:

1) удаление зуба;

2) гемисекция;

3) коронаро-радикулярная сепарация;

4) резекция корня;

5) реплантация.

3. Реплантация зуба—это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой и зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу ;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

4.Гемисекциязуба—это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковрй частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

5. Ампутациязуба—это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

6. Коронаро-радикуляционная сепарация—это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) Рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

7. Показание к резекции верхушки корня зуба—это:

1) пародонтит;

2) обнажение анатомической шейки зуба;

3) поднадкостничная гранулема;

4) апиколатеральные и латеральные гранулемы;

5) отсутствие части передней стенки альвеолы.

8. Противопоказание к резекции верхушки корня зуба—это:

1) перелом верхней трети корня зуба;

2) апиколатеральные и латеральныег ранулемы;

3) искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии;

4) поднадкостничная гранулема;

5) перелом инструмента в корневом канале зуба.

9.Показанием к гемисекции и ампутации корня яв­ляется:

1) значительный дефект костных тканей лунки;

2) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра;

3) зуб не представляет функциональной и космети­ческой ценности;

4) наличие сросшихся корней.

10.Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является:

1) наличие костного кармана в области одного из корней

2) премоляра и моляра;

3) пришеечный кариес одного из корней;

4) вертикальный раскол зуба;

5) значительный дефект костных тканей лунки;

6) наличие межкорневой гранулемы.

11.Гемисекцию и ампутацию корня проводят:

1) только с отслаиванием слизисто-надкостничного лос­кута;

2) без его отслаивания;

3) ранее перечисленными двумя способами.

12.Показания к проведению коронаро-радикулярной сепарации:

1) патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более;

2) перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки.

13.Противопоказания к проведению коронаро-радикулярной сепарации:

1) перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки;

2) наличие межкорневой гранулемы небольших размеров;

3) патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более.

14.Аутотрансплантация — это пересадка удален­ного зуба?:

1) в его же альвеолу;

2) в другую альвеолу.

15. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится  
1)паротит  
2)невралгия тройничного нерва  
3) перфорация дна верхнечелюстной пазухи  
4)артрит височно-нижнечелюстного сустава  
5)анкилоз височно-нижнечелюстного сустава  
  
16. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится  
1)паротит  
2) отлом бугра верхней челюсти  
3)невралгия тройничного нерва  
4)артрит височно-нижнечелюстного сустава  
5)анкилоз височно-нижнечелюстного сустава  
  
17. Возможным осложнением во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти является  
1)синусит  
2)периостит  
3)альвеолит  
4)остеомиелит  
5) перелом нижней челюсти  
  
18. К общесоматическим осложнениям во [время операции удаления зуба относят](http://stomfaq.ru/mestnie-oslojeniya-vo-vremya-operacii-udaleniya-zuba-k-obshim/index.html):  
1)синусит  
2) альвеолит  
3)остеомиелит  
4) гипертонический криз  
  
19. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления моляров нижней челюсти, относится  
1)синусит  
2)периостит  
3)альвеолит  
4) вывих нижней челюсти  
5)остеомиелит

20. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят  
1) синусит  
2) бморок  
3) альвеолит  
4)остеомиелит  
  
21. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:  
1) синусит  
2) коллапс  
3)альвеолит  
4)остеомиелит  
  
22. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят  
1) миозит  
2)коллапс  
3) невралгию  
4)остеомиелит  
  
23. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят  
1)миозит  
2)коллапс  
3)невралгию  
4) альвеолоневрит  
  
24. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят  
1)миозит  
2)коллапс  
3) гайморит  
4)невралгию

25. Реплантация зубов - это

1) введение в кость имплантата

2) пересадка одного зуба в лунку другого

3) увеличение высоты альвеолярного отростка

4) изменение положения дистопированного зуба

5) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация

26.Противопоказания к проведению коронаро-радикулярной сепарации:

1)перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки

2)наличие межкорневой гранулемы небольших размеров

3)патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более

27.Верхушку корня при операции резекции верхушки корня удаляют:

1)фисурным бором

2)элеватором

3)прямыми щипцами

4)клювовидными щипцами

28.Для восстановление костной ткани после резекции верхушки корня можно исспользовать:

1)йодоформ

2)фосфат цемент

3)коллапан

4)стрептоцид

29.Гемисекция зуба - это:

1)удаление корня вместе с прилегающей к нему корон­ковой частью зуба

2)удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба

3)пересадка удаленного зуба в его же альвеолу

4)рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последую­щим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой

30. Гемисекция предполагает:  
1) удаление корня, не подлежащего лечению, с прилежащей к нему коронковой частью зуба  
2) удаление корневой части зуба до бифуркации  
3) удаление верхней трети корня зуба  
4) удаление верхушки корня

**Проверка практических навыков:**

1. Научиться диагностировать острый гнойный периодотит и обострение хронического периодонтита.
2. Научиться своевременным принципам хирургического лечения хронических периодонтитов.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику острого и хронического периодонтита в стадии обострения.
4. Научиться оказывать неотложную помощь при остром и хроническом периодотите в стадии обострения.
5. Усвоить показания и противпоказания к операции резекции верхушки корня зуба.
6. Освоить методику резекции верхушки корня зуба, гемисекции, ампутации корня зуба, короннорадикулярной сепарации.
7. Знать подготовку зубасохраняющего операцией.

**Практическое занятие №22**

Тема: Острый и хронический периостит челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого гнойного периостита.
2. Клиническая картина и лечение периостита верхней челюсти.
3. Особенности клинической картины и лечения абсцесса твердого неба.
4. Клиническая картина и лечение периостита нижней челюсти.
5. Хронический периостит. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными?
5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Тестовые задания:**

1.Периостит — это:

1) инфекционно- аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;

2) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;

3) воспалительный процесс, поражающий ткани перио­донта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

2.От чего не зависит особенность течения острого одонтогенного периостита челюсти?:

1) общей и местной реактивности организма;

2) вирулентности микрофлоры;

3) пола больного;

4) возраста больного;

5) локализации воспалительного процесса.

3.Причиной острого одонтогенного периостита че­люстей наиболее часто являются:

1) резцы;

2) клыки;

3) премоляры;

4) моляры.

4.Боль в зубе при остром серозном периостите имеет следующий характер:

1) острая иррадиирующая, зуб как бы "вырос", резко положительная вертикальная перкуссия зуба;

2) острая иррадиирующая, приступообразная, усили­вающаяся по ночам, перкуссия зуба отрицательная;

3) боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль в челюсти, иррадиация болей редкая, перкуссия зуба чаще положительная;

4) боль в нескольких зубах, подвижность их, гноевыделение из-под десен, перкуссия зуба положительная или отрицательная.

5.Парестезия нижней губы наблюдается при пе­риостите с локализацией воспалительного процес­са в области:

1) резцов;

2) клыка;

3) премоляров;

4) моляров.

6.При остром периостите как изменены регионар­ные лимфоузлы?:

1) не изменены;

2) подвижные, малоболезненные слегка увеличены,  
3) мягкие на ощупь;

4) болезненные, увеличены, плотноэластической консис­тенции, подвижные;

5) безболезненные,увеличены, плотные, малопод­вижные, спаяны с окружающими тканями.

7.При остром периостите на рентгенограмме че­люсти выявляются изменения:

1) изменений нет;

2) характерные для хронического периодонтита;

3) секвестрация.

8.При остром одонтогенном периостите появля­ются следующие изменения в крови:

1) изменений нет;

2) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозино-пения, лимфопения, увеличение СОЭ;

3) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ;

4) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз, базофилия.

9.Лечение острого серозного одонтогенного пе­риостита:

1) удаление или лечение причинного зуба (по показа­ниям), периостеотомия, физиотерапия;

2) удаление или лечение причинного зуба (по показа­ниям), физиотерапия, медикаментозное лечение;

3) обязательное удаление причинного зуба, перио­стеотомия, медикаментозное лечение.

10.Лечение острого гнойного одонтогенного пе­риостита:

1) удаление или лечение причинного зуба (по показа­ниям), назначение медикаментозного лечения;

2) удаление или лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лече­ние;

3) лечение причинного зуба, вскрытие поднадкост­ничного абсцесса, медикаментозное лечение.

11.Каким методом вскрывают поднадкостничный абсцесс на твердом нёбе?:

1) линейный разрез параллельно альвеолярному краю;

2) иссечение небольшого участка мягких тканей треу­гольной формы;

3) линейный разрез перпендикулярно срединному нёб­ному шву.

12.Различают хронический периостит?:

1) гиперпластический и гиперостозный;

2) гнойный, гиперпластический, рарефицирующий;

3) простой, оссифицирующий, рарефицирующий;

4) гнойный, деструктивный, гиперостозный.

13.Причина рарефицирующего периостита?:

1) травма;

2) периодонтитные зубы;

3) кисты челюстей;

4) воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах.

14.Рарефицирующий периостит чаще всего лока­лизуется:

1) во фронтальном отделе;

2) в ментальном отделе;

3) в области угла нижней челюсти;

4) в области бугра верхней челюсти.

15.Лечение простого хронического периостита:

1) удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1—2% раствора йодида калия;

2) удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, 3) удаление вновь образованной кости;

4) ревизия патологического очага, удаление организо­вавшейся гематомы.

16.Лечение оссифицирующего периостита:

1) удаление причинного зуба, назначение электро­фореза 1—2% раствора йодида калия;

2) удаление причинного зуба, иссечение пролифе-ративно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;

3) ревизия патологического очага, удаление организо­вавшейся гематомы.

17.Лечение рарефицирующего периостита:

1) удаление причинного зуба, назначение электро­фореза 1—2% раствора йодида калия;

2) удаление причинного зуба, иссечение пролифе-ративно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;

3) ревизия патологического очага, удаление организо­вавшейся гематомы.

18.Острый период одонтогенного периостита у пожилых людей протекает?:

1) бурно;

2) вяло;

3) ничем не отличается от лиц другого возраста.

19.Длительно текущий хронический периостит у детей заканчивается:

1) остеомиелитом;

2) гайморитом и фронтитом;

3) гиперостозом;

4) подкожной гранулемой лица;

5) опухолью.

20.На основании чего, чаще всего, приходится про­водить дифференциальную диагностику периости­та с остеомиелитом, кистой и остеомой?:

1) анамнестических данных;

2) клинико-рентгенологических данных;

3) инцизионной биопсии;

4) цитологических данных.

21.В целях предупреждения гайморита, возникаю­щего как осложнение острого одонтогенного перио­стита премоляров и моляров верхней челюсти наз­начают?:

1) 1—3% раствора эфедрина в течение 2—3 суток;

2) 0,1% раствор нафтизина или санорина, галазолин в течение 5—6 суток, УВЧ или СВЧ;

3) в термической дозе УВЧ;

4) на область верхнечелюстной пазухи электрофорез анестетика.

22.При каком виде хронического периостита вновь образованная кость после лечения подвергается обратному развитию?:

1) простой хронический периостит;

2) оссифицирующий периостит;

3) рарефицирующий периостит

23. Какое из заболеваний чаще других является причиной развития острого гнойного периостита челюсти?

1) острый периодонтит

2) обострившийся хронический периодонтит

3) нагноившаяся радикулярная киста

4) общий гнойный пульпит

5) альвеолит

24. При какой локализации периостита челюсти возникает затрудненное открывание рта?

1) с вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти в области моляров

2) с вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров

3) с вестибулярной и небной сторон верхней челюсти в области премоляров

4) с язычной стороны нижней челюсти в области премоляров

5) с вестибулярной стороны верхней челюсти в области моляров

25. Болен 3 дня, когда после охлаждения появилась боль в разрушенном кариесом 46 зубе. Применял тепловые полоскания, анальгетики. Боль в зубе уменьшилась, но появилась боль в челюсти и припухлость лица. При осмотре имеется отек щеки справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка альвеолярной части челюсти с вестибулярной стороны в области зубов 47, 46, 45, 44 отечна, гиперемирована. При пальпации переходной складки определяется болезненный инфильтрат в области этих зубов. В 46 зубе кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия болезненна. Установите диагноз?

1) острый гнойный периостит челюсти

2) острая стадия остеомиелита челюсти

3) абсцесс нижнего отдела щечной области

4) острый лимфаденит поднижнечелюстной области

5) острый гнойный периодонтит 46 зуба

26. Выберите все правильные варианты ответов. Периостит челюсти может возникнуть:

1) при обострении хронического периодонтита и переохлаждении больного

2) после перенесенного гриппа и нагноении однотогенной кисты

3) после пломбирования канала корня зуба и физического переутомления

4) при лечении общего гнойного пульпита и нервного напряжения

27. Выберите все правильные варианты ответов. Пути распространения инфекции из периодонта в надкостницу:

1) по каналам остеонов

2) по расширенным костномозговым пространствам в стенке лунки

3) по лимфатическим и кровеносным сосудам стенки лунки

4) по сосудисто – нервному пучку зуба

5) через узуру в стенки лунки

28. Выберите все правильные варианты ответов. Укажите, какие морфологические изменения возникают в кости при периостите челюсти?

1) отек костного мозга

2) инфильтрация костного мозга

3) остеокластическая резорбция костных балок

4) тромбоз кровеносных сосудов

5) некроз костной ткани

29.Выберите все правильные варианты ответов. При остром гнойном периостите челюсти микроскопически обнаруживается гнойная инфильтрация:

1) эндоста

2) периоста

3) костного мозга

4) костных балок

30. Выберите все правильные варианты ответов. Жалобы больного в периоститом челюсти:

1) постоянная боль в челюсти

2) приступообразная боль в нескольких зубах

3) приступообразная боль в причинном зубе

4) постоянная боль в нескольких зубах

5) постоянная боль в причинном зубе

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клиническую картину, особенности течения, периоститы на верхней и нижней челюстях.
2. Освоить методику вскрытия поднадкостничных абсессов и методов их дренирования.
3. Знать антибактериальные медикаментозные средства, методы физиотерапии при лечении периостита.

**Практическое занятие №23**

Тема: Болезни прорезывания зубов. Причины. Клиника, диагностика, лечение.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация аномалий прорезывания зубов.
2. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости – перекоронит.
3. Этиология, патогенез, клиническая картина острого перикоронита.
4. Клиническая картина гнойного перикоронита.
5. Хронический перикоронит.
6. Позадимолярный периостит. Клиника, дифференциальная диагностика.
7. Лечение перикоронита и позадимолярного периостита.
8. Осложнение перикоронита и позадимолярного периостита.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и само­произвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании опреде­ляется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в облас­ти которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне вер­хушки корня зуба 22*.* Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкус­сия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области вер­хушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими грани­цами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет колла­терального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на наличие корней зубов 45, 44, 43. Больная готовится к протезированию. Местно: зубы 45, 44 коронковая часть раз­рушена полностью, частично покрыта слизистой оболочкой, у зуба 43 1/3 ко­ронковой части сохранена. Остальные зубы на нижней челюсти отсут­ствуют. При рентгенологическом исследовании зубов 45, 44, 43 - периодонтальная щель зубов 45, 44 расширена, зуб 43 - без особенностей.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 46 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32. Неоднократно лечилась у пародонтолога. Местно: зубы 42, 41, 31, 32 подвижность Ш степени. При пальпации из карманов 42, 41, 31, 32 зубов гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании 42, 41, 31, 32 зубов определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 8.** Больная, 22 лег, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, периодически возникающую припухлость и боль в области зуба 38. Неприят­ный запах изо рта. Слизистая оболочка в области зуба 38 незначительно гиперемирована, отечна. Зуб 38прорезался дистальными буграми. При рентгено­логическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению зуба 38 и составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 40 лет, обратился с целью санации полости рта. Больной страдает гемофилией. Местно: коронковая часть зуба 26 разрушена, корни раз­делены. Зуб ранее лечен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению и составьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 54 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость со сто­роны неба в области зуба 26. Три месяца назад перенес инфаркт миокарда. Местно: коронковая часть зуба 26разрушена, слизистая оболочка неба гйперемирована, отечна, определяется участок флюктуации, пальпация неба резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 23 лет, беременность - 24 недели, обратилась с целью сана­ции полости рта. Местно: коронковые части зубов 46, 36 разрушены, корни зубов 46, 36 разделены, перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите ряд дополнительных мероприятий, необходимых при удалении зубов у беременных женщин, и сроки его проведения.

**Задача 12.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта. Боли при глотании, а также в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой под­челюстной области. Местно: рот открывается на, 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 13.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 14.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Задача 15.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в зубе 37, ранее зуб 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, зуб 37 интактный, зуб 38упирается в зуб 37 дистальными буграми.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Техника удаления зуба 38.

**Тестовые задания:**

1. Какое заболевание не относится к затрудненному прорезыванию зуба мудрости?:

1) ретенция;

2) дистопия;  
3) гайморит;

4) перикоронит.

2. Ретенция зуба — это:

1) задержка сроков прорезывания нормально сформиро­вавшегося постоянного зуба;

2) неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку;

3) неправильное положение в зубном ряду прорезав­шегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

3. Дистопия — это:

1) задержка сроков прорезывания нормально сформи­ровавшегося постоянного зуба;

2) неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку;

3) неправильное положение в зубном ряду прорезав­шегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

4. Ретенция чаще наблюдается при прорезывании:  
1) верхних клыков, нижних зубов мудрости;

2) нижних клыков, нижних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов;

3) верхних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов.

5. Дистопированными чаще бывают:

1) верхние и нижние премоляры;

2) резцы;

3) клыки;

4) нижние зубы мудрости;

5) верхние зубы мудрости.

6. В зависимости от расположения ретенированного нижнего зуба мудрости не различают какое положение?:

1) вертикальное;

2) горизонтальное;

3) медиально-косое;

4) дистально-косое;

5) язычное;  
6) нёбное;

7) щечное;

8) комбинированное.

7. Дистально-косое положение нижнего зуба муд­рости — это когда:

1) ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;

2) ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;

3) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;

4) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;

5) ось зуба наклонена в язычную сторону;

6) ось зуба наклонена в сторону щеки.

8. Медиально-косое положение нижнего зуба мудрости — это когда:

1) ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;

2) ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;

3) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;

4) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;

5) ось зуба наклонена в язычную сторону;

6) ось зуба наклонена в сторону щеки.

9. Какой рентген снимок нужно сделать для уточ­нения локализации ретенированного верхнего клыка?:

1) прицельный рентгенснимок;

2) обзорный нижней челюсти;

3) прицельный рентгенснимок, обзорная рентгено­графия верхней челюсти;

4) боковая рентгенография нижней челюсти.

10. В каком возрасте обычно проводят ортодонтические методы лечения смещения зубов?:

1) до 7 лет;

2) до 10 лет;

3) до 14—15 лет;  
4) до 20 лет;

5) до 30 лет.

11. Для нормального прорезывания нижнего зуба мудрости необходимо, чтобы расстояние от задне­го края второго нижнего моляра до переднего края ветви нижней челюсти должно быть не менее:

1) 5 мм;

2) 10 мм;  
3) 15мм;

4) 20 мм.

12. Расстояние от заднего края коронки зуба мудрости до переднего края ветви нижней челюсти для нормального прорезывания должно быть не  
менее:

1) 5 мм;

2) 10 мм;

3) 15 мм;

4) 20 мм.

13. При обследовании больного с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости не следует учитывать:

1) возраст;

2) состояние мягких тканей, окружающих зуб;  
3) уровень сиаловых кислот в крови;

4) состояние рядом стоящих зубов;

5) положение нижнего зуба мудрости;

6) состояние зуба-антагониста;

7) состояние костной ткани.

14. Если корень второго моляра оголен более, чем на одну треть, как с ним необходимо поступить при удалении ретенированного зуба мудрости:

1) не удалять;

2) сохранить, в дальнейшем депульпировать;

3) обязательно удалить вместе с зубом мудрости;

4) удалить через 1 —2 года.

15. Перикоронит — это:

1) воспаление кости нижней челюсти;

2) воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном и затрудненном прорезывании;

3) вяло протекающее воспаление в подкожной клет­чатке;

4) поднадкостничное воспаление.

16. Полулуние Вассмунда — это:

1) разрежение кости вокруг верхушки корня зуба муд­рости;

2) разрежение кости позади коронки нижнего зуба мудрости;

3) разрежение кости в области ветви нижней челюсти размером 2x2 мм, гомогенное, округлой формы.

17. Физиологической нормой считается расшире­ние периодонтальной щели с дистальной стороны коронки зуба мудрости:

1) до 1 мм;  
2) до 2 мм;

3) до Змм;

4) до 4 мм.

18. Резорбция костной ткани позади коронки ниж­него зуба мудрости возникает в результате:

1) недостатка места в челюсти;

2) хронической травмы;

3) хронического воспалительного процесса;

4) наличия капюшона;

5) ретенции зуба.

19. Не может являться осложнением затрудненного прорезывания зуба мудрости:

1) острый гнойный периостит;

2) перикоронит;

3) язвенный стоматит;

4) хронический артрит височно-нижнечелюстного сус­тава;

5) остеомиелит;

6) парадентальная киста.

20. Правильная классификация перикоронита в зависимости от клинической формы воспаления мягких тканей, окружающих зуб:

1) катаральный, гнойный, язвенный;

2) язвенный;

3) фиброзный;

4) катаральный;

5) гранулирующий.

21. Показания к удалению нижнего зуба мудрости:

1) острый перикоронит;

2) наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспали­тельного процесса при затрудненном прорезывании;

3) травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом.

22. Язвенный перикоронит поражает мягкие ткани вокруг нижней челюсти:

1) одной половины;

2) с двух сторон.

23. Язвенный перикоронит может поражать мягкие ткани вокруг альвеолярного отростка нижней че­люсти с распространением на слизистую оболочку:

1) подъязычной области;  
2) щеки;

3) крыловидно-нижнечелюстные складки.

24. Язвенный гингивостоматит может ли распрост­раняться на слизистую оболочку щеки?:

1) может;

2) нет, не может.

25. Язвенный перикоронит может ли осложниться язвенным стоматитом?:

1) нет, не осложняется;  
2) может осложняться.

26. Укажите все варианты ответа. Причины смещения зуба в зубном ряду:

1) в результате нарушения последовательности прорезывания зубов

2) в результате нарушения сроков прорезывания зубов

3) в результате воспалительного процесса в челюсти

27. Полуретенированный зуб – это:

1) неправильно расположенный зуб в зубном ряду

2) неполное прорезывание зуба через костную ткань или слизистую оболочку

3) непрорезавшийся зуб через костную ткань и слизистую оболочку

28. Может ли острый перикорнит перейти в хронический?

1) не может, т.к. это только острое воспалительное заболевание

2) не может, т.к. проведенное лечение купирует процесс

3) может, если не удалить зуб в острую стадию воспаления

4) может, если не устранена причина воспаления

29. Жалобы, предъявляемые пациентом с острым перикорнитом:

1) боль при жевании в ВНЧС при открывании рта

2) боль при глотании, ограниченное и болезненное открывание рта

3) онемение нижней губы и припухлость щеки

4) плохое общее самочувствие и боль в нижней челюсти

30. Наиболее часто встречающееся осложнение острого перикорнита –

1) позадимолярный периостит

2) пульпит соседних зубов

3) ретроградный периодонтит соседнего зуба

4) остеомиелит нижней челюсти

**Проверка практических навыков:**

1. Знать виды и причины патологического прорезывания зубов.
2. Знать метсные осложнения затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра.
3. Знать показания к удалению нижнего зуба мудрости при его затрудненном прорезывании.

**Практическое занятие №24**

Тема: Дистопия и ретенция зубов.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая картина при неполном прорезывании зуба (полуретинированный зуб). Лечение.
2. Дистопия зубов, клинические проявления, показания к удалению зуба.
3. Ретенция зубов, клинические проявления, показания к оперативному вмешательству.
4. Особенности удаления ретенированных зубов на верхней и нижней челюсти.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания - второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти кли­нически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтра­та, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1х0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфати­ческие узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

**Задача 2.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38°С. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфиль­трат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре - гнойная пробка 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, установите стадию заболевания.
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
4. Определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 3.** Больная, 31 года, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы по­явились три дня назад после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолече­нием - компрессы. По общему статусу считает себя здоровой. Температу­ра тела 37,9°С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2x0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внут­реннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Составьте план лечения и место его проведения.

**Задача 4.** Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на припухлость в лобной области справа, головную боль, общую слабость. Давность заболевания - пять дней. К врачу не обращалась, лечилась дома компрессами. В анамне­зе хронический холецистит. Температура тела 38,1°С. Полость рта не санирована. В лобной области справа определяется плотный конусовид­ный инфильтрат 1,5x2,0 см болезненный, кожа гиперемирована, в центре неглубокий свищевой ход 0,2x0,2 см, с неровными краями и гнойным отделяемым. Отек окружающих тканей и верхнего века правого глаза, глазная щель сужена.

1. Поставьте диагноз и определите стадию заболевания.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°С. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век спра­ва, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата вид­ны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 6.** Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на припухлость и боль в области левого крыла носа. Давность заболевания три дня. Температура тела субфебрильная. По общему статусу без особенностей. Левое крыло носа деформировано, инфильтрировано с уплотнением 1,0x1,0 см, в сере­дине которого определяется гнойная пробка, размером 0,2x0,2 см Перифокальный отек верхней губы и подглазничной области соответствующей стороны. На коже левой височной области определяется пигментный во­лосистый невус, размером 1,0x1,5 см. Регионарные лимфатические узлы слева увеличены, подвижны, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Отметьте признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 7.** Больной, 28 лет, обратился по поводу болезненного увеличения в области нижней губы справа. Болен третий день. В анамнезе: частые ОРЗ. По общему статусу здоров, температура тела 37,8°С. В области нижней губы справа определяется уплотнение, размером 1,0x1,5 см, кожа над ним гиперемирована, пальпация болезненна. Отечность тканей вокруг инфиль­трата распространяется на нижний свод преддверия полости рта справа.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки диагноза?
3. Какой метод дополнительного обследования необходим для диагностики заболевания и составления плана лечения?

**Задача 8.** Больной, 21 года, жалуется на жгучую боль и припухлость в лобной области слева, общую слабость, головную боль, потерю трудоспособности. Давность заболевания три дня. Два месяца назад больной перенес перелом в области угла нижней челюсти справа. Патологических измене­ний со стороны внутренних органов не выявлено. Температура тела 37,9°С. В лобной области слева пальпируется плотный болезненный инфильтрат конусовидной формы, размером 1,2x1,2 см, кожа гиперемирована. Окружающие ткани отечны в радиусе 1,0 см. В области угла нижней че­люсти справа на месте бывшего перелома пальпаторно определена кост­ная мозоль.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные клинические сведения необходимы для окончательного диагноза?
3. Назовите признаки, не характерные для данного заболевания.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 9.** Больной, 49 лет, жалуется на покраснение лобной области слева, лихорадку, недомогание, общую слабость. Давность заболевания - третий день. Общий статус - без особенностей. Температура тела 38,0°С. В лоб­ной области слева определяется выраженная гиперемия кожи, размером 2,0x3,0 см с неровными, но резко очерченными границами. Гиперемированный участок, как бы приподнят над окружающей кожей, пальпация слегка болезненная. Инфильтрация подлежащих тканей отсутствует. Ре­гионарные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. В каком лечебном учреждении необходимо проводить лечение больного?

**Задача 10.** Больная, 38 лет, обратилась по поводу красного пятна в области носа, которое появилось три дня назад, и стало распространяться на щечную область справа. Одновременно пациентка отмечает общую слабость, на­сморк, озноб, потерю трудоспособности. Температура тела 38,3°С. По общему статусу патологии не выявлено. На границе хрящевого и костного отделов носа его боковых поверхностях и крыле справа, а также щечной области справа кожа резко гиперемирована, отечна, лоснится, напряжена, утолщена и приподнята над окружающими участками здоровой кожи. Края гиперемированного участка кожи имеют фестончатые очертания. Пальпация очага слегка болезненна. Полость рта не санирована. В подбо­родочной области слева выявлена фиброма 0,8x0,8 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больную?

**Задача 11.** Больной, 45 лет, обратился с жалобами на ярко-красное пятно височ­ной области слева, которое возникло два дня назад, отмечает вялость, повышение температуры. В общем статусе патологии не выявлено. Кожа височной области слева гиперемирована на участке, размером 1,0х1,5 см, лоснится, утолщена, болезненна. Окружающие ткани не изменены. Темпе­ратура тела 37,8°С.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза?

**Задача 12.** Больная, 44 лет, заметила красное пятно на левой щечной области, размером 1,0x1,0 см. За три дня пятно увеличилось в размере и больная обратилась к врачу. Отмечает озноб, лихорадочное состояние, общую слабость. По общему статусу патологии не выявлено. Полость рта саниро­вана. При рентгенологическим исследовании определяется ретенция зуба 38. В щечной области слева на четко ограниченном участке, размером 1,5x2,0 см кожа лоснится, отечна, болезненна при пальпации. Температура тела 38,2°С.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки оконча­тельного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 13.** Мать больного ребенка, 9 лет, обратилась к врачу по поводу наличия язвы слизистой оболочки щечной области справа у сына. Давность забо­левания пять дней. Вначале язва была размером 0,5x0,5 см, потом быстро увеличивалась в размере, появился неприятный запах изо рта и затрудне­ние пережевывания пищи. В раннем детстве ребенок несколько раз болел пневмонией, перенес корь, ветрянку, скарлатину, воспаление среднего уха справа и месяц назад - дизентерию. Отмечается припухлость щечной об­ласти справа с распространением на поднижнечелюстную и околоушно­-жевательную области справа. Кожа щечной области справа в центральном отделе припухлости темнее, чем окружающие ткани, пастозна и гиперемия отсутствует. На слизистой оболочке правой щеки по линии смыкания зубов и ниже имеется язвенная поверхность, размером 2,0x3,0 см с гнойно-некротическим содержимым без выраженной воспалительной реакции, отмечается гнилостный запах изо рта. Открывание рта несколько ограни­чено. Полость рта санирована. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа плотны, увеличены, болезненны. Температура тела 37,8°С.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения и место его проведения.

**Задача 14.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость обнаружил во время бритья несколько месяцев назад. В это время проводилось лечение моляров на нижней челюсти слева. За последние два месяца припухлость незначи­тельно увеличилась в размере, стала более плотной, боль не беспокоит. Из перенесенных заболеваний: детские болезни и частые обострения хронического тонзиллита. Соответственно телу нижней челюсти слева опреде­ляется образование, до 2,0 см в диаметре, подвижное, плотной консистен­ции, кожные покровы над образованием не изменены, смещаемы. Под­нижнечелюстные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании опре­деляется очаг разряжения костной ткани в области верхушек корней зуба 36 с четкими контурами, округлой формы, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 15.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет, вначале она была незначительных размеров, потом стала мед­ленно увеличиваться, периодически боль усиливалась, повышалась темпе­ратура тела. Проводились разрезы в полости рта соответственно зубов 36, 37, 38. Постепенно в центральном отделе уплотненного очага тела нижней челюсти справа образовался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются детские болезни, частые ангины. За последние полгода выяв­лен риногенный двусторонний гайморит. Соответственно телу нижней челюсти слева определяется воспалительный инфильтрат округлых очер­таний, плотный и безболезненный при пальпации, в центре которого кожа цианотична, истончена, не смещаема и наличие свищевого хода с неболь­шим гнойным отделяемым и грануляционной тканью. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании опре­деляется участок разряжения костной ткани в области верхушек корней зуба 36, размером 0,3-0,4 см, а также дистопия зуба 38.

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 16.** Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на припухлость правой щеч­ной области, в очаге поражения периодически возникают болевые ощу­щения, отмечается повышение температуры тела. В среднем отделе пра­вой щечной области соответственно углу рта определяется ограниченная припухлость, смещаемая, несколько болезненная, кожные покровы над припухлостью не изменены. Полость рта не санирована. Больная считает себя практически здоровой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какое обследование необходимо провести для этой цели?

**Тестовые задания:**

1. Затрудненному прорезыванию третьего моляра способствует:

1) микростома

2) аномальное положение

3) недоразвитие челюстей

4) сужение нижней челюсти

5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

2. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является:

1) невралгия

2) микростома

3) ксеростомия

4) перикоронит

5) сужение нижней челюсти

3. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является:

1) тризм

2) невралгия

3) микростома

4) ксеростомия

5) сужение нижней челюсти

4. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится:

1) удаление зуба

2) секвестрэктомия

3) иссечение капюшона

4) аппликации лидокаина

5) разрез по переходной складке

5. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится:

1) удаление зуба

2) секвестрэктомия

3) иссечение капюшона

4) аппликации лидокаина

5) разрез по переходной складке

6. При дистопии 48 (38) зубов оперативный доступ заключается в разрезе:

1) по переходной складке с язычной стороны

2) по переходной складке с вестибулярной стороны

3) от середины 47 (37) вниз к переходной складке с вестибулярной стороны

4) от середины 47 (37) вниз к переходной складке с язычной стороны

5) от середины 46 (36) вниз к переходной складке с вестибулярной стороны

7. 48, 38 зыбы удаляют:

1) прямыми щипцами

2) S-образными щипцами

3) элеватором Карапетяна

4) клювовидными щипцами, изогнутыми по плоскости

5) клювовидными щипцами со сходящимися щечками

8. 48, 38 зубы удаляют:

1) прямыми щипцами

2) крючком Лимберга

3) элеватором Волкова

4) прямым элеватором

5) элеватором Карапетяна

9. 48, 38 зубы удаляют:

1) прямыми щипцами

2) крючком Лимберга

3) элеватором Волкова

4) угловым элеватором

5) элеватором Карапетяна

10. Перикоронит - это воспаление:

1) тканей пародонта

2) мягких тканей, окружающих коронку зуба, связанное с затрудненным прорезыванием

3) мягких тканей, окружающих коронку зуба, связанное с прорезыванием третьего моляра нижней челюсти, переходящее в ретромолярную область

4) околочелюстных тканей

11. Укажите наиболее эффективный метод лечения хронического перикоронита при правильном положении зуба:

1) промывание подкапюшонного пространства растворами антисептиков

2) рассечение капюшона слизистой оболочки

3) иссечение капюшона слизистой оболочки

4) пункция капюшона

12. Для диагностики дистопии зубов необходимо проведение исследования:

1) цитологического

2) гистологического

3) серологического

4) рентгенологического

13. Показано ли удаление ретенированного зуба при бессимптомном течении заболевания:

1) показано

2) не показано

3) показано только у молодых пациентов

4) показано только у пожилых пациентов

14. Ретенция зуба - это:

1) задержка сроков прорезывания нормально сформиро­вавшегося постоянного зуба;

2) неполное прорезывание зуба через костную ткань че­люсти или слизистую оболоч-ку;

3) неправильное положение в зубном ряду проре­завшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

15. Дистопия - это:

1) задержка сроков прорезывания нормально сформиро­вавшегося постоянного зуба;

2) неполное прорезывание зуба через костную ткань че­люсти или слизистую оболоч-ку;

3) неправильное положение в зубном ряду проре­завшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

16. Ретенция чаще наблюдается при прорезывании:

1) верхних клыков, нижних зубов мудрости, вторых малых коренных зубов;

2) нижних клыков, нижних зубов мудрости, верхних ма­лых коренных зубов;

3) верхних зубов мудрости, верхних малых коренных зу­бов.

17. Дистопированными чаще бывают:

1) верхние и нижние премоляры;

2) резцы;

3) клыки;

4) нижние зубы мудрости;

5) верхние зубы мудрости.

18. Укажите показания к удалению зуба при болезнях прорезывания:

1) атипичное положение зубов мудрости или других зубов, приводящее к травмированию слизистой оболочки полости рта;

2) разрушение коронки зуба кариозным процессом и невозможность восстановить ее терапевтическими или ортопедическими методами;

3) развитие кариеса корня рядом расположенного зуба в месте давления ретенированного дистопированного зуба;

4) подвижность зубов третьей и четвертой степени при маргинальном периодонтите;

5) все вышеперечисленное верно

6) все вышеперечисленное неверно

19. Укажите показания к удалению зуба при болезнях прорезывания:

1) зубы с непроходимыми корневыми каналами при осложненном кариесе; ‒ развитие парадонтальных и радикулярных кист;

2) сверхкомплектные и ретенированные зубы, являющиеся причиной развития синусита верхнечелюстной пазухи;

3) зубы в линии переломов челюстей;

4) подготовка к проведению ортодонтического лечения по направлению врача-ортодонта;

5) все вышеперечисленное верно

6) все вышеперечисленное неверно

20. Укажите показания к удалению зуба при болезнях прорезывания:

1) сверхкомплектные и ретенированные зубы, вызывающие боли или воспалительные процессы челюсти и окружающих мягких тканей;

2) механическое повреждение зуба (переломы корня);

3) подготовка к ортогнатическим оперативным вмешательствам;

4) невозможность прорезывания зуба из-за отсутствия места в альвеолярном отростке челюсти.

5) все вышеперечисленное верно

6) все вышеперечисленное неверно

21. Перечислите нарушения, возникающие при дистопии зуба:

1) эстетические;

2) нарушение акта жевания;

3) нарушение дыхания;

4) нарушение речи.

22. Отметьте, имеет ли место нарушение общего состояния у пациента с дистопией зуба:

1) да;

2) нет

23. Опишите характер боли при перикоронарите:

1) самопроизвольная, нарастающая, ноющая боль;

2) пульсирующая ночная боль, боль от термических раздражителей;

3) кратковременная режущая боль.

24. Укажите, чем обусловлен переход острой формы перикоронарита в хроническую:

1) недостаточным оттоком экссудата после иссечения или рассечения капюшона;

2) наличием пульпита в рядом расположенных зубах;

3) травматическими невритами.

25. Опишите состояние лимфатических узлов при перикоронаритах:

1) увеличены, болезненны при пальпации;

2) не увеличены, безболезненны при пальпации.

26. Назовите причину затрудненного открывания рта при перикоронаритах:

1) распространение воспалительных явлений на область жевательной мышцы;

2) на область внутренней крыловидной мышцы;

3) на область щечной мышцы;

4) на область челюстно-подъязычной мышцы

27. Укажите, на основании каких данных диагностируется перикоронарит:

1) показаний ЭОД;

2) данных клинической картины;

3) рентгенологических данных;

4) показателей лабораторного исследования крови.

28. Укажите компоненты общего комплексного лечения при воспалительных процессах, причиной которых являются болезни прорезывания зубов:

1) антибактериальная терапия;

2) десенсибилизирующая терапия;

3) общеукрепляющая терапия;

4) физиотерапия, ЛФК;

5) рефлексотерапия;

6) все ответы правильные.

29. Какие зубы нижней челюсти чаще подвергаются ретенции и смещению?

1) второй премоляр, первый резец

2) второй резец, первый моляр

3) третий моляр, клык

4) третий моляр

30. Какие зубы на верхней челюсти чаще подвергаются ретенции и смещению?

1) первый премоляр, третий моляр

2) клык, второй моляр

3) клык, боковой резец

4) третий моляр, клык, боковой резец

**Проверка практических навыков:**

1. Знать причины дистопии и ретенции.
2. Знать причины затрудненного прорезыания зубов.
3. Знать отдаленные осложнения после удаления третьего моляра.
4. Изучить и овладеть методикой удаления ретенированных и не полностью прорезавшихся зубов.

**Практическое занятие №25**

Тема: Острые одонтогенные остеомиелиты челюстей.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация остеомиелита челюсти (гематогенный, одонтогенный, контактный, травматический, огнестрельный).
2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия одонтогенного остеомиелита челюсти.
3. Предрасполагающие факторы возникновения острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
4. Клиническое течение острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
5. Особенности течения остеомиелита на верхней и нижней челюстях.
6. Особенности течения одонтогенного остеомиелита в юношеском возрасте.
7. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и остеомиелита челюстей.
8. Принципы лечения острого одонтогенного остеомиелита (хирургические вмешательства, медикаментозная и физиотерапия, симптоматическое лечение).

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 35 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: температура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с небной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 24, 25, 26, 27 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,8°С. При по­ступлении: температура тела 39,5°С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллате­ральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева. Слизистая этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 34, 35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части зубов 34, 35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°С. При по­ступлении: температура тела 38.0°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в склад­ку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 17, 16.Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

**Задача 4.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подборо­дочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: темпе­ратура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, соби­рается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспоко­ит, отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Задача 5.** Больная, 26 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 22, 23, 24, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры, обращалась в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется изменение конфигурации лица за счет припухлости нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется ее утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфа­тические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта зубы 21, 12, 23, 24 - подвижность II-III степени, коронковая часть зуба 24 частично разрушена, на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области зубов 22, 23, 24 имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым, слизистая оболочка этой области гиперемирована. При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкиии костной ткани, внутри которых видны тени еще не отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклеро­за.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойный отделяемым и ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боли появлялись и раньше, появля­лась припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5°С, к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Конфигурация лица изменена за счет при­пухлости мягких тканей нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые подче­люстные лимфатические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: коронковые части зубов 25, 26, 27 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти слева имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка этой области тела соответственно зубов 25, 26, 27 определяется костной ткани внутри которого определяются тени мелких секвестров. По переходной складке верхней челюсти справа имеется разрастание слизистой оболочки, фартукообразно свисающее на альвеолярный отросток. Больного не беспокоит, отмечает медленное увеличение размера образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 7.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 21, 23, 24, нали­чие свищевых ходов с гнойным отделяемым, субфебрильную температу­ру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появи­лись сильные боли в области верхней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратились в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке верхней челюсти слева и удален разрушенный зуб 22, назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась, свищевые ходы в области зубов 21, 22, 23, 24 появились две недели назад. Состояние удовлетворитель­ное. Температура тела 37,1°С. При пальпации левые подчелюстные лим­фоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: зубы 21, 23, 24 – II-III степень подвижности. Слизистая оболочка этой области слегка гиперемирована, рыхлая, по переходной складке соответственно зубы 21, 22, 23, 24 определяются два свищевых хода с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза? Какое дополнительное обследование необходимо провести?

**Задача 8.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на подвижность зубов 32, 33, 4, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что ме­сяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области ниж­ней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратился в поли­клинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной склад­ке нижней челюсти слева и назначены антибиотики. Самочувствие улуч­шилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется нарушение конфигурации лица за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолще­ние. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подче­люстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта зубы 31, 32, 33, 34 - II-III степень подвижности, коронковая часть зуба 34 час­тично разрушена. Слизистая оболочка этой области гиперемирована,рыхлая. В толще щеки слева, соответственно нижней челюсти слева имеется новообразование округлой формы, размером 3,0x3,0 см, безбо­лезненное, кожа слегка гиперемирована и в центре спаяна с образованием. Это образование имеется у больного в течение нескольких лет, больного не беспокоит, слегка болезненно, отмечается медленное увеличение в размере.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Тестовые задания:**

1.Остеомиелит — это:

1) воспалительный процесс, поражающий ткани перио­донта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;

2) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;

3) воспалительный процесс в костной ткани челюсти;

4) инфекционно- аллергический, гнойно- некротический процесс, который развивается в кости под воздейст­вием внешних или внутренних факторов.

2.Какие патоморфологические изменения наблю­даются при одонтогенном остеомиелите?:

1) воспаление и деструкция периодонта;

2) воспаление и деструкция периодонта, гнойновоспалительный процесс в надкостнице;

3) гнойная инфильтрация костного мозга, тромбоз сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияния и остеонекроза;

4) гнойно-воспалительный процесс в челюсти и окру­жающих тканях.

3.В каком возрасте наиболее часто развивается одонтогенный остеомиелит?:

1) в раннем детском возрасте;

2) в детском возрасте;

3) в подростковом возрасте;

4) в 16—20 лет;  
5) в 20—40 лет;

6) в 40—60 лет;

7) в пожилом возрасте.

4.Общее состояние больных при остром одон­тогенном остеомиелите чаще характеризуется тя­жестью течения:

1) легкой;

2) средней;

3) средней или тяжелой;

4) тяжелой.

5.Клиническая симптоматика при остром одонто­генном остеомиелите характеризуется клиникой:

1) острого периодонтита;

2) острого периостита;

3) симптомами всех одонтогенных воспалительных за­болеваний челюстей.

6.Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от ана­логичного поражения верхней челюсти, характе­ризуется:

1) более легким течением, менее частыми и разно­образными осложнениями, небольшими секвестрами;  
2) более тяжелым течением, более частыми и разно­образными осложнениями, обширной секвестрацией;

3) аналогичное течение на обеих челюстях.

7.Рентгенологические признаки острого одонто­генного остеомиелита в первые дни его развития:

1) участки некроза, секвестрация, секвестральная кап­сула;

2) очаги разрежения костной ткани различных размеров;  
3) признаки периодонтита.

8.Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остео­миелита:

1) на 2—5 сутки после начала заболевания;

2) на 6—10 сутки после начала заболевания;  
3) на 10—14 сутки; после начала заболевания;

4) не ранее, чем через месяцпосле начала заболевания.

9.Как долго продолжается хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в об­ласти ветви?:

1) 1—2 недели;

2) 3—4 недели;

3) не более 4—6 недель;

4) 4—6 недель, а иногда несколько месяцев и даже лет.

10.Первый клинический признак отторжения сек­вестров при одонтогенном остеомиелите?:

1) данные рентгенографии;

2) данные анализа крови;

3) выпячивание грануляций из свищевого хода;

4) подвижность зубов;

5) появление свищей на альвеолярном отростке че­люсти.

11.Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите?:

1) деструкции;

2) регенерации;

3) деструкции и регенерации.

12.Какое лечение проводится в период формиро­вания секвестров?:

1) мероприятия направлены на борьбу с инфекцией, сохранения микроциркуляции, снижения сосудистой проницаемости, секвестрэктомия;

2) вскрытие очага воспаления, предупреждение разви­тия инфекции и образование некроза по периферии патологического очага, снижение сосудистой проницае­мости, уменьшение интоксикации, симптоматическое лечение;

3) повышение иммунитета, зубное протезирование, санация полости рта и носоглотки.

13. Что является начальным проявлением вовле­чения нижнеглазничного края в патологический процесс при остеомиелите верхней челюсти:

1) свищи в области нижнеглазничного края;

2) абсцессы у внутреннего и наружного угла глаза;

3) секвестрация кости.

14. Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает:  
1) более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей, секвестрация обширная;  
2) не отличается от такового у молодых;  
3) менее остро, болевая реакция выражена нерезко, небольшая инфильтрация, секвестрация редко бывает обширной.

15. Характерные патоморфологические признаки одонтогенного остеомиелита:  
1) очаги гнойной инфильтрации костного мозга, тромбозов сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияний, очаги остеонекроза;  
2) наличие оссификации кости с явлениями гиперостоза;  
3) разрастание фиброзной ткани из очага воспаления.

16. Молниеносное течение остеомиелита наблюдается реже?:  
1) у детей;  
2) у взрослых;  
3) у пожилых людей.

17. Первично- хронический остеомиелит протекает:  
1) с температурной реакцией, с образованием свищей и обычным гнойным отделяемым, с обширной деструкцией костной ткани;  
2) без температурной реакции, без образования свищей,с незначительной деструкцией костной ткани.

18. Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:  
1) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов,асимметрия лица;  
2) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;  
3) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;  
4) жалобы на периодические ноющие боли в зубе;  
5) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

19. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной:  
1) на 2-4 сутки от начала заболевания;  
2) на 5-10 сутки от начала заболевания;  
3) на 10-14 сутки от начала заболевания;  
4) на 14-20 сутки от начала заболевания.

20. Острая стадия остеомиелита длится:  
1) одну неделю, при обширных костных поражениях до 2-4 недель;  
2) 2-3 недели, при обширных костных поражениях до 4 недель;  
3) 3-4 недели, при обширных костных поражениях до 6 недель.

21. Жалобы больного при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей:  
1) резкие боли, высокая температура тела, озноб, слабость;  
2) подвижность группы зубов, утолщение кости без резких границ, наличие малоболезненной припухлости.

22. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей:  
1) асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым;  
2) гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта;  
3) одностороннее утолщение кости.

23.Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:  
1) острое начало;  
2) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;  
3) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;  
4) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

24. Наиболее грозным в прогностическом отношении течения острого одонтогенного остеомиелита является сочетание:  
1) выраженное увеличение числа нейтрофильных гранулоцитов и увеличение СОЭ до 30 мм/ч;  
2) наличие изменений со стороны красной крови;  
3) сочетание лейкопении, моноцитопении, эозинофилии и СОЭ (до 30 и более мм в час)

25. Началу острого одонтогенного остеомиелита предшествует:  
1) инфекционные заболевания, параллергические реакции, аллергические заболевания;  
2) хронические заболевания желудочно- кишечного тракта;  
3) нарушение сердечно- сосудистой деятельности.

26. Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно:  
1) ноющие боли в причинном зубе;  
2) интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва;  
3) парестезия нижней губы, боль при глотании, жевании, болезненная припухлость мягких тканей, затрудненное открывание рта, нарушение функции жевания и речи.

27. В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных:  
1) удовлетворительное или средней тяжести;  
2) средней тяжести и тяжелое.

28. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти характеризуется:  
1) более тяжелым клиническим течением заболевания и разнообразием осложнений;  
2) вовлечением в процесс меньших участков кости.

29. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:  
1) удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;  
2) предупредить развитие инфекции и образование некроза;  
3) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;  
4) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия;  
5) провести симптоматическое лечение.

30. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров:  
1) борьба с инфекцией в очаге воспаления, предупреждение образования новых некрозов (сохранение микроциркуляции по периферии воспалительного очага), снижение сосудистой проницаемости и интенсивности нейрогуморальных сдвигов;  
2) назначение гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы;  
3) проведение секвестрэктомии.

**Проверка практических навыков:**

1. Ознакомиться с клинической картиной острой стадии однотогенного остеомиелита челюстей.
2. Освоить методы диагностики, знать дифференциальную диагностику острой фазы остеомиелита.
3. Знать осложнения в острой стадии однотогенного остеомиелита.
4. Усвоить алгоритм лечения больных в острой стадии однотогенного остеомиелита.
5. Научиться оказывать неотложную помощь и проводить лечение больных с острой стадией однотогенного остеомиелита.

**Практическое занятие №26**

Тема: Подострый и хронический остеомиелит челюсти.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, описание и анализ рентгенограмм).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая картина подострой стадии остеомиелита челюсти.
2. Клинические варианты течения хронического одонтогенного остеомиелита.
3. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита.
4. Лечение хронического остеомиелита.
5. Осложнения остеомиелита.
6. Профилактика остеомиелита челюсти.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной К., 38 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на припухлость мягких тканей в области тела нижней челюсти слева, наличие свища с гнойным отделяемым в левой поднижнечелюстной области, онемение половины нижней губы. Анамнез: три недели назад заболел ранее неоднократно беспокоивший ⎡7, одновременно появилась острая разлитая боль в нижней челюсти, резко ухудшилось общее самочувствие, температура тела повысилась до 39°, был озноб. На следующий день появилась припухлость в области нижней челюсти слева. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал сульфаниламидные препараты, анальгетики. На 10-е сутки после прорыва гноя припухлость уменьшилась. На коже лица сформировался свищ с гнойным отделяемым, улучшилось общее состояние. Больной обратился к стоматологу, так как свищ не закрылся.Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°.При осмотре - припухлость мягких тканей соответственно телу нижней челюсти слева, в левой поднижнечелюстной области имеется свищ с гнойным отделяемым. При зондировании свища определяется шероховатость кости. Болевая чувствительность кожи нижней губы слева снижена. При пальпации - утолщение тела нижней челюсти на уровне ⎡6 7 8. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, слабоболезненные, подвижны. Открывание рта затруднено, контрактура 1 степени. Коронка ⎡7 полностью разрушена, ⎡6 7 8 -подвижны, реагируют на перкуссию. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти слева синюшна, отечна. На рентгенограмме определяется разрежение костной ткани с неровными краями в области тела челюсти соответственно ⎡6 7 8. ЭОД: 6 - 12 мА, ⎡7 - на 200 мА реакции нет, ⎡8 -10 мА. При исследовании мочи изменений нет. Анализ крови: лейкоциты- 15⋅109 л, СОЭ - 10 мм/час.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.

**Задача 2**. Больной А., 44 лет. Жалобы на подвижность зубов верхней челюсти слева и гнойное выделение из-под десны.Анамнез: месяц назад появилась боль, припухлость щеки и высокая температура тела. В поликлинике был поставлен диагноз: острый периостит верхней челюсти слева. Был сделан разрез в полости рта, удален ⎣5. Состояние улучшилось, но боль продолжала беспокоить, рана не заживала. Появилась подвижность ⎣4 6.Объективно: отмечается небольшая припухлость в щечной области слева за счет инфильтрата и отека. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, слабоболезненны. Открывание рта не затруднено. Слизистая оболочка альвеолярной части верхней челюсти слева в области ⎣ 4 0 6 отечна, синюшна, при пальпации выделяется гной из лунки удаленного ⎣5 выбухают грануляции, ⎣4 6 подвижны, слегка реагируют на перкуссию. На рентгенограмме определяется разрежение костной ткани с неровными краями в области ⎣4 0 6 .

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Какая ошибка была допущена врачом в поликлинике в начале заболевания?

**Задача 3.**У больного имеются все клинические признаки одонтогенного остеомиелита альвеолярной части нижней челюсти в хронической стадии. Давность заболевания - 6 недель.

1. По каким клиническим и рентгенологическим данным можно судить об отделении секвестра?
2. Какое исследование необходимо провести перед операцией секвестрэктомии?

**Задача 4.** Больной Д. перенес острую стадию одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева. Давность заболевания - 3 недели. Выздоровление не наступило.

1. Объясните причину.

**Тестовые задания:**

1.Общее состояние больных при остром одон­тогенном остеомиелите чаще характеризуется тя­жестью течения:

1) легкой;

2) средней;

3) средней или тяжелой;

4) тяжелой.

2.Клиническая симптоматика при остром одонто­генном остеомиелите характеризуется клиникой:

1) острого периодонтита;

2) острого периостита;

3) симптомами всех одонтогенных воспалительных за­болеваний челюстей.

3.Рентгенологические признаки острого одонто­генного остеомиелита в первые дни его развития:

1) участки некроза, секвестрация, секвестральная кап­сула;

2) очаги разрежения костной ткани различных размеров;  
3) признаки периодонтита.

4.Всегда ли острый одонтогенный остеомиелит заканчивается секвестрацией, т.е. переходит в хро­ническую форму?:

1) не всегда заканчивается секвестрацией;

2) всегда заканчивается секвестрацией;

3) может не заканчиваться секвестрацией лишь в том случае, если с первых дней развития заболевания (в 1 — 2 сутки) проводилось патогенетическое лечение.

5.Имеются ли достоверные клинические отличия острого одонтогенного периостита и острого одон­тогенного остеомиелита в ранней стадии воспа­ления?:

1) нет, достоверных отличий нет;

2) достоверных отличий много (боль, подвижность и перкуссия зубов, наличие припухлости челюсти и мягких тканей и др.);

3) достоверных отличий мало (рентгенография и тя­жесть течения заболеваний).

6.Клиническая симптоматика острого (обострив­шегося хронического) периодонтита достоверно отличается ли от таковой при остром одонтогенном  
остеомиелите в ранней стадии воспаления?:

1) да;  
2) нет.

7.Как долго продолжается хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в об­ласти ветви?:

1) 1—2 недели;

2) 3—4 недели;

3) не более 4—6 недель;

4) 4—6 недель, а иногда несколько месяцев и даже лет.

8.Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите?:

1) деструкции;

2) регенерации;

3) деструкции и регенерации.

9.Острый остеомиелит верхней челюсти у детей раннего возраста имеет склонность к:

ограниченному поражению кости;

1) распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей;

2) как ограниченному, так и распространенному пораже­нию кости и окружающих мягких тканей

10. Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает:  
1) более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей, секвестрация обширная;  
2) не отличается от такового у молодых;  
3) менее остро, болевая реакция выражена нерезко, небольшая инфильтрация, секвестрация редко бывает обширной.

11. Для хронического одонтогенного остеомиелита характерно:  
1) уменьшение количества лейкоцитов до верхней границы нормы, нормализация количества палочкоядерных клеток, уменьшение СОЭ;  
2) появление юных нейтрофильных лейкоцитов;  
3) анизоцитоз;  
4) появление белка в моче.

12. Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:  
1) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;  
2) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;  
3) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;  
4) жалобы на периодические ноющие боли в зубе;  
5) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

13. Медикаментозное лечение в острой фазе одонтогенного остеомиелита:  
1) способствует абортивному течению;  
2) не способствует абортивному течению и острый остеомиелит переходит в хроническую форму.

14. Острая стадия остеомиелита длится:  
1) одну неделю, при обширных костных поражениях до 2-4 недель;  
2) 2-3 недели, при обширных костных поражениях до 4 недель;  
3) 3-4 недели, при обширных костных поражениях до 6 недель.

15. Жалобы больного при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей:  
1) резкие боли, высокая температура тела, озноб, слабость;  
2) подвижность группы зубов, утолщение кости без резких границ, наличие малоболезненной припухлости.

16. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей:  
1) асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым;  
2) гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта;  
3) одностороннее утолщение кости.

17.Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:  
1) острое начало;  
2) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;  
3) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;  
4) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

18. Наиболее грозным в прогностическом отношении течения острого одонтогенного остеомиелита является сочетание:  
1) выраженное увеличение числа нейтрофильных гранулоцитов и увеличение СОЭ до 30 мм/ч;  
2) наличие изменений со стороны красной крови;  
3) сочетание лейкопении, моноцитопении, эозинофилии и СОЭ (до 30 и более мм в час)

19. Началу острого одонтогенного остеомиелита предшествует:  
1) инфекционные заболевания, параллергические реакции, аллергические заболевания;  
2) хронические заболевания желудочно- кишечного тракта;  
3) нарушение сердечно- сосудистой деятельности.

20. Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно:  
1) ноющие боли в причинном зубе;  
2) интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва;  
3) парестезия нижней губы, боль при глотании, жевании, болезненная припухлость мягких тканей, затрудненное открывание рта, нарушение функции жевания и речи.

21. В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных:  
1) удовлетворительное или средней тяжести;  
2) средней тяжести и тяжелое.

22. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти характеризуется:  
1) более тяжелым клиническим течением заболевания и разнообразием осложнений;  
2) вовлечением в процесс меньших участков кости.

23. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:  
1) удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;  
2) предупредить развитие инфекции и образование некроза;  
3) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;  
4) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия;  
5) провести симптоматическое лечение.

24. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров:  
1) борьба с инфекцией в очаге воспаления, предупреждение образования новых некрозов (сохранение микроциркуляции по периферии воспалительного очага), снижение сосудистой проницаемости и интенсивности нейрогуморальных сдвигов;  
2) назначение гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы;  
3) проведение секвестрэктомии.

25. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в фазе стабилизации воспалительного процесса:  
1) секвестрэктомия, повышение неспецифического иммунитета, создание благоприятных условий для течения репаративной регенерации в челюстных костях;  
2) своевременное зубное протезирование, санация полости рта и носовой части глотки;  
интенсивное дезинтоксикационное лечение.

26.Первый клинический признак отторжения сек­вестров при одонтогенном остеомиелите?:

1) данные рентгенографии;

2) данные анализа крови;

3) выпячивание грануляций из свищевого хода;

4) подвижность зубов;

5) появление свищей на альвеолярном отростке че­люсти.

27.Какое лечение проводится в период формиро­вания секвестров?:

1) мероприятия направлены на борьбу с инфекцией, сохранения микроциркуляции, снижения сосудистой проницаемости, секвестрэктомия;

2) вскрытие очага воспаления, предупреждение разви­тия инфекции и образование некроза по периферии патологического очага, снижение сосудистой проницае­мости, уменьшение интоксикации, симптоматическое лечение;

3) повышение иммунитета, зубное протезирование, санация полости рта и носоглотки.

28. Укажите начальные проявления вовле­чения нижнеглазничного края в патологический процесс при остеомиелите верхней челюсти:

1) свищи в области нижнеглазничного края;

2) абсцессы у внутреннего и наружного угла глаза;

3) секвестрация кости.

29. Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста:  
1) выражена слабее, чем у молодых людей;  
2) такая же, как и у лиц молодого возраста;  
3) выражена больше, чем у молодых людей.

30. Первично- хронический остеомиелит протекает:  
1) с температурной реакцией, с образованием свищей и обычным гнойным отделяемым, с обширной деструкцией костной ткани;  
2) без температурной реакции, без образования свищей,с незначительной деструкцией костной ткани.

**Проверка практических навыков:**

1. Освоить клинику, диагностику, дифференциаоьную диагностику подострой и хронической стадии однотогенного остеомиелита челюстей.
2. Освоить методы лечения и предупреждения обострения в подострой и хронической стадии однотогенного остеомиелита.
3. Усвоить методы оказания неотложной помощи больным в подострой и хронической стадии однотогенного остеомиелита.
4. Знать осложнения при хронической стадии однотогенного остеомиелита.

**Практическое занятие №27**

Тема: Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Лимфангит. Острый серозный и гнойный лимфаденит лица и шеи.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Анатомия лимфатической системы лица и шеи.
2. Классификация лимфаденитов.
3. Этиология, клиника, патологическая анатомия, дифференциальная диагностика и лечение лимфангитов.
4. Этиология, клиника, патологическая анатомия, дифференциальная диагностика и лечение острого лимфаденита лица и шеи.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Вольной, 32 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 меся­цев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах. Объ­ективно: на боковой поверхности шеи слева в области верхней трети впе­реди грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева определяется образо­вание, размером 3,0x4,0 см, с четкими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции. Кожа над ним в цвете не изменена. Образование хорошо контурируется при повороте головы в правую сторону.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 2.** Больная, 41 года, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в области боковой поверхности верхнего отдела шеи справа. Боль несколько усиливается при повороте головы. Впервые по­явилось образование и болезненность около 2 лет назад. В районной по­ликлинике был поставлен диагноз хронический гиперпластический лим­фаденит в области боковой поверхности шеи справа. Проведена санация полости рта, назначалось противовоспалительное и физиотерапевтическое лечение. После чего боли прошли, образование уменьшалось в размерах, размягчалось и практически не определялось при пальпации. После пере­охлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось в размерах, становилось болезненным. Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследова­ния поставлен диагноз боковая киста шеи справа в стадии воспаления.

1. В чем заключалась диагностическая и тактическая ошибка врача районной поликлиники?

**Задача 3.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного новообразования в области верхнего отдела шеи справа. Обнаружил около года назад. За истекший период образование несколько раз увеличивалось в размерах, затем вновь уменьшалось. Нигде не лечился.

1. Какие данные необходимы для установления предварительного диагноза?
2. С чем по Вашему мнению может быть связано изменение размеров образования?

**Задача 4.** Больная, 23 лет, поступила в стационар для проведения плановой операции по поводу удаления срединной кисты шеи. Диагноз подтвержден клиническим и цитологическим исследованиями. Однако в период подго­товки к операции образование увеличилось в размере, появилась болез­ненность при пальпации, незначительная гиперемия кожной поверхности этой области.

1. Ваша тактика.

**Задача 5.** Больной, 35 лет, обнаружил новообразование в верхней трети перед­ней поверхности шеи, безболезненное, ограниченно-подвижное, мягкоэластичной консистенции. Кожа над ним не изменена, собирается в склад­ку.

1. Достаточно ли данных для установления диагноза? Если нет, то какие данные необходимы?

**Задача 6.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на периодическое (примерно раз в полгода) появление новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Новообразование увеличивается до определенных размеров, затем быстро исчезает. При этом больной ощущает появление густой жидкости в горле. Впервые обнаружил появление образования около 5 лет назад. Никуда не обращался. При осмотре выявлено устье функционирующего свищевого хода в области верхнего полюса небной миндалины слева. Других патологических изменений не обнаружено.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования и лечения.
3. С чем связаны жалобы больного?

**Задача 7.** Больная, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в позадичелюстной области слева. Боли несколько уси­ливаются при движениях нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что больная в течение двух лет наблюдалась и лечилась по месту жительства по поводу актиномикоза позадичелюстной области слева (подкожно-межмышечная форма). Трижды производилось вскрытие абсцессов, фор­мирующихся в одном и том же месте. Получила три курса актинолизаттерапии. Подробной выписки из истории болезни не имеет. В позади­челюстной области слева определяется резко болезненный инфильтрат, размером 2,0x2,0 см, с четкими границами. Кожа над ним гипсремирована, истончена, не собирается в складку. Определяется участок флюктуа­ции. На кожной поверхности соответственно проекции инфильтрата отме­чается рубцово измененная ткань от ранее проведенной операции. Полость рта санирована. В процессе обследования и лечения поставлен диагноз врожденной околоушной кисты шеи слева в стадии нагноения.

1. Какие диагностические и дифференциально-диагностические критерии служат основой для постановки диагноза?
2. Определите тактику лечения.

**Задача 8.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи справа, безболезненного, медленно увели­чивающегося в размере. При осмотре определяется новообразование, локализующееся в верхних отделах шеи справа на уровне проекции щито­видного хряща, отклоняющееся вправо от средней линии, мягкоэластической консистенции, ограниченно-подвижное, смещающееся при глота­нии, безболезненное, размером 3,0x4,0 см. Кожная поверхность над ним не изменена.

1. Какие заболевания можно предполагать?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Консультации каких специалистов необходимы для уточнения диагноза?

**Задача 9.** Больная, 44 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области справа. Впервые обнаружила его около 3 лет назад. Образование медленно увеличивалось в размере, безболез­ненное. В околоушно-жевательной области справа определяется новооб­разование, диаметром 2,0x2,0 см, безболезненное. Кожа над ним в цвете не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены в размере, безболезненные, подвижные.

1. Каких данных недостает для постановки предварительного диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Какие заболевания Вы можете предположить для проведения дифференциальной диагностики?

**Задача 10.** Больной, 49 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области слева. Впервые обнаружил образова­ние около 1,5 лет назад. Безболезненное, медленно увеличивающееся в размере. Две недели назад появились незначительные боли в области об­разования, увеличился его размер. В околоушно-жевательной области слева определяется новообразование, диаметром 3,0x3,0 см, безболезнен­ное при пальпации, ограниченно-подвижное, кожные покровы над ним в цвете не изменены. В позадичелюстной области слева пальпируется уве­личенный, безболезненный лимфатический узел.

1. Каких данных не достает для постановки предварительного диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Укажите заболевания, которые необходимы проведения дифференциальной диагностики.

**Задача 11.** Больная, 26 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в околоушно-жевательной области справа. Месяц назад лечилась по поводу абсцесса околоушно-жевательной области справа. Произведено вскрытие абсцесса, после которого на месте разреза образовался свищевой ход. В околоушно-жевательной области справа, кпереди от козелка уха опреде­ляется устье свищевого хода с окружающей гиперемией и мацерацией кожных покровов. При пальпации из свищевого хода выделяется неболь­шое количество густой слизеподобной жидкости.

1. Какие сведения необходимы для постановки диагноза?
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 12.** Больной, 34 лет, обратился с жалобами на наличие свищевого хода на передней поверхности шеи. На коже передней поверхности шеи в верхней ее трети определяется устье свищевого хода с втянутой окружающей кож­ной поверхностью, в цвете не изменена. Отделяемого из свища не получе­но.

1. Какие данные необходимы для планирования лечения?
2. Определите хирургическую тактику лечения.

**Задача 13.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на периодическое выделение небольшого количества жидкости из левого наружного слухового прохо­да. Больной отмечает, что приблизительно 2 раза в год воспаляется сред­нее ухо (преимущественно в весенне-осенний период) с увеличением количества отделяемого. По поводу обострения хронического левостороннего отита наблюдается у ЛОР-врача, который направил его на консульта­цию к хирургу-стоматологу.

1. Что могло послужить причиной направления больного ЛОР-врачом на консультацию?
2. Наметьте план обследования.
3. Укажите предположительный диагноз.

**Задача 14.** В клинику поступил больной, 32 лет, с диагнозом абсцесс корня язы­ка. После обследования поставлен диагноз врожденной кисты корня языка в стадии острого воспаления, который в дальнейшем подтвердился.

1. Какие анамнестические данные и клинические симптомы характерны для кисты корня языка в стадии воспаления?
2. Какого характера неотложная помощь может понадобиться больному?
3. Составьте план лечения.

**Задача 15.** Больной, 43 лет, поступил с жалобами на ощущение увеличения объ­ема языка, затрудненное глотание, небольшое нарушение дикции. Около полугода назад больной почувствовал неловкость при глотании в области корня языка, которое стало затрудненным, присоединилось нарушение дикции. Симптомы постепенно нарастали. Консультирован ЛОР-врачом. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре отмечаются не увеличенные в размере регионарные лимфатические узлы, безболезнен­ные, подвижные. Рот открывается свободно. Язык несколько приподнят, движения которого немного ограничены, безболезненны. Отмечается выбухание челюстно-язычных желобков. При пальпации в области корня языка определяется образование, размером 5,0x5,0 см, округлой формы, мягко-эластичной консистенции, с четкими контурами, безболезненное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите заболевания, которые необходимо иметь в виду при проведении диффереициальной диагностики.
3. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 16.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на необычные ощущения и дискомфорт в области горла слева при разговоре и глотании. В 15-летнем возрасте пациент оперирован по поводу врожденного полного бокового свища слева. При осмотре определяется малозаметный послеоперацион­ный рубец на боковой поверхности шеи слева. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Полость рта санирована. Имеется выбухание боковой стенки глотки слева. Небная миндалина слева отсутствует.

1. Каких сведений недостает для постановки диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Поставьте предположительный диагноз.

**Задача 17.** Больному, 35 лет, при первичном обращении на основании анамне­стических и клинических данных поставлен диагноз боковой кисты шеи слева в стадии воспаления. Произведено вскрытие образования, получено около 15 мл мутной жидкости. В послеоперационном периоде проводи­лось противовоспалительное и физиолечение. Послеоперационная рана долго не заживала, в дальнейшем сформировался свищевой ход, из кото­рого постоянно выделяется небольшое количество мутной жидкости.

1. Укажите, были ли допущены врачом ошибки. Если да, то какие?
2. Составьте план дальнейшего лечения.

**Задача 18.** Больной, 48 лет, поставлен диагноз срединной кисты шеи в стадии острого воспаления. Проводилось противовоспалительное и физиолече­ние, воспаление купировалось. Через год вновь отмечается увеличение размеров образования, а месяц назад появились боли в этой области, уси­ливающиеся при глотании. При объективном обследовании определяется образование в области передней поверхности шеи, соответственно верх­нему краю щитовидного хряща, плотное, безболезненное, размером 4,0x5,0 см, неподвижное, с нечеткими границами. Кожа над ним незначи­тельно пигментирована, в складку не собирается. В поднижнечелюстной области справа пальпируются два плотных, неподвижных, безболезнен­ных лимфатических узла.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Укажите, какие ошибки были допущены врачом.
3. Составьте план дальнейшего обследования.

**Задача 19.** Больному, 42 лет, поставлен и подтвержден диагноз рецидива сре­динной кисты шеи. Около трех лет назад была произведена операция уда­ления срединной кисты шеи.

1. Укажите, что могло явиться причиной рецидива?
2. Что необходимо учитывать во время оперативного вмешательства, чтобы снизить до минимума вероятность возникновения рецидива?

**Тестовые задания:**

1. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:  
1) 100-200 лимфатических узлов;  
2) 200-400 лимфатических узлов;  
3) 500-1000 лимфатических узлов;  
4) 1000-2000 лимфатических узлов.

2. Процент, который составляет лимфатическая система от массы тела взрослого человека:  
1) 1%;  
2) 2 % ;  
3) 5 % ;  
4) 10 % ;  
5) 15 %

3. Количество поднижнечелюстных лимфатических узлов:  
1) от1-3до8-10шт.;  
2) не более 2 шт.;  
3) более 10-12 шт.

4. Поднижнечелюстные лимфоузлы локализуются:  
1) впереди поднижнечелюстной слюнной железы у ее верхней (наружной) полуокружности;  
2) под поднижнечелюстной слюнной железой;  
3) позади поднижнечелюстной слюнной железы у ее нижней (внутренней) полуокружности.

5. Подподбородочные лимфатические узлы получают лимфатические сосуды из:  
1) передних отделов альвеолярного отростка нижней челюсти, языка, подъязычной области, нижней и верхней губы, подбородка;

2) передних отделов альвеолярного отростка нижней челюсти, кончика языка, подъязычной области, нижней губы, подбородка;  
3) передних отделов альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, языка, подъязычной области, нижнейи верхней губы, подбородка.

6. Подподбородочные лимфатические узлы находятся:  
1) между передним и задним брюшком двубрюшной мышцы;  
2) возле заднего брюшка двубрюшной мышцы;  
3) около переднего брюшка двубрюшной мышцы;  
4) между передними брюшками двубрюшной мышцы.

7. Окологлоточные лимфоузлы получают лимфатические сосуды от:  
1) твердого и мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха;  
2) твердого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего и внутреннего уха;  
3) мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха, языка.

8. Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи?:  
1) золотистый стафилококк;

2) стрептококк;  
3) кишечная палочка;  
4) протей;  
5) смешанная микрофлора.

9.Периаденит-это:  
1) серозное воспаление лимфатического узла;  
2) гнойное воспаление лимфатического узла;  
3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;  
4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

10. Аденофлегмона - это:  
1) серозное воспаление лимфатического узла;  
2) гнойное воспаление лимфатического узла;  
3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;  
4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

11. Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности?:  
1) не может увеличиваться;  
2) не более, чем в 2 раза;  
3) в 2-3 раза;  
4) в 4-7 раз и более.

12. Патологоанатомические изменения при затяжном хроническом лимфадените и ранее перенесенном гнойном воспалении:  
1) серозная инфильтрация лимфатического узла;  
2) гнойная инфильтрация лимфатического узла с серозной инфильтрацией окружающих тканей;  
3) разрастание фиброзной ткани, утолщение капсулы, лимфоузел сморщивается и превращается в фиброзный тяж;  
4) гиперплазия лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью.  
  
13. Как называют лимфаденит, если не удается обнаружить его видимую связь с каким-либо патологическим очагом?:  
1) неодонтогенным;  
2) специфическим;  
3) неспецифическим;  
4) первичным;  
5) вторичным.

14. Какая имеется особенность в течении лимфаденита у людей пожилого возраста ?:  
1) особое (быстрое) течение;  
2) протекает медленнее;  
3) особенностей нет.

15. Аденофлегмоны в пожилом возрасте имеют:  
1) разлитой характер;  
2) ограниченный характер;  
3) у пожилых людей не встречаются.

16. Методы диагностики, позволяющие дифференцировать хронический лимфаденит от дермоидных и эпидермоидных кист:  
1) пункция;  
2) сиалография;  
3) сцинтиграфия

17. При туберкулезном лимфадените чаще поражаются лимфатические узлы:

1) шейные;  
2) околоушные;  
3) щечные;  
4) подподбородочные

18. Для туберкулезного лимфаденита характерно:  
1) наличие пакетов лимфоузлов, длительный субфебрилитет, положительные реакции Пирке и Манту, наличие в пунктате гигантских клеток Пирогова- Ланганса;  
2) клетки Березовского- Штернберга;  
3) тени Боткина- Гумпрехта

19. Отличительные особенности сифилитического лимфаденита:  
1) значительная твердость лимфоузла, положительная реакция Вассермана, в пунктате – бледные трепонемы;  
2) лимфатические узлы спаяны между собой и с окружающими тканями, RW-отрицательное;  
3) лимфоузлы всегда сопровождаются нагноением;  
4) в пунктате - нет бледных трепонем при отрицательной реакции Вассермана.

20. Для актиномикотического поражения лимфатических узлов не характерно:  
1) вялое течение;  
2) периаденит;  
3) втянутые свищи;  
4) рецидивирующее течение;  
5) отсутствие положительного эффекта от обычной терапии;  
6) острое начало заболевания, высокая температура тела, проба с актинолизатом отрицательная

21. Физиотерапевтические процедуры, рекомендуемые при серозных лимфаденитах:  
1) УВЧ в атермической дозе, согревающие компрессы, блокады шейного и звездчатого ганглия;  
2) УВЧ в термической дозе;  
3) полуспиртовые компрессы, компрессы с ронидазой;  
4) компрессы с ДМСО, электрофорез галантамина;  
5) грелки или гипотермия.

22. После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:  
1) дренировать гнойную рану;  
2) удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану;

3) наложить первичные швы;  
4) наложить первично- отсроченный шов.

23. Выберите все правильные варианты ответов. Анатомические образования, составляющие лимфатический узел:

1) капсула

2) паренхима

3) трабекулы

4) клапаны

5) синусы

24. Выберите все правильные варианты ответов. Лимфаденит околоушно-жевательной области развивается при воспалительных процессах в области:

1) ушной раковины

2) верхней губы

3) верхнего и нижнего века

4) лба

5) наружного слухового прохода

25.Выберите все правильные варианты ответов. Лимфаденит щечной области развивается при воспалительных процессах в области:

1) моляров и премоляров

2) первого и второго моляра нижней челюсти

3) кожи и слизистой оболочки носа

4) альвеолярного отростка верхней челюсти

5) альвеолярного отростка нижней челюсти

26. Выберите все правильные варианты ответов. Лимфаденит поднижнечелюстной области развивается при воспалительных процессах в области:

1) премоляров и моляров нижней челюсти

2) твердого и мягкого неба

3) слизистой оболочки и кожи носа

4) премоляров и моляров верхней челюсти

27. Установите последовательность развития воспалительного процесса при остром лимфадените:

1) серозный

2) гнойный

3) аденофлегмона

4) периаденит

28.Выберите все правильные варианты ответов. Острый серозный лимфаденит характеризуется:

1) гиперемией, отеком, мелкоочаговой клеточной инфильтрацией тканей лимфатического узла

2) расширением синусов

3) скоплением лейкоцитов, макрофагов, лимфоцитом в синусах

4) увеличением лимфатических узлов

29. Выберите все правильные варианты ответов. Острый гнойный лимфаденит характеризуется

1) гнойной инфильтрацией тканей лимфатического узла

2) очагами некроза лимфоидно – ретикулярной ткани

3) образованием мелких полостей, заполненных гнойными массами

4) гнойный экссудат в промежуточных и краевых синусах

30. Хронический гиперпластический лимфаденит характеризуется:

1) гиперплазией лимфоидных элементов

2) замещение лимфоидной ткани соединительной

3) сужение синусов за счет разрастания грануляционной ткани

4) скопление фиброзно – геморрагического экссудата в синусах

**Проверка практических навыков:**

1. Усвоить классификацию лимфаденитов в области головы и шеи.
2. Уметь проводить дифференциальную диагностику лимфангитов.
3. Уметь составить алгоритм лечения острых лимфаденитов лица и шеи.

**Практическое занятие №28**

Тема: Хронический лимфаденит лица и шеи. Аденофлегмона. Клиника, диагностика и принципы лечения. Проявления ВИЧ-инфекции челюстно-лицевой области.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика хронических лимфаденитов.
2. Лечение хронических лимфаденитов лица и шеи.
3. Клиническая картина аденофлегмоны. Лечение.
4. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Лечение аденофлегмоны.
2. дифференциальная диагностика хронических лимфаденитов.
3. клиника хронических лимфаденитов.

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь составить алгоритм лечения хронических лимфаденитов лица и шеи.
2. Знать проявления ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области.
3. Знать клиническую картину и принципы лечения аденофлегмон.

**Практическое занятие №29**

Тема: Одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи: этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, принципы лечения.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Хирургическая анатомия верхнечелюстной пазухи.
2. Этиология и патогенез одонтогенных синуситов.
3. Острый одонтогенный синусит, клиника, диагностика и лечение.
4. Хронический одонтогенный синусит, клиника, дифференциальная диагностика, методы консервативного лечения.
5. Оперативные методы лечения хронических синусотов.
6. Осложнения после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и само­произвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании опреде­ляется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в облас­ти которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне вер­хушки корня зуба 22*.* Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкус­сия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области вер­хушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими грани­цами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет колла­терального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на наличие корней зубов 45, 44, 43. Больная готовится к протезированию. Местно: зубы 45, 44 коронковая часть раз­рушена полностью, частично покрыта слизистой оболочкой, у зуба 43 1/3 ко­ронковой части сохранена. Остальные зубы на нижней челюсти отсут­ствуют. При рентгенологическом исследовании зубов 45, 44, 43 - периодонтальная щель зубов 45, 44 расширена, зуб 43 - без особенностей.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 46 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32. Неоднократно лечилась у пародонтолога. Местно: зубы 42, 41, 31, 32 подвижность Ш степени. При пальпации из карманов 42, 41, 31, 32 зубов гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании 42, 41, 31, 32 зубов определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.

**Задача 8.** Больная, 22 лег, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, периодически возникающую припухлость и боль в области зуба 38. Неприят­ный запах изо рта. Слизистая оболочка в области зуба 38 незначительно гиперемирована, отечна. Зуб 38прорезался дистальными буграми. При рентгено­логическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению зуба 38 и составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 40 лет, обратился с целью санации полости рта. Больной страдает гемофилией. Местно: коронковая часть зуба 26 разрушена, корни раз­делены. Зуб ранее лечен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению и составьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 54 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость со сто­роны неба в области зуба 26. Три месяца назад перенес инфаркт миокарда. Местно: коронковая часть зуба 26разрушена, слизистая оболочка неба гйперемирована, отечна, определяется участок флюктуации, пальпация неба резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 23 лет, беременность - 24 недели, обратилась с целью сана­ции полости рта. Местно: коронковые части зубов 46, 36 разрушены, корни зубов 46, 36 разделены, перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите ряд дополнительных мероприятий, необходимых при удалении зубов у беременных женщин, и сроки его проведения.

**Задача 12.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта. Боли при глотании, а также в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой под­челюстной области. Местно: рот открывается на, 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 13.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 14.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Задача 15.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в зубе 37, ранее зуб 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, зуб 37 интактный, зуб 38упирается в зуб 37 дистальными буграми.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.

**Тестовые задания:**

1. Выберите все верные варианты ответов. Для острого однотогенного гайморита характерны следующие морфологические изменение слизистой оболочки:  
1) полнокровие сосудов

2) отек

3) лейкоцитарная инфильтрация

4) пролиферативные, полипозные

2. Выберите все верные варианты ответов. Больные с острым гайморитом жалуются на:

1) сильные боли в лобной области

2) на боли в области верхней челюсти

3) ухудшение самочувствия

4) заложенность носа

5) гнойные выделения из носа

3. При однотогенном гайморите поражаются:

1) одна гайморовая пазуха

2) обе в/ч пазухи

3) все синусы полости носа

4. Выберите все верные варианты ответов. Для создания оттока из верхнечелюстной пазухи при остром гайморите проводиться:

1) радикальная гайморотомия

2) анемизация слизистой оболочки полости носа

3) пункция в/ч пазухи со стороны полости носа

4) пункция в/ч пазухи со стороны полости рта

5) удаление причинного зуба и создание сообщения через лунку по жизненным показаниям

5. Выберите все верные варианты ответов. Радикальная гайморотомия отличается от нерадикальной

1) широким операционным доступом

2) наложением широкого сообщения в/ч пазухи с полостью носа

3) удалением всей слизистой оболочки пазухи

4) удалением измененной слизистой оболочки пазухи

5) пластикой сообщения пазухи с полостью рта

6. Возникновению острого однотогенного гайморита предшествуют:

1) выделения из полости носа

2) головные боли

3) воспалительные заболевания в области одного из зубов верхней челюсти на стороне воспаления

4) пункция пазухи ЛОР – врачом

7. Выберите все верные варианты ответов. Гайморотомия проводиться при:

1) остром гайморите

2) травматическом гайморите

3) хроническом полипозном гайморите

4) частых рецидивах воспаления и неэффективности консервативного лечения, вне периода обострения

8. Выберите все верные варианты ответов. Пункция верхнечелюстной пазухи проводиться для:

1) эвакуации гноя из пазухи

2) эвакуации крови из пазухи

3) удаления полипов

4) введение медикаментов

9.Выберите все верные варианты ответов. Возникновению однотогенного гайморита способствует:  
1) близкое расположение однотогенных гнойных очагов к в/ч пазухе

2) распространение околоверхушечного гранулирующего процесса на альвеолярную бухту гайморовой пазухи

3) снижение резистентности организма

4) проталкивание корня в пазуху при удалении зуба

10. Объем верхнечелюстной пазухи в среднем сос­тавляет у взрослого человека:

1) 1—2 см3;

2) 5—6 см3;  
3) 7—8 см3;

4) 8—9 см3;  
5) 10—12 см3

11. Пневматический тип верхнечелюстной пазухи — это:

1) чрезмерно развитая пазуха, когда она может распространяться даже в отростки верхнечелюстной кости;

2) малые размеры верхнечелюстной пазухи.

12. Могут ли моляры верхней челюсти вызывать воспаление в верхнечелюстной пазухе?:

1) нет, не могут;

2) могут, но очень редко;  
3) могут, довольно часто.

13. Каким эпителием выстлана верхнечелюстная пазуха у взрослых?:

1) плоским неороговевающим;

2) плоским ороговевшим;

3) многослойным мерцательным;

4) цилиндрическим;

5) кубическим.

14. Хирургические вмешательства на альвео­лярном отростке могут ли вызвать или обострить течение гайморита?:

1) нет, такого не бывает;

2) могут, но очень редко;  
3) могут, довольно часто.

15. Какие наиболее частые симптомы острого гайморита?:

1) иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва;  
2) боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица;

3) выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа.

16. При остром гайморите какая часть лица чаще всего припухает?

1) нижнее веко;

2) подглазничная область;  
3) щечная область;

4) скуловая область.

17. При изучении рентгенограмм следует прово­дить сравнение пневматизации верхнечелюстных пазух с:

1) лобными пазухами;

2) решетчатым лабиринтом;  
3) орбитами;

4) носовой полостью.

18. Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через:

1) нижний носовой ход;

2) средний носовой ход;

3) верхний носовой ход.

19. Лечение острого серозного одонтогенного гайморита:

1) удалить причинный зуб, вскрыть верхнечелюстную пазуху, проведение гайморотомии;

2) устранить источник инфекции (причинный зуб), назна­чение сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ;

3) зуб в острой фазе воспаления не удалять, назначить сосудосуживающие препараты, СВЧ или УВЧ.

20. Клиническая симптоматика обострившегося хронического одонтогенного гайморита:

1) чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа;

2) гнойное выделение из соответствующей половины носа, нередко зловонное;

3) боли в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва;  
4) гноевыделение из соответствующей половины носа, чувство тяжести в половине головы, повышение темпе­ратуры тела, нарушение сна, снижение работоспо­собности.

21. Особенность одонтогенного гайморита:

1) чаще имеет острое течение;

2) чаще имеет первично-хроническое течение;

3) обязательно имеется чувство тяжести в верхней че­люсти;

4) обязательно имеется гноевыделение из соответст­вующей половины носа.

22. Что нехарактерно для одонтогенного гаймо­рита?:

1) односторонность поражения;  
2) разлитой характер;

3) наличие причинного зуба;

4) наличие перфорационного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи;

5) локализация в области дна, передней и латеральной стенки;

6) выделение гнойного содержимого в полость рта.

23. Острый одонтогенный серозный гайморит лечится:

1) удалением причинного зуба;

2) удалением причинного зуба, назначением сосудосуживающих и физиотерапевтических средств;

3) гайморотомией.

24. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:

1) пункция верхнечелюстной пазухи;

2) удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение;

3) гайморотомия;

4) удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.

25. Лечение хронического одонтогенного гайморита:

1) удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;

2) пункция гайморовой пазухи и удаление причинного зуба;

3) удаление причинного зуба, гайморотомия;

4) гайморотомия с лечением причинного зуба.

26. Свищ верхнечелюстной пазухи — это:

1) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зубa, которое функционирует до 7—10 дней;

2) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;

3) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

27. Соустьем верхнечелюстной пазухи считается:

1) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7—10 дней;

2) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;

3) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

28. Вторичный свищ верхнечелюстной пазухи —это:

1) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7—10 дней;

2) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;

3) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

29. Если на 2—3 день после операции гайморо­томии с местной пластикой свища отделяемое из пазухи резко прекращается, то необходимо:

1) промыть верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход;

2) повторная гайморотомия;

3) тампонировать верхнечелюстную пазуху.

30. Наиболее часто ороантральное сообщение закрывается путем использования слизисто-надкостничного лоскута, взятого с:

1) нёба на ножке;

2) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка;

3) путем перемещения слизисто-надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка;

4) с подвижной части переходной складки вестибу­лярной поверхности альвеолярного отростка на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клиническую картину, диагностику и лечение острого однотогенного синусита.
2. Знать клиническую картину, диагностику и лечение хронического однотогенного синусита.
3. Знать осложнения после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.

**Практическое занятие №30**

Тема: Перфоративный синусит верхнечелюстной пазухи. Причины, клиника, диагностика, осложнения. Методы хирургического закрытия перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиника, диагностика перфораций верхнечелюстной пазухи.
2. Одонтогенные свищи верхнечелюстной пазухи, клинические проявления, диагностика.
3. Показания к оперативному вмешательству.
4. Хирургические способы устранения ороантральных свищей.
5. Профилактика одонтогенных верхнечелюстных синуситов, перфораций и свищей верхнечелюстной пазухи.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на новообразование в области слизистой оболочки щечной области справа, округлой формы. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа определяется новообразование с четкими границами, бледно-розового цвета, размером 0,5 см, на широком основании. У больной вторичная частичная адентия.

1. О какой опухоли можно думать?
2. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больная. 35 лет, обратилась с жалобами на жжение во рту, сухость, боль по линии смыкания зубов в области слизистой оболочки щечной области справа. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа имеется новообразование округлой формы, размером до 1,0 см, на широком основании.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите признаки, не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.
3. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на сухость в полости рта и наличие новообразования на слизистой оболочке щечной области слева. У больной частичная вторичная адентия, отсутствуют 36, 37, по линии смыка­ния зубов на слизистой оболочке щечной области слева имеется новообра­зование, размером 1,0 см, на широком основании, бледно-розового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 4.** Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 36, 37, затрудненное открывание рта, опреде­ляется болезненность во время приема пищи. На уровне 36, 37 имеется ново­образование в области слизистой оболочки, бледно-розового цвета, буг­ристой формы, размером 1,5x1,0 см,**3**7 покрыт одиночной металлической коронкой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести для этой цели?

**Задача 5.** Больная, 23 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 44, 45. Отмечает, что ранее уже проводилось оперативное вмешательство по поводу этого новообразования. В области 44, 45 на слизистой оболочке имеется новообразование округлой формы, бледно-розового цвета, безболезненное при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 25, 26, 27, которое медленно растет - мешает открыванию рта и приему пищи. От 25 до 27 фиксирован несъемный мостовидный протез. В области 25, 26, 27 на слизистой оболочке определяется новообразование с бугристым рельефом, бледно-розового цвета, размером 1,5x1,0 см. Мостовидный протез изготовлен 10 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 7.**Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость десен, болезненность при приеме пищи, наличие новообразования в области 34, 35, появившееся после лечения 34, 35. В области 34, 35 имеется образование ярко красного цвета, кровоточащее при пальпации.

Какое заболевание вы можете предположить?

1. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Больная, 25 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области 24, 25, 26, кровоточащее при приеме пищи. Беременность - 32 неде­ли. В области 24, 25, 26 определяется новообразование ярко красного цвета, размером 1,5x1,0 см, кровоточащее при пальпации. Зубы интактные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 9.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на вновь появившуюся опу­холь (после удаления прошло полгода) в области 35, 36, болезненность при приеме пищи. В области 35, 36, 37 (35, 36, 37 под мостовидным протезом) имеется новообразование синюшного-красного цвета с рельефом отпечаток зубов, плотно-эластичной консистенции, кровоточит при пальпации.

1. Какое заболевание можете предположить?
2. Какое дополнительное исследование возможно провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 10.** Больная, 56 лет, направлена на консультацию из ортопедического отделения. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, кровоточи­вость десен в области верхней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток справа и слева на верхней челюсти симметрично утолщен. Ниж­ние жевательные зубы контактируют с новообразованием.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. Выберите все верные варианты ответа. По происхождению верхнечелюстной синусит бывает:

1) риногенным

2) однотогенным

3) смешанным

2. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникает вследствии:

1) моляров

2) премоляров

3) резцов

4) всех зубов верхней челюсти

5) не зависит от зуба

3. Выберите все верные варианты ответа. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникает вследствие

1) грубой техники удаления зубов

2) низкого расположения дна пазухи и прилежания его к верхушкам корней

3) деструкция кости дна пазухи вследствие гранулирующего и гранулематозного периодонтита

4) несвоевременного лечения гайморита

5) все ответы верны

4.Выберите все верные варианты ответа. Тактика врача при перфорации верхнечелюстной пазухи зависит от:

1) наличия острого гнойного процесса в челюсти и пазухе

2) вида патологического процесса в верхнечелюстной пазухе

3) от образования в лунке кровяного сгустка

4) от глубины лунки удаленного зуба

5. Выберите все верные варианты ответа. Тактика врача при проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху:

1) удалить корень через перфорацию дна пазухи

2) вскрыть верхнечелюстную пазуху и удалить корень

3) «вымыть» корень струей раствора антисептика из пазухи

4) при отсутствии гнойного процесса в пазухе устранить перфорацию

5) подготовить больного к операции радикальной гайморотомии

6. Выберите все верные варианты ответа. При удалении зуба верхней челюсти произошла перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Тактика врача:

1) туго затампонировать всю лунку

2) рыхло затампонировать всю лунку

3) поверхностно ввести йодоформную турунду в лунку

4) добиться образования сгустка в лунке и прикрыть его йодоформной турундой

5) ушить лунку

6) закрыть сообщение с верхнечелюстной пазухой щёчно–десневым лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка или небным лоскутом

7) все ответы правильные

7. Выберите все верные варианты ответа. При удалении зуба произошла перфорация верхнечелюстной пазухи при отсутствии острого воспаления к ней. Тактика врача:

1) добиться образования сгустка в лунке

2) вести заживление лунки под тампоном с лекарственным веществом

3) ежедневно промывать верхнечелюстную пазуху через лунку до полного ее гранулирования

4) произвести гайморотомию, закрыть перфорацию оперативным путем

5) закрыть сообщение лунки с пазухой оперативным путем

8. Определите верность утверждений. При пластике свища верхнечелюстной пазухи используется:

1) языкообразный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка

2) трапециевидный лоскут с твердого неба

А-верно, Б-неверно

9.Трапецевидная форма щечно-десневого слизисто-надкостничного лоскута при пластике свища верхнечелюстной пазухи обеспечивает

1) хорошую трофику тканей лоскута

2) хорошую обтурацию свища

3) ушивание лоскута без натяжения

4) все ответы правильные

5) все ответа неправильные

10. Верно ли утверждение? Перфорация верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба является следствием неправильной оценки врачом клинической ситуации.

1) верно

2) неверно

11. Определите верность утверждений. Больному с острым гнойным однотогенным гайморитом врач поликлиники:

1) удалил причинный зуб

2) через лунку вскрыл верхнечелюстную пазуху для создания оттока гноя и промывания пазухи

А-верное, Б-неверно

12. Больному с хроническим однотогенным гайморитом и сообщением полости рта с пазухой через лунку удаленного зуба хирургическое лечение проводиться:

1) ЛОР-стационаре

2) стоматологическом стационаре

3) ЛОР-отделении поликлиники

4) стоматологической поликлинике

13. Пластмассовая защитная пластинка на верхнюю челюсть при гайморотомии и пластике свища изготавливается для:

1) защиты раны

2) изоляции пазухи от ротовой области

3) восстановления фонетики

4) тугой обтурации свища

14. Языкообразный лоскут на небе для закрытия свища верхнечелюстной пазухи формируется основанием в мягкому небу

1) для удобства перемещения на область свища

2) в связи с большей податливостью тканей подслизистого слоя этой области

3) для улучшения трофики лоскута за счет сосудисто-нервного пучка неба

4) все ответы верны

15. Пластическое закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи, возникшей при удалении зуба по поводу острого периодонтита проводиться:

1) одномоментно

2) по стихании воспаления

3) не зависит от острого воспаления

16. Выберите все верные варианты ответа. Клиническими признаками перфорации дна верхнечелюстной пазухи при удалении зуба является:

1) кровотечение из лунки

2) кровотечение из носа

3) выделение крови из лунки с пузырьками воздуха

4) глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки

5) все ответы правильные

17. Определите порядок действия. Этапы операции пластического закрытия перфорационного отверстия верхнечелюстной пазухи в области 16 зуба лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка:

А) наложите швы на рану слизистой оболочки в области 16 зуба

Б) проведите местное обезболивание

В) кюретажной ложкой проведите ревизию костной раны

Г) скроите трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут соответственно 15,16,17 зубам основанием к своду преддверия рта

Д) пересеките надкостницу у основания лоскута

Е) мобилизуйте лоскут и закройте им вход в лунку 16 зуба

Ж) наложите давящую повязку

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь диагностировать перфорацию верхнечелюстной пазухи.
2. Знать клиническую картину перфорации верхнечелюстной пазухи.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику различных видов синуситов.
4. Иметь представление о технологии выполнения пластики ороантральных свищей.

**Практическое занятие №31**

Тема: Специфические инфекционные воспалительные заболевания области лица, шеи, челюстей и органов полости рта. Актиномикоз челюстно-лицевой области.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез, патологическая анатомия актиномикоза челюстно-лицевой области.
2. Клинические формы актиномикоза лица, шеи, челюстей и полости рта.
3. Клиническая картина кожной, подкожной, слизистой, подслизистой форм актиномикоза.
4. Однонтогенная актиномикозная гранулема. Диагностика, принципы лечения.
5. Подкожно-межмышечная форма актиномикоза. Диагностика, принципы лечения.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Больной, 22 лет, обратился в клиническую стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость обнаружил во время бритья несколько месяцев назад. В это время проводилось лечение молряов на нижней челюсти слева. В течение последних двух месяцев припухлость незначительно увеличилась в размере, стала более плотной, повышение температуры не отмечает, боли не беспокоили. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ, обострения хронического тонзиллита.

Объективно: соответственно телу нижней челюсти слева определяется образование до 3,0 см в диаметре, подвижное, плотной консистенции. Кожные покровы над образованием не изменены, легко смещаются. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании определяется очаг разряжения костной ткани в области верхушек корней 36, с четкими контурами, округлой формы, размером 0,3-0,4 см. Каналы зуба 36 запломбированы практически до верхушек. Осмотрен хирургом-стоматологом поликлиники и направлен на лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 22 лет, обратился в областную стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет, вначале она была незначительных размеров, потом стала медленно увеличиваться, периодически боль усиливалась, повышалась температура тела до 37,5\*С. В стоматологической поликлинике по месту жительства проводились разрезы в полости рта соответственно 36, 37, 38 зубов. Постепенно в центральном отделе уплотненного очага тела нижней челюсти слева образовался свищевой ход со скудным серозно-гнойным отделяемым. Перенесенные заболевания: детские болезни, частые ангины. Полгода тому назад выявлен риногенный двусторонний гайморит.

Объективно: соответственно телу нижней челюсти слева определяется воспалительный инфильтрат округлых очертаний, плотный и безболезненный при пальпации, в центре которого кожа цианотична, истончена, не смещаема. Имеется свищевой ход с небольшим гнойным отделяемым и грануляционной тканью. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании определяется участок разряжения костной ткани в области верхушек корней 36 размером 0,3-0,4 см., а также дистопия зуба 38. Направлен на консультацию к челюстно-лицевому хирургу.

1. Поставьте диагноз, проведите обоснование диагноза, проведите дифференциальную диагностику.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на припухлость правой щечной области, которая появилась два года назад. Полгода назад был удален зуб 36. Несмотря на удаление зуба, припухлость стала более разлитой, образовался свищевой ход. Перенесенные заболевания: отмечаются простудные, желчно-каменная болезнь. Периодически проводится лечение по поводу красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. В правой щечной области определяется воспалительный инфильтрат и свищевой ход, закрытый кровянисто-гнойной корочкой. Полость рта санирована. Однако на слизистой оболочки полости рта имеются элементы красного плоского лишая.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания

**Задача 4.** Больная, 19 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа и боль в зубах на верхней челюсти справа. Припухлость обнаружила несколько месяцев назад. За это время был уда­лен зуб 11, но припухлость не уменьшилась в размере, периодически появ­ляется боль и повышается температура тела. Из перенесенных заболева­ний отмечает детские болезни, пневмонию. Месяц назад был удален кон­кремент из вартонова протока справа. В правой поднижнечелюстной об­ласти определяется ограниченная припухлость, размером до 3,0 см в диа­метре. Кожа над припухлостью несколько цианотична и неподвижна, а вокруг инфильтрата в виде валикообразных складок. В полости рта име­ются кариозные зубы на верхней и нижней челюстях, дистопия зуба 48. На нижней губе справа определяется образование, напоминающее каверноз­ную гемангиому.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания

**Тестовые задания:**

1. Какие клетки являются характерными для актиномикозного процесса ?:  
1) клетки Харгрейвса;  
2) Шванновские клетки;  
3) клетки Яворского;  
4) клетки Пирогова- Лангханса;  
5) клетки Березовского- Штернберга;  
6) ксантомные клетки;  
7) клетки Паппенгейма.

2. При поражении слюнных желез актиномикозная гранулема образуется:  
1) в паренхиме железы;  
2) между дольками железы;  
3) между дольками железы, а в дальнейшем онаразрастается и переходит на паренхиму железы.

3. Кожная форма актиномикоза делится на:  
1) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;  
2) пустулезную, бугорковую и смешанную;  
3) гнойную, некротическую, гнойно- некротическую;  
4) папулезную, розеолезную и смешанную;  
5) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

4. Подкожная форма актиномикоза делится на:  
1) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;  
2) пустулезную, бугорковую и смешанную;  
3) гнойную, некротическую, гнойно- некротическую;  
4) папулезную, розеолезную и смешанную;  
5) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

5. Подкожно-мышечная форма актиномикоза характеризуется:  
1) наличием гуммозных образований в клетчатке;  
2) образованием инфильтратов, которые могут нагнаиваться;  
3) наличие гуммозных образований, инфильтратов, абсцессов, келоидных рубцов.

6. Актиномикоз лимфатических узлов протекает:  
1) бурно, с повышением температуры тела, недомоганием, выраженной интоксикацией организма;  
2) медленно, имеет затяжной характер;  
3) остро, подостро и хронически.

7. По методу Сутеева Г.О. актинолизат вводят:  
1) внутрикожно;  
2) подкожно;  
3) внутримышечно;  
4) внутрикожно и внутримышечно.

8. По методу Ленина Д.И. актинолизат вводят:  
1) внутрикожно;  
2) подкожно;  
3) внутримышечно;  
4) внутрикожно и внутримышечно.

9. Сколько раз в неделю вводят актинолизат при лечении актиномикоза ?:  
1) 1 раз в неделю;  
2) 2 раза в неделю;  
3) 4 раза в неделю (через день);  
4) ежедневно.

10. Актиномицетная поливалентная вакцина (АПВ) вводится больному:  
1) 1 раз в неделю;  
2) 2 раза в неделю;  
3) через день;  
4) ежедневно.

11. Возможно ли ускорение курса иммунотерапии припроведении лечения актиномикоза  
у больных ?:  
1) возможно всегда;  
2) возможно только при кожной форме актиномикоза;  
3) возможно только при кожной и подкожной форме актиномикоза;  
4) недопустимо.

12. Схема введения актиномицетной поливалентнойвакцины больным актиномикозом:  
1) по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;  
2) 1-я внутрикожная инъекция - 0,5 мл, 2-я - 0,7 мл, 3-я -0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14инъекции - 2 мл, удерживается таковой до последней  
инъекции;  
3) 1 -я внутрикожная инъекция - 0,3 мл, 2-я - по 0,5 мл вкаждое предплечье, 3-я - по 0,5 в три точки предплечья,4-я - по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл  
остается без изменений до завершения курса лечения;  
4) 1-я внутрикожная инъекция - 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводятдо 1 мл и оставляют таковой до завершения курсалечения.

13. Схема проведения метода лечения актиномикоза по Сутеевой Т.Г.:  
1) по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;  
2) 1-я внутрикожная инъекция - 0,5 мл, 2-я - 0,7 мл, 3-я -0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14инъекции - 2 мл, удерживается таковой до последней  
инъекции;  
3) 1-я внутрикожная инъекция - 0,3 мл, 2-я - по 0,5 мл вкаждое предплечье, 3-я - по 0,5 в три точки предплечья,4-я - по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 млостается без изменений до завершения курса лечения;  
4) 1-я внутрикожная инъекция - 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса лечения.

14. Схема лечения актиномикоза по Сутееву Г.О.:  
1) по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;  
2)1 -я внутрикожная инъекция - 0,5 мл, 2-я - 0,7 мл, 3-я -0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14инъекции - 2 мл, удерживается таковой до последней  
инъекции;  
3) 1-я внутрикожная инъекция - 0,3 мл, 2-я - по 0,5 мл вкаждое предплечье, 3-я - по 0,5 в три точки предплечья,4-я - по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 млостается без изменений до завершения курса лечения;  
4) 1-я внутрикожная инъекция - 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса  
лечения.

15. Схема лечения актиномикоза по Аснину Д.И.:  
1) по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;  
2) 1-я внутрикожная инъекция - 0,5 мл, 2-я - 0,7 мл, 3-я -0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14инъекции - 2 мл, удерживается таковой до последней  
инъекции;  
3) 1 -я внутрикожная инъекция - 0,3 мл, 2-я - по 0,5 мл вкаждое предплечье, 3-я - по 0,5 в три точки предплечья,4-я - по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл  
остается без изменений до завершения курса лечения;

4) 1-я внутрикожная инъекция - 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса  
лечения.

16.Реинфекция -это:  
1) повторное заражение этим же заболеванием послевыздоровления больного;  
2) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;  
3) заражение другим заболеванием на фоне невылеченнойболезни.

17. Суперинфекция - это:  
1) повторное заражение этим же заболеванием послевыздоровления больного;  
2) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;  
3) заражение другим заболеванием на фоне невылеченной болезни

18. Актиномикотическая язва клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см,с ровными краями, основание язвы - мягкое, поверхностьгладкая, красного цвета, налета нет;  
2) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 смс ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат,  
поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
5) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
6) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

19. Какие актиномицеты обладают большей патогенностью?:  
1) аэробы;  
2) анаэробы;  
3) одинаковая патогенность аэробов и анаэробов.

20. Пиогенная (банальная) микрофлора:  
1) создает условия для развития актиномицетов;  
2) не создает условия для развития актиномицетов;  
3) препятствует развитию актиномицетов.

21. При хирургическом лечении актиномикоза в острой стадии следует проводить:

1) Иссечение актиномикотических очагов

2) Иссечение актиномикотических очагов и их кюретаж

3) Иссечение актиномикотических очагов и их дренирование.

22. При хирургическом лечении актиномикоза в хронической стадии следует проводить:

1) Иссечение актиномикотических очагов

2) Иссечение актиномикотических очагов и их кюретаж

3) Иссечение актиномикотических очагов и их дренирование.

23. Для специфической иммунотерапии актиномикоза проводятся курсы медикаментозной терапии:

1) Антибиотиками

2) Сульфаниламидными препаратами

3) Антибиотиками и сульфаниламидными препаратами комбинированно

4) Все ответы не верны

5) Все ответы верны

24. При медикаментозной терапии актиномикоза антибиотики и сульфаниламидные препараты применяются для:

1) Специфической терапии.

2) Лечения вторичной инфекции

3) Не применяются

25. Специфическую иммунотерапию актиномикоза проводят по методу Г.С. Сутеева:

1) Актинолизат вводят подкожно по 3 мл 2 раза в неделю, на курс – 20 инъекций

2) Актинолизат вводят внутримышечно по 3 мл ежедневно, на курс – 20 инъекций

3) Актинолизат вводят внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, на курс – 20 инъекций

26. При актиномикозе, характеризующемся нормергической реакцией организма, проводят лечение по схеме:

1) Курс актинолизатотерапии одновременно с общеукрепляющей и стимулирующей терапией

2) Десенсибилизирующая, общеукрепляющая, стимулирующая терапия и курс актинолизатотерапии проводятся последовательно

27. При актиномикозе, характеризующемся гипоергической реакцией организма, проводят лечение по схеме:

1) Десенсибилизирующая, общеукрепляющая, стимулирующая терапия и курс актинолизатотерапии проводятся последовательно

2) Курс актинолизата параллельно с общеукрепляющей и стимулирующей терапией

3) Лечение сопутствующих заболеваний, общеукрепляющая, иммунокорригирующая терапия и курс актинолизата

28. При актиномикозе, характеризующемся гиперергической реакцией организма, проводят лечение по схеме:

1) Курс актинолизата параллельно с общеукрепляющей и стимулирующей терапией

2) Десенсибилизирующая, общеукрепляющая, стимулирующая терапия и курс актинолизатотерапии проводятся последовательно

3) Последовательно проводится курс актинолизата, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, стимулирующая терапия.

29. Актиномикотическая язва клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см,с ровными краями, основание язвы - мягкое, поверхностьгладкая, красного цвета, налета нет;  
2) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 смс ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат,  
поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
5) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
6) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

30.Реинфекция -это:  
1) повторное заражение этим же заболеванием послевыздоровления больного;  
2) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;  
3) заражение другим заболеванием на фоне невылеченнойболезни.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клиническую картину кожной, подкожной, слизистой, подслизистой форм актиномикоза, актиномикозной гранулемы.
2. Иметь представление о подкожно-межмышечной формы актиномикоза.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику.
4. Знать антибактериальные медикаментозные средства и методы физиотерапии при лечении актиномикоза.

**Практическое занятие №32**

Тема: Актиномикоз лимфатических узлов, актиномикоз периоста челюсти, слюнных желез, языка, миндалин, верхнечелюстной пазухи. Комплексное лечение. Профилактика.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза лимфатических узлов
2. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза периоста.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза челюстей.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза слюнных желез, языка
5. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза миндалин, верхнечелюстной пазухи.
6. Комплексное лечение актиномикоза челюстно-лицевой области.
7. Профилактика актиномикоза.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 32 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость правой щеч­ной области, которая появилась два года назад. Полгода назад был удален зуб 16. Несмотря на удаление зуба припухлость стала более разлитой, образо­вался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются простуд­ные, желчно-каменная болезнь. Периодически проводится лечение по поводу красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. В пра­вой щечной области определяется воспалительный инфильтрат и свище­вой ход, закрытый кровянисто-гнойной корочкой. Полость рта санирова­на. Однако на слизистой оболочке полости рта имеются элементы красно­го плоского лишая.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 2.**Больной, 18 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе лица слева. Припухлость обнаружена случайно несколько месяцев назад, когда болел зуб на нижней челюсти слева. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские болезни. Год назад проведена операция по поводу ретенционной кисты в области нижней губы слева. В нижнем отделе щеч­ной области определяется ограниченная припухлость, кожа над ней красновато-синюшнго цвета, отмечается незначительный отек окружающих тканей и спаянность с краем тела нижней челюсти.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания?

**Задача 3.**Больной, 28 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость поднижнечелюстной области слева, которую обнаружил случайно, полгода назад. За это время больному проводилось лечение спиртовыми компрессами и физиотерапевтическими процедурами. Однако припухлость то увеличивается в размере, то уменьшается, появилась боль и повышение темпера­туры тела. Иногда отмечается ограничение открывания рта. Больной счи­тает себя практически здоровым. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, слегка болезненный плотный и смещаемый лимфатический узел. Кожа над ним не изменена. Открывание рта свобод­ное, безболезненное, из вартонова протока слева выделяется прозрачная слюна. Полость рта санирована. Имеется дистопия зуба 38.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 4.**Больной, 28 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа и повышение температуры тела, озноб, недомо­гание, общую слабость, головную боль. Зуб 37 ранее был лечен. Больной часто болеет простудными заболеваниями. В поднижнечелюстной области спра­ва определяется воспалительный инфильтрат, покрытый покрасневшей, с синюшным оттенком кожей, с наличием нескольких свищевых ходов, через которые выделяется небольшое количество серозно-гнойного экссу­дата. В области пораженного участка имеются валикообразные складки кожи. Открывание рта свободное, безболезненное, из вартоновых прото­ков слюна выделяется прозрачная. Зуб 37 в цвете изменен, имеется пломба, реакция на перкуссию положительная.

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. К какому типу инфекционных заболеваний относится актиномикоз?

1) эндогенного типа

2) экзогенного типа

2. Актиномицеты, проникая в ткани челюстно-лицевой области, формируют воспалительный очаг

1) в хорошо васкуляризированных тканях

2) в тканях с плохой васкуляризацией

3. В ответ на внедрение актиномицетов в пораженных тканях формируется

1) воспалительный инфильтрат

2) специфическая гранулема

3) гнойно-некротический очаг

4. Для патологоанатомической картины актиномикоза характерно:

1) формирование моноочага воспаления – специфической гранулемы

2) формирование вторичных и третичных специфических гранулем

5. Для патологоанатомической картины специфической гранулемы характерно наличие ксантомных клеток, полинуклеаров, лимфоцитов, гигантских многоядерных клеток.

1) верно

2) неверно

6. Клинические формы актиномикоза челюстно-лицевой области:

1) кожная, слизистая, однотогенная актиномикозная гранулема, подкожно-межмышечная, актиномикоз лимфатических узлов, актиномикоз периоста челюстей, актиномикоз органов полости рта.

2) кожная, подкожная, слизистая, однотогенная актиномикозная гранулема, подкожно-межмышечная, актиномикоз лимфатических узлов, актиномикоз периоста челюстей, актиномикоз органов полости рта.

3) кожная, подкожная, подслизистая, слизистая, однотогенная актиномикозная гранулема, подкожно-межмышечная, актиномикоз лимфатических узлов, актиномикоз периоста челюстей, актиномикоз органов полости рта.

7. Актиномикоз наиболее часто протекает как

1) хронический прогрессирующий воспалительный процесс с гипоергической реакцией

2) острый прогрессирующий воспалительный процесс с гиперергической реакцией

3) острый и хронический с обострениями воспалительный процесс с нормергической воспалительной реакцией

8. Какие ткани челюстно-лицевой области поражаются при подкожно-межмышечной форму актиномикоза?

1) подкожная и межфасциальная клетчатка с распространением на кожу, мыщцы и челюстные кости

2) подкожная, межмышечная и межфасциальная клетчатка с распространением на кожу, мыщцы и челюстные кости

9. При поражении актиномикозом лимфатической системы челюстно-лицевой области процесс протекает в виде актиномикозного лимфангоита, абсцедирующего лимфаденита, аденофлегмоны, хронического гиперластического лимфаденита.

1) верно

2) неверно

10. При подкожной форме актиномикоза процесс характеризуется коротким и бурным течением с выраженным болевым синдромом, общей и местной реакцией организма больного

1) верно

2) неверно

11.Методика проведения кожно-аллергической пробы:

1) на внутренней поверхности предплечья справа и слева внутрикожно вводят 0,3 мл актинолизата. Для контроля рядом вводят по 0,3 мл стерильного мясопептонного бульона

2) на внутренней поверхности предплечья справа и слева подкожно вводят 0,3 мл актиномикотической вакцины. Для контроля рядом вводят по 0,3 мл стерильного мясопептонного бульона

12.Опередилите верность утверждение: Кожно-аллергическая проба чаще всего дает

1) при нормергическом течении актиномикоза – положительную реакцию

2) при гипоергическом течении актиномикоза – отрицательную реакцию

3) при гиперергическом течении актиномикоза – резко положительную реакцию

4) все верно

5)все неверно

13. Для подтверждения диагноза актиномикоза следует провести

1) цитологическое исследование нативного препарата гноя и окрашенного мазка на наличие друз актиномицета

2) выделение патогенной культуры путем посева

3) кожно-аллергическую реакцию с актинолизатом

4) общий клинический анализ крови

14. Актиномикоз следует дифференцировать с:

1) абсцессом, флегмоной, периоститом, лимфаденитом

2) остеомиелитом

3) саркомой, раком челюсти

4) туберкулезом, сифилисом

5) рожистым воспалением

15. Выберите из всех видов только анаэробные формы:

1) стафилококк, пептококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактериод, пептострептококк, вейлонелла

3) пептострептококк, вейлонелла, бактериод, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк, фузобактерия

5) пептострептококк, кишечная палочка, пневмококк

16. Выберите из всех видов микроорганизмов только аэробные формы:

1) стафилококк, пневмококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактериод

3) пептострептококк, вейлонелла, бактериод, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк

5) пневмококк, пептострептококк, кишечная палочка

17. Актиномикоз лимфатических узлов протекает:  
1) бурно, с повышением температуры тела, недомоганием, выраженной интоксикацией организма;  
2) медленно, имеет затяжной характер;  
3) остро, подостро и хронически.

18. Посттравматическая язва клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см,с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цветаокруглой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 смс ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат, поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
2) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;  
3) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
4) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
5) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

19. Раковая язва кожи клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см,с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;  
2) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 смс ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат,  
поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;  
4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
5) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
6) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

20. Трофическая язва клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с ровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налета нет;  
2) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 см с ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат,поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;  
4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
5) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
6) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

21. Как называется нарушение подвижности нижней челюсти при воспалительных заболеваниях ЧЛО:

1) тризм

2) контрактура нижней челюсти

3) контрактура жевательных мышц

4) сведение челюстей

5) контрактура челюстей

22. Определите показания для возможного осуществления диагностической пункции:

1) лимфаденит, киста боковой поверхности шеи

2) незлокачественные новообразования

3) смешанная опухоль

4) злокачественные новообразования

5) во всех перечисленных случаях

23. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода:

1) строгие аэробы

2) строгие анаэробы

3) факультативные аэробы

4) факультативные анаэробы

24. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается

1) антисептикой

2) асептикой

3) бактериостатикой

4) дезинфекцией

25. Факультативные аэробы:

1) нуждаются только в чистом

2) не требуют чистого кислорода

3) предпочитают существовать с чистым кислородом

4) предпочитают чистый кислород, но могут жить и без него

26. Наиболее надежно избавляет от бактерий:

1) замораживание

2) стерилизация

3) дезинфекция

4) растворение

27. Суперинфекция - это:  
1) повторное заражение этим же заболеванием послевыздоровления больного;  
2) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;  
3) заражение другим заболеванием на фоне невылеченной болезни

28. Причиной обострения хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1) актиномикоз

2) околоушный гипергидроз

3) распространение инфекции из окружающих тканей

4) хроническая травмы височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

5) слюнокаменная болезнь

29.Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1) актиномикоз

2) ревматическая атака

3) околоушный гипергидроз

4) хроническая травмы височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

5) сифилис

30. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1) туберкулез

2) ревматическая атака

3) околоушной гипергидроз

4) хроническая травмы височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

5) осложненный кариес

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клиническую картину актиномикоза лимфатических узлов, актиномикоза периоста челюсти, слюнных желез, языка, миндалин, верхнечелюстной пазухи.
2. Знать принципы комслеского лечения актипномикоза лимфатических узлов.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику актиномикоза лимфатических узлов, актиномикоза периоста челюсти, слюнных желез, языка, миндалин, верхнечелюстной пазухи.

**Практическое занятие №33**

Тема: Туберкулез и сифилис челюстно-лицевой области**.**

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез патологическая анатомия туберкулеза челюстно-лицевой области.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза челюстно-лицевой области.
3. Клиническая картина туберкулеза кожи, слизистой оболочки полости рта.
4. Первичный и вторичный туберкулезный лимфаденит.
5. Туберкулез слюнных желез.
6. Туберкулез челюстей.
7. Принципы лечения туберкулеза челюстно-лицевой области.
8. Этиология, патогенез сифилиса челюстно-лицевой области.
9. Клиническая картина первичного, вторичного, третичного периода сифилиса.
10. Диагностика и дифференциальная диагностика сифилиса. Принципы лечения.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 18 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области слева. Из анамнеза выяснено, что припухлость в под­нижнечелюстной области обнаружили врачи при осмотре. Больной отме­чает субфебрильную температуру тела, общую слабость, потерю аппетита. В анамнезе - три месяца назад перенес пневмонию. Отмечается увеличе­ние поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов, они имеют плотно-эластическую консистенцию, бугристую поверхность, четко контурируются, их пальпация слабо болезненная. Кожные покровы в цвете не изменены, открывание рта свободное. Полость рта санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на припухлость в боковом отделе шеи справа, боли при ходьбе в области тазобедренного сустава. Из анамнеза выяснено, что припухлость бокового отдела шеи обнаружена год назад. За это время она увеличилась в размере, стала более разлитой, а в центральном участке образовался свищевой ход. Больной отмечает общую слабость, быструю утомляемость, потливость, субфибрилитет и зуд кожи. Из перенесенных заболеваний: частые простудные заболевания, несколько лет назад перенес черепно-мозговую травму в результате автомобильной аварии. В боковом отделе шеи справа определяется плотный конгломерат с бугристой поверхностью, в центре которого имеется свищевой ход с подрытыми краями и незначительным гнойным отделяемым. Полость рта санирована. У больного выявлено наличие конкрементов в правой под­нижнечелюстной слюнной железе. При цитологическом исследовании в гнойном отделяемом обнаружены гигантские клетки. На рентгенограмме тазобедренного сустава отмечается участок резорбции костной ткани.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.**Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа. Из анамнеза выяснено, что больного в течение года беспокоит припухлость в поднижнечелюстной области справа, кото­рая медленно увеличивается в размере, а несколько дней назад образовал­ся свищевой ход. Из перенесённых заболеваний больной указывает, что в детстве проводилось лечение по поводу костно-суставного специфическо­го процесса. В настоящее время отмечаются частые бронхиты и ангины, беспокоят головные боли. В поднижнечелюстной области справа опреде­ляется припухлость, размером до 4,0 см в диаметре, в центре которой имеется свищевой ход с творожистым распадом тканей. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 4.**Больная, 18 лет, обратилась с жалобами на припухлость в боковом отделе шеи слева и периодически появляющуюся боль в области нижней челюсти слева. Припухлость в боковом отделе шеи то увеличивается, то уменьшается в размере, сопровождаясь резким повышением температуры тела, общей слабостью, потерей аппетита и головными болями. Из анам­неза выяснено, что припухлость обнаружена полгода назад. Перенесённые заболевания больная затрудняется сообщить. С обеих сторон шейные лим­фатические шейные узлы увеличены, слева определяется конгломерат с бугристой поверхностью. Полость рта санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен участок разряжения костной ткани округ­лой формы с четкими границами, в центре которого определяется тень зуба 38, картина напоминающая зубосодержащую кисту.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания?

**Тестовые задания:**

1. Могут ли микобактерии бычьего вида быть причиной развития туберкулеза и каким путем они попадают в организм человека?  
1) могут, попадают в организм капельным путем;

2) могут, попадают в организм алиментарным путем;  
3) могут, попадают в организм контактным путем;  
4) не могут быть причиной развития туберкулеза.

2. Туберкулез может поражать:  
1) любой орган, кроме головного мозга и нервной системы;  
2) любой орган, кроме мышечной и костной ткани;  
3) не поражаются почки, печень и поджелудочная железа;  
4) любой орган и любую систему организма человека.

3. Первичное туберкулезное поражение челюстнолицевой области:  
1) не сопровождается легочным туберкулезом;  
2) сопровождается легочным туберкулезом.

4. Первичное туберкулезное поражение челюстнолицевой области возникает при попадании микобактерии:  
1) из легких;  
2) из костей;  
3) из кишечника

4) через миндалины;

5. Вторичное поражение челюстно- лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:  
1) из легких;  
2) из костей;  
3) из кишечника;  
4) через миндалины;

6. Туберкулезу чаще подвержены:  
1) новорожденные;  
2) дети и подростки;  
3) лица молодого возраста;  
4) люди среднего возраста;  
5) пожилые люди.

7. Патоморфологические изменения притуберкулезе не зависят от:  
1) формы заболевания;  
2) стадии заболевания;  
3) локализации процесса;  
4) сезонности заболевания;  
5) распространенностипроцесса.

8. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит не бывает:  
1) фиброзным;  
2) фиброзно- казеозном;  
3) экссудативным;  
4) гиперпластическим.

9. Характерный признак туберкулезного лимфаденита:  
1) бугристость;  
2) малоподвижность;  
3) односторонность поражения;  
4) двухсторонность поражения;  
5) периаденит;  
6) эластичная консистенция;  
7) флюктуация;  
8) изменение кожи над лимфоузлом.

10.Первичныйтуберкулезкожи характеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;  
6) безболезненных узлов розового или бурого цвета,могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
7) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;  
8) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

11.Туберкулезнаяволчанкахарактеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которыеизъязвляютсябезболезненных узлов розового или бурого цвета,могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
6) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;;  
7) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

12. Скрофулодерма (колликвационный туберкулез)характеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;  
6) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
7) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;;  
8) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

13. Милиарно- язвенный туберкулез характеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;  
6) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
7) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;;  
8) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

14. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:  
1) очагами разрежения с четкими границами;  
2) очагами уплотнения челюсти ("плюс ткань");  
3) очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.);  
4) очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей.

15. Инкубационный период для первичного сифилиса составляет:  
1) 1-2 дня;  
2) 7-8 дней;  
3) 3-4 недели;  
4) 1-2 месяца;  
5) полгода.

16. Сифилитический склераденит отличается от банального (бактериального) лимфаденита:  
1) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, двухсторонностью поражения (полиаденит), отсутствием периаденита;  
2) болезненностью, отсутствием интоксикации организма, отсутствием полиаденита и периаденита;  
3) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, полиаденитом и периаденитом;  
4) болезненностью, выраженной интоксикацией организма, полиаденитом и периаденитом.

17. Отличие туберкулезного лимфаденита от сифилитического склераденита:  
1) двухсторонностьпоражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;  
2) двухсторонностьпоражения, развитие периаденита, не могут образовываться язвы и свищи;  
3) односторонность поражения, развитие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;  
4) односторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи.

18. Сифилитическая язва клинически выглядит:  
1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;  
2) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 смс ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат,  
поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;  
3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое иглубокое, основание плотное, малая болезненность;  
4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;  
5) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очагиабсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;  
6) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

19. На какой стадии воспалительного процесса в тканях появляются специфические для туберкулеза клетки ?:  
1) альтерации;  
2) экссудации;  
3) пролиферации.

20. Специфичные для туберкулеза клетки:  
1) клетки Харгрейвса;  
2) Шванновские клетки;  
3) клетки Яворского;  
4) клетки Пирогова-Лангханса;  
5) клетки Березовского-Штернберга;  
6) ксантомные клетки;  
7) клетки Паппенгейма.

21. Диссеминированный милиарный туберкулез лица характеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;  
6) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
7) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;;  
8) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

22. Папуло- некротический туберкулезхарактеризуется появлением:  
1) бугорков (люпом);  
2) внутрикожных узлов;  
3) эрозий и язв;  
4) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;  
5) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;  
6) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;  
7) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато- коричневых папул;;  
8) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

23. Туберкулез челюстей возникает:  
1) первично;  
2) вторично.

24. Клинически туберкулез челюстей напоминает:  
1) хронический периодонтит;

2) пародонтит;  
3) парадонтальную кисту;  
4) хронический остеомиелит;  
5) амелобластому;  
6) остеому;  
7) рарефицирующий периостит.

25. Вторичный сифилис характеризуется появлением:  
1) твердого шанкра;  
2) розеол;  
3) папул или пустул;  
4) розеол, папул, реже пустул;  
5) чаще папул и пустул, реже розеол;  
6) гуммозных образований.

26. Рецидивирующий вторичный сифилисхарактеризуется:  
1) наличием розеол и папул;  
2) тенденцией к группировке папул;  
3) появлением шелушения папул в виде венчика ("воротничок Биетта");  
4) появлением болезненности в центре папулы,т.е. симптома Ядассона.

27. Укажите все заболевания, с которыми следует дифференцировать вторичный туберкулез кожи

1) распадающейся раковой опухолью

2) кожной формой актиномикоза

3) подкожной формой актиномикоза

4) однотогенной флегмоной

5) открытым переломом нижней челюсти

28. Укажите все области, которые чаще всего поражаются при первичном туберкулезе тканей челюстно-лицевой

1) слюнные железы

2) лимфатические узлы

3) подкожная клетчатка

4) челюстные кости

5) кожа и слизистая оболочка рта

29. Укажите все заболевания, с которым следует дифференцировать туберкулез челюстных костей:

1) актиномикозом

2) злокачественным новообразованием

3) однотогенной подкожной гранулемой

4) вторичным сифилисом

5) хроническим гиперпластическим лимфаденитом

30. Язва кратерообразной формы с ровными кроями, плотным дном, покрытым грануляциями, при пальпации безболезненная характерна для:

1) распадающейся раковой опухоли

2) третичного периода сифилиса  
3) декубитальная язва, образовавшаяся в результате травмы

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические проявлениятуберкулеза и сифилиса челюстной-лицевой области.
2. Уметь сформулировать диагноз и провести дифференциальную диагностику туберкулеза и сифилиса челюстной-лицевой области.
3. Усвоить план обследования и алгоритм лечения больного с туберкулезом и сифилисом челюстно-лицевой области.

**Практическое занятие №34**

Тема: Фурункул, карбункул лица.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия фурункула и карбункула лица.
2. Клиническая картина фурункула лица, принципы лечения.
3. Клиническая картина карбункула лица, принципы лечения.
4. Профилактика фурункула и карбункула лица.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Больной, 28 лет. Обратился в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с жалобами на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость, повышение температуры. Считает себя больным 2 дня.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти кли­нически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтра­та, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1х0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфати­ческие узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
3. Составьте план лечения.

**Задача 2.**Больной, 44 лет.Обратился в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет.

Объективно: температура тела 38°С. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфиль­трат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре инфильтрата определяется гнойно-некротический стержень 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Установите стадию заболевания.
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
4. Определите объем хирургического вмешательства и метод анестезии.

**Задача 3.**Больная, 31 года. Обратилась в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с жалобами на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы по­явились три дня назад после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолече­нием - компрессы. По общему статусу считает себя здоровой.

Объективно: температу­ра тела 37,9°С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2x0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внут­реннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Составьте план лечения и место его проведения.

**Задача 5.**Больной, 45 лет. Обратился в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с жалобами на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°С. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век спра­ва, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата вид­ны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

**Тестовые задания:**

1. Фурункул - это:  
1) острое гнойно- некротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани;  
2) острое гнойно- некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом, волосяных фолликулов и сальных желез, распространяющееся на окружающую кожу иподкожную клетчатку.

2. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:  
1) монокультура стрептококка;  
2) монокультура стафилококка;  
3) монокультура кишечной палочки;  
4) монокультура протея;  
5) ассоциации стафилококка и протея;  
6) ассоциации стафилококка, стрептококка и кишечной палочки.

3. В каком возрасте наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:  
1) детском;  
2) юношеском;  
3) молодом;  
4) пожилом;  
5) старческом.

4. В какой период года наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:  
1) осенне- зимнем периоде;  
2) летне- весеннем периоде;  
3) зимой.

5. Пиогенная мембрана, окружающая фурункулы и карбункулы имеет:  
1) вид сплошного, но тонкого "вала";  
2) вид сплошного и толстого "вала";  
3) сетчатое строение.

6. Цикл развития фурункулов продолжается:  
1) 3-4 дня;  
2) 5-6 дней;

3) 7-8 дней;  
4) 8-10 дней.

7. Цикл развития карбункулов продолжается:  
1) 5-7 дней;  
2) 8-10 дней;  
3) 12-14 дней;  
4) 15-18 дней.

8. Предрасполагающий фактор, на фоне которого возникают флебиты и тромбофлебиты при фурункулах и карбункулах:

1) остиофолликулит;  
2) глубокий лимфангоит;

3) гнойный лимфаденит;  
4) периаденит;  
5) хейлит;  
6) рожистое воспаление;  
7) фурункулез.

9. Возможно ли наложение на рану первичных швов после вскрытия осложненных форм фурункулов?:  
1) да, возможно всегда;  
2) возможно в некоторых случаях;  
3) этого делать нельзя.

10. Фурункул какой локализации осложняется тромбофлебитом угловой вены лица наиболее часто?:  
1) верхней губы, угла рта, подглазничной области;  
2) периорбитальной области, переносицы;  
3) нижней губы, подбородка;  
4) щеки, околоушно- жевательной области;  
5) носа, наружного угла глаза.

11. Укажите все правильные ответы. Возникновению фурункула может предшествовать:

1) загрязнение кожи лица

2) повреждение кожи лица

3) выдавливание угрей

4) заболевание кожи (экзема, сикоз)

5) осложнение флегмоны околочелюстных тканей

12. Укажите все правильные ответы. Определите верность утверждений

1) фурункул лица возникает вследствие инфицирования волосяного фолликула или сальной железы

2) при этом образуется пустула

3) происходит некроз фолликула

4) в окружающих тканях – воспалительный инфильтрат и отек

5) заболевание является хроническим

13. Укажите все правильные ответы. При фурункуле первично фокус воспаления возникает

1) в волосяном фолликуле

2) в подкожной клетчатке

3) в сальной железе

4) в лимфатических сосудах

14. Укажите все правильные ответы. Общее состояние больного при карбункуле

1) удовлетворительное

2) средней степени тяжести

3) тяжелое

15. Укажите все правильные ответы. Клиническая картинка при карбункуле лица характеризуется

1) инфильтратом

2) флюктуацией в центре инфильтрата

3) наличием нескольких пустул в центре инфильтрата

4) разлитым отеком

5) резкой болью

6) увеличение регионарных лимфатических узлов

7) гиперемией кожи над инфильтратом

16. Укажите все правильные ответы. Общие методы лечения карбункула лица

1) антибиотикотерапия

2) сульфаниламидные препараты

3) десенсибилизирующая терапия

4) противогангренозная сыворотка

5) гипербарическая оксигенация

17. Укажите все правильные ответы. Применяемые методы лечения фурункула лица.

1) ультрафиолетовое облучение

2) иссечение тканей очага воспаления

3) новокаиновая блокада

4) повязка с гипертоническим раствором

5) мазевые повязки

6) линейный разрез через инфильтрат

18. Лечение фурункула и карбункула проводится в условиях:

1) поликлиники

2) стационара

19. Фурункул щеки может осложниться тромбофлебитом

1) лицевой вены

2) поверхностной височной вены

3) носолобной вены

4) угловой вены

20. Фурункул – это:

1) острое гнойное воспаление клетчатки

2) специфическое поражение придатков кожи

3) острое гнойное поражение потовой железы

4) серозное воспаление волосяного фолликула

5) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

21. Карбункул – это:

1) острое гнойное воспаление клетчатки

2) специфическое поражение придатков кожи

3) острое гнойное воспаление потовых желез

4) серозное воспаление волосяных фолликулов

5) разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов

22. Возбудителями при фурункулах челюстно-лицевой области чаще всего являются:

1) стрептококки

2) лучистые грибы

3) бледные спирохеты

4) золотистые стафилококки

5) туберкулезные микобактерии

23. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области:

1) эндартериит

2) сахарный диабет

3) гипертоническая болезнь

4) психическое заболевание

5) бронхиальная астма

24. Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный:

1) участок гиперемии кожи

2) инфильтрат кожи синюшного цвета

3) плотный инфильтрат мягких тканей

4) гиперемированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат

5) гиперемированный, конусообразно вдавленный над поверхностью кожи инфильтрат

25. Типичным клиническим признаком фурункула лица является болезненный:

1) участок гиперемии кожи

2) инфильтрат кожи синюшного цвета

3) инфильтрат в толще мягких тканей

4) плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета

5) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями

26. Общесоматическими осложнениями фурункула являются:

1) сепсис

2) верхнечелюстной синусит

3) диплопия

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

27. Местным осложнением фурункула лица является:

1) диплопия

2) верхнечелюстной синусит

3) рожистое воспаление

4) гипертонический криз

5) тромбофлебит вен лица

28. Общесоматическим осложнением фурункула лица является:

1) верхнечелюстной синусит

2) диплопия

3) гнойный менингит

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

29. Местным осложнение фурункула лица является:

1) диплопия

2) верхнечелюстной синусит

3) лимфаденит

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

30. В комплекс лечения фурункулов и карбункулов лица входит:

1) лучевая терапия

2) мануальная терапия

3) седативная терапия

4) ГБО – терапия

5) гипотензивная терапия

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические проявления карбункулов и фурункулов лица.
2. Знать этиологию, патогенез и патологическую анатомию фурункула и карбункула лица.
3. Знать принципы лечения фурункула и карбункула лица.
4. Уметь проводить профилактику фурункула и карбункула лица.

**Практическое занятие №35**

Тема: Сибирская язва. Рожа и нома лица.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения сибирской язвы.
2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения рожи лица.
3. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения номы лица.
4. Профилактика сибирской язвы.
5. Профилактика рожи лица.
6. Профилактика номы лица.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 49 лет, жалуется на покраснение лобной области слева, лихорадку, недомогание, общую слабость. Давность заболевания - третий день. Общий статус - без особенностей. Температура тела 38,0°С. В лоб­ной области слева определяется выраженная гиперемия кожи, размером 2,0x3,0 см с неровными, но резко очерченными границами. Гиперемированный участок, как бы приподнят над окружающей кожей, пальпация слегка болезненная. Инфильтрация подлежащих тканей отсутствует. Ре­гионарные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. В каком лечебном учреждении необходимо проводить лечение больного?

**Задача 2.** Больная, 38 лет, обратилась по поводу красного пятна в области носа, которое появилось три дня назад, и стало распространяться на щечную область справа. Одновременно пациентка отмечает общую слабость, на­сморк, озноб, потерю трудоспособности. Температура тела 38,3°С. По общему статусу патологии не выявлено. На границе хрящевого и костного отделов носа его боковых поверхностях и крыле справа, а также щечной области справа кожа резко гиперемирована, отечна, лоснится, напряжена, утолщена и приподнята над окружающими участками здоровой кожи. Края гиперемированного участка кожи имеют фестончатые очертания. Пальпация очага слегка болезненна. Полость рта не санирована. В подбо­родочной области слева выявлена фиброма 0,8x0,8 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больную?

**Задача 3.**Больная, 44 лет, заметила красное пятно на левой щечной области, размером 1,0x1,0 см. За три дня пятно увеличилось в размере и больная обратилась к врачу. Отмечает озноб, лихорадочное состояние, общую слабость. По общему статусу патологии не выявлено. Полость рта саниро­вана. При рентгенологическим исследовании определяется ретенция зуба 38. В щечной области слева на четко ограниченном участке, размером 1,5x2,0 см кожа лоснится, отечна, болезненна при пальпации. Температура тела 38,2°С.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки оконча­тельного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 4.**Мать больного ребенка, 9 лет, обратилась к врачу по поводу наличия язвы слизистой оболочки щечной области справа у сына. Давность забо­левания пять дней. Вначале язва была размером 0,5x0,5 см, потом быстро увеличивалась в размере, появился неприятный запах изо рта и затрудне­ние пережевывания пищи. В раннем детстве ребенок несколько раз болел пневмонией, перенес корь, ветрянку, скарлатину, воспаление среднего уха справа и месяц назад – дизентерию. Отмечается припухлость щечной об­ласти справа с распространением на поднижнечелюстную и околоушно­-жевательную области справа. Кожа щечной области справа в центральном отделе припухлости темнее, чем окружающие ткани, пастозна и гиперемия отсутствует. На слизистой оболочке правой щеки по линии смыкания зубов и ниже имеется язвенная поверхность, размером 2,0x3,0 см с гнойно-некротическим содержимым без выраженной воспалительной реакции, отмечается гнилостный запах изо рта. Открывание рта несколько ограни­чено. Полость рта санирована. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа плотны, увеличены, болезненны. Температура тела 37,8°С.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения и место его проведения.

**Тестовые задания:**

1.Рожа -это:  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;  
2) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;  
3) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

2. Сибирская язва - это:  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;  
2) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;  
3) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

3. Нома - это:  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;  
2) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;  
3) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

4. Возбудителем рожи является:  
1) стафилококк;  
2) бактероиды;  
3) вейлонеллы;  
4) стрептококк;  
5) спирохеты;  
6) грибки;  
7) клостридиальные анаэробы;  
8) неклостридиальные анаэробы.

5. Для какого заболевания характерно: безболез­ненный карбункул, на месте некроза образуется темного цвета струп, окружающие патологический очаг ткани отечные?:

1) рожистое воспаление;

2) нома;

3) красный плоский лишай;

4) экссудативная эритема;  
5) сибирская язва;

6) эритематоз;

7) туберкулез;

8) сифилис.

6. Для установления какого заболевания необхо­димо проведение внутрикожных проб с антраксином?:

1) рожистого воспаления;

2) номы;

3) сибирской язвы;

4) туберкулеза;

5) сифилиса;

6) красной волчанки;

7) полиморфной экссудативной эритемы.

7. Какое инфекционное заболевание часто начи­нается с язвенно-некротического стоматита или гингивита?:

1) рожа;

2) сибирская язва;  
3) нома;

4) актиномикоз;

5) туберкулез;

6) сифилис;

7) эритематоз.

8. Для какого заболевания характерно: кожа вокруг патологического очага имеет бледную восковую окраску с перламутровым оттенком (восковидная зона), а по периферии — лоснящаяся, стекловидная (стекловидный отек)?:

1) рожа;

2) сибирская язва;  
3) нома;

4) туберкулез;

5) актиномикоз;

6) сифилис;

7) эритематоз.

9. Рожистое воспаление – это инфекционное заболевание:

1) кожи и слизистой оболочки

2) подкожной клетчатки

3) костной ткани

4) нервной ткани

5) мышечной ткани

10. Возбудители рожистого воспаления:

1) зеленящие стрептококки

2) энтерококки

3) бетта-гемолитические стрептококки группы А

4) альфа-гемолитические стрептококки

5) золотистые стафилококки

11. Больных с рожистым воспалением лица следует госпитализировать в:

1) челюстно-лицевое отделение

2) хирургическое отделение

3) инфекционное отделение

4) терапевтическое отделение

5) ревматологическое отделение

12.Какое инфекционное заболевание часто начинается с язвенно-некротического стоматита или гингивита?

1) рожа;

2) сибирская язва;

3) нома,

4) актиномикоз;

5) туберкулез;

6) сифилис,

7) эритематоз.

13.Для какого заболевания характерно: кожа вокруг патологического очага имеет бледную восковую окраску с перламутровым оттенком (восковидная зона), а по периферии - лоснящаяся, стекловидная (стекловидный отек)?

1) рожа;

2) сибирская язва;

3) нома;

4) туберкулез;

5) актиномикоз;

6) сифилис;

7) эритематоз.

14. Возбудитель сибирской язвы

1) Corynebacteriumdiphtheriae

2) Bacillusanthracis

3) Klebsiellapneumoniae

4) Bacteroidesfragilis

15. Морфология возбудителя сибирской язвы:

1) овоидные грамположительные палочки

2) мелкие грамотрицательные палочки

3) изогнутые грамотрицательные палочки  
4)крупные с обрубленными концами грамположительные палочки  
5) грамположительные палочки, имеющие форму веретена

16. Возбудитель сибирской язвы

1) факультативный анаэроб

2) облигатный анаэроб

3) капнофил

4) микроаэрофил

5) облигатный аэроб

17. Возбудитель сибирской язвы

1) требователен к питательным средам

2) не требователен к питательным средам

3) активно подвижен

4) окрашивается биполярно

5) кислотоустойчив

18. Споры бацилл сибирской язвы могут сохраняться в почве

1) не более месяца

2) не более года

3) неопределенно долго

4) погибают мгновенно

5) в почве не образуются

 19. Условия образования спор бациллами сибирской язвы

1) +37°, приток О2, наличие питательныхвеществ

2) +42°, приток О2, наличие питательных веществ

3) +42°, отсутствие О2, дефицит питательных веществ

4) +18– 30°, приток О2, наличие питательных веществ

5) +18– 30°, отсутствие О2, дефицит питательных веществ

20. Главные входные ворота при сибирской язве

1) неповрежденная кожа

2) поврежденная кожа

3) конъюнктива глаз  
4) слизистые оболочки дыхательных путей

5) слизистые оболочки ЖКТ

21. Исследуемый материал для экспресс-диагностики основной формы сибирской язвы

1) кровь  
2) испражнения

3) мокрота  
4) экссудат карбункула

5) сыворотка

22. Исследуемый материал для бактериологического метода при сибирской язве:

1) мокрота

2) экссудат карбункула

3) испражнения

4) кровь

5) всё вышеперечисленное

23. Сибирская язва:

1) антропонозная инфекция

2) зоонозная инфекция

3) воздушно-капельная инфекция

4) «болезнь грязных рук»

5) природно-очаговая инфекция

24. Споры возбудителя сибирской язвы:

1) устойчивы к антибиотикам  
2) устойчивы к дезинфектантам

3) устойчивы к высоким температурам

4) хорошо переносят высушивание

5) все вышеперечисленное

25. Споры бацилл сибирской язвы не образуются:

1) при 18-30°С

2) при притоке кислорода  
3) в организме больного

4) на питательных средах

5) в почве

26. Бациллы сибирской язвы в организме:

1) образуют только капсулу

2) образуют только спору  
3) образуют и капсулу, и спору  
4) подвижны

27. Возбудитель сибирской язвы

1) крупные палочки

2) не образуют капсулу

3) не образуют спору

4) самые мелкие микроорганизмы

28. Основной путь заражения при сибирской язве

1) алиментарный

2) контактный

3) воздушно-пылевой

4) транспланцентарный

5) трансмиссивный

29. Методы микробиологической диагностики сибирской язвы

1) бактериоскопический  
2) бактериологический

3) биологический

4) аллергический

5) все вышеперечисленные

30. Споры бацилл сибирской язвы в больших количествах можно выявить в:

1) почве

2) воздухе  
3) воде

4) скотомогильниках

5) овощехранилищах

**Проверка практических навыков:**

1. Знать этиологию, патогенез и патологическую анатомию сибирской язвы, рожи и номы лица.
2. Знать клиническую картину сибирской язвы, рожи и номы лица.
3. Знать принципы лечения сибирской язвы, рожи и номы лица.
4. Уметь проводить профилактику сибирской язвы, рожи и номы лица.

**Практическое занятие №36**

Тема: Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желез. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Сиалозы. Болезнь Микулича, синдром Шегрена.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клинические методы обследования слюнных желез.
2. Рентгенографическое исследование.
3. Сиалаграфия.
4. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика болезни Микулича, клинические проявления, лечение.
5. Синдром Шегрена, клинические проявления, диагностика и лечение.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 2.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Задача 3.** В течение рабочей смены в стоматологическом хирургическом отделений на амбулаторном приёме были отмечены осложнения во время и после местного обезболивания. В одном случае был кратковременный обморок, а в другом - образование гематомы.

1. Каковы будут ваши действия в первом и во втором случае?

**Задача 4.** Стационарному онкологическому больному, 38 лет, предстоит опе­рация половинной продольной резекции языка справа и односторонней превентивной операции на лимфатическом аппарате шеи справа.

1. Какой вид и способ ингаляционного наркоза должен быть приведен с учетом самой операции и ведения больного в послеоперационном периоде?

**Задача 6.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 7.**Больному 18 лет предстоит операция по поводу двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

1. Какой способ ингаляционного наркоза показан при проведении операции?

**Задача 8.** Больному 50 лет планируется операция удаление полиморфной аде­номы околоушной слюнной железы слева.

1. Какой вид обезболивания показан при проведении операции?

**Задача 9.** Больному, 33 лет, проводилось удаление зуба 37 по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационой анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0x5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы?
3. Какие рекомендации должны быть даны пациенту?
4. Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения?

**Задача 10.** На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален зуб 46 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая по­ловина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевой удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Через 2-3 дня после удаления 26, 27, 28 зубов по поводу хронического перио­донтита под мандибулярной анестезией, появились жалобы больного на затрудненное открывание рта. Рот открывается на 1,0 см.

1. Установите причину контрактуры.
2. Составьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. Верхней границей расположения околоушной железы является:

1) скуловая кость;

2) скуловая дуга и наружный слуховой проход;

3) скуловая кость и нижнечелюстной край верхней челюсти;

4) височная ямка.

2. Что является задней границей расположения околоушной железы?:

1) у сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;

2) шиловидный отросток височной кости;

3) затылочная кость;  
4) длинная мышца спины.

3. Книзу околоушная железа спускается:  
1) до средней трети ветви нижней челюсти;

2) до нижней трети ветви нижней челюсти;

3) до угла нижней челюсти;

4) несколько ниже угла нижней челюсти.

4. С медиальной стороны околоушная железа отграничивается:

1) шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки;

2) стенками глотки и пищевода;

3) наружной пластинкой крыловидного отростка клино­видной кости.

5. Околоушная железа делится на какие доли?:

1) передняя и задняя;

2) поверхностная и глубокая;

3) верхняя и нижняя;

4) передняя, задняя, поверхностная и глубокая;

5) верхняя, нижняя, поверхностная и глубокая.

6. Вес околоушной железы в среднем составляет:

1) 5—10 грамм;  
2) 10—15 грамм;

3) 15—20 грамм;  
4) 20—30 грамм;

5) 30—40 грамм;

6) 40—50 грамм.

7. Капсула околоушной железы с наружной сто­роны:

1) тонкая и несплошная;

2) толстая и несплошная;

3) тонкая и сплошная;  
4) толстая и сплошная.

8. Капсула околоушной железы с медиальной стороны:

1) тонкая и несплошная;

2) тонкая и сплошная;

3) толстая и несплошная;

4) толстая и сплошная.

9. Какие артерии проходят через толщу околоушной железы?:

1) наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);

2) внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями(поверхностной височной и верхнечелюстной арте­риями);

3) лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;

4) лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями).

10. Какой нерв не проходит через околоушную железу?:

1) лицевой нерв;

2) задний ушной нерв;

3) ушно-височный нерв;

4) нервные волокна от ушного ганглия.

11. Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:

1) 2—3 см;

2) 3—4 см;

3) 4—5 см;  
4) 5—7 см;

5) 7—9 см.

12. Ширина (диаметр) выводного протока около­ушной железы взрослого человека составляет в норме:

1) от 1 до 2 мм;

2) от 2 до 3 мм;

3) от 3 до 4 мм;

4) от 4 до 5 мм.

13.Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой  оболочке щеки в преддверии рта напротив:

1) первого верхнего премоляра;

2) второго верхнего премоляра;

3) первого верхнего моляра;

4) второго верхнего моляра;

5) третьего верхнего моляра.

14. В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:

1) около 1 мл нестимулированной слюны;

2) около 5 мл нестимулированной слюны;

3) около 10 мл нестимулированной слюны;

4) около 15 мл нестимулированной слюны.

15. Поднижнечелюстная железа — это:

1) альвеолярная слюнная железа;

2) альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;

3) трубчато-альвеолярная слюнная железа;

4) трубчатая слюнная железа.

16. Подъязычная железа — это:

1) альвеолярная слюнная железа;

2) альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;

3) трубчато-альвеолярная слюнная железа;

4) трубчатая слюнная железа.

17. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:

1) диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей;

2) диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей;

3) диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей;

4) диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

18. Длина выводного протока поднижнечелюстной железы  не превышает:

1) 2—Зсм;

2) 3—4 см;

3) 5—7 см;

4) 7—10 см.

19. Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной  железы равен:

1) 1—2 мм;

2) 2—4 мм;

3) 4—5 мм;

4) 5—6 мм.

20. Вес неизмененной поднижнечелюстной железы в среднем составляет:

1) 1—2 грамма;

2) 5—6 грамм;

3) 8—10 грамм;

4) 10—15 грамм;

5) 20—30 грамм.

21. Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:

1) внутренней сонной артерии;

2) верхнечелюстной и лицевой артерий;

3) лицевой, язычной и под подбородочной артерий;

4) щитовидной артерии;

5) лицевой, язычной и щитовидной артерий.

22.Снаружи подъязычная железа прилегает к:

1) подъязычной кости;

2) внутренней поверхности тела нижней челюсти;

3) внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

23. Из-за чего возникают симптомы «слюнной ко­лики»?:

1) сокращение слюнной железы;

2) нагноение слюнной железы;  
3) задержки слюны в железе;

4) кровоизлияния в паренхиму железы.

24. При каком заболевании появляется симптом «слюнной колики»?:

эпидемическом паротите;

1) паренхиматозном паротите;

2) склерозирующем субмаксиллите;  
3) калькулезном сиаладените;

4) контактном сиаладените;

5) лимфогенном паротите;

6) сиалозе;

7) синдроме Шегрена.

25. Сиалографическая картина слюнной железы при синдроме Шегрена:

1) сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;

2) скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и  
внутрижелезистые протоки деформированы (расши­рены и сужены);

3) скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I—III порядка существенных измене­ний не претерпевают;

4) деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;

5) наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

26. При сиалозе:

1) первична — дистрофия, вторичны — воспалительные изменения;

2) первично — воспаление, вторична — дистрофия;

3) дистрофия и воспаление развиваются одновременно.

27. Нейрогенный сиалоз не возникает при:

1) стрессе

2) истерии;

3) вегетоневрозе;

4) ожирении;

5) диэнцефальном синдроме;

6) шейном остеохондрозе.

28. Алиментарный сиалоз не возникает при:

1) гепатите;

2) циррозе печени;

3) панкреатите;

4) колите;

5) голодании;

6) булемии.

29. Поздняя стадия сиалоза — это:

1) стадия гиперсекреции;

2) стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия;

3) стадия липоматоза и фиброза.

30. Клинически выраженная стадия сиалоза — это:

1) стадия гиперсекреции;

2) стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия;

3) стадия липоматоза и фиброза.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические методы обследования слюнных желез.
2. Уметь проводить рентгенографическое исследование слюнных желез.
3. Знать клинические проявления болезни Микулича, синдрома Шегрена.
4. Знать принципы лечение болезни Микулича, синдрома Шегрена.
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику болезни Микулича, синдрома Шегрена.

**Практическое занятие №37**

Тема: Воспалительные заболевания слюнных желез. Классификация. Острые и хронические неспецифические заболевания слюнных желез.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Хирургическая анатомия слюнных желез.
2. Методы исследования слюнных желез, контрастная рентгенография.
3. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез.
4. Дифференциальная диагностика острых неспецифических заболеваний слюнных желез.
5. Эпидемический паротит, клиника, диагностика и лечение.
6. Острый неэпидемический паротит, клиника и диагностика.
7. Послеоперационный паротит.
8. Острое воспаление подчелюстных слюнных желез.
9. Лечение острых неэпидемических сиалоаденитов.
10. Хроническое воспаление слюнных желез.
11. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными?
5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Тестовые задания:**

1. Назовите сиаладенит, который относится к бак­териальным поражениям слюнных желез:

1) эпидемический паротит;

2) сиаладенит, который возник после гриппа;  
3) лимфогенный паротит;

4) сиаладенит, который появился на почве герпеса.

2. Назовите вирусный сиаладенит:

1) гнойно-некротический сиаладенит;

2) лимфогенный сиаладенит;  
3) эпидемический паротит;

4) контактный сиаладенит;

5) обтурационный сиаладенит

3. При эпидемическом паротите возможно пора­жение каких желез?:

1) только околоушных;

2) околоушных и поднижнечелюстных;

3) только поднижнечелюстных;

4) околоушных, поднижнечелюстных, подъязычных;

5) только подъязычных;

6) околоушных, поднижнечелюстных, подъязычных и малых слюнных желез.

4. Могут ли при эпидемическом паротите около­ушные железы не вовлекаться в воспалительный процесс?:

1) не могут;  
2) могут;

3) могут, но только у взрослых.

5. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в начальной стадии заболевания:

1) большое количество полостей размером 2—3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;

2) единичные полости округлой формы (диаметром 1 —2 мм) на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы;

3) полости размером 3—4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастнои массы неправильной формы и больших размеров, паренхима железы не определяется,  
протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

6. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в клинически выра­женной стадии заболевания:

1) большое количество полостей размером 2—3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;

2) единичные полости округлой формы (диаметром 1 —2 мм) на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы;

3) полости размером 3—4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастнои массы неправильной формы и больших размеров, паренхима железы не определяется,  
протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

7. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в поздней стадии заболевания:

1) большое количество полостей размером 2—3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;

2) единичные полости округлой формы (диаметром 1 — 2 мм) на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы;

3) полости размером 3—4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастнои массы неправильной формы и больших размеров, паренхима железы не определяется, протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

8. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется гнойное выделение из протока же­лезы?:

1) в начальной стадии;

2) в клинически выраженной стадии;

3) в поздней стадии;

4) в стадии обострения.

9. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется зияние устья выводного протока пора­женной железы?:

1) в начальной стадии;

2) в клинически выраженной стадии;  
3) в поздней стадии;

4) в стадии обострения.

10. Разрастание какой ткани в пораженной железе наблюдается при склерозирующем субмаксил­лите?:

1) фиброзной;

2) грануляционной;

3) жировой;

4) лимфоидной;

5) миоэпителиальной;

6) эпителиальной.

11. Лечение хронического склерозирующего суб­максиллита?:

1) только консервативное;

2) экстирпация поднижнечелюстной железы;

3) экстирпация протока поднижнечелюстной железы;

4) пластика протока поднижнечелюстной железы;

5) склерозирующая терапия.

12. Какой срок изоляции больного эпидемическим паротитом от начала клинических проявлений заболевания?:

1) на 5 дней;  
2) на 9 дней;

3) на 14 дней;

4) на 21 день.

13. С какого дня дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паро­титом, обязательно изолируются от других детей?:

1) с 1 по 5 день от момента контакта;

2) с 6 по 10 день от момента контакта;  
3) с 11 по 21 день от момента контакта;

4) с 16 по 28 день от момента контакта.

14. На какой срок изолируются дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паротитом?:

1) до 7 дней от момента контакта;

2) до 14 дней от момента контакта;  
3) до 21 дня от момента контакта;

4) до 28 дней от момента контакта;

5) на срок 1,5—2 месяца от момента контакта

15. До какого дня инкубационного периода (после контакта с больным эпидемическим паротитом) дети допускаются в детское лечебное учреж­дение?:

1) до 5 дня;

2) до 7 дня;  
3) до 10 дня;

4) до 14 дня;

5) до 20 дня.

16. В течение какого срока после проведенной операции на органах брюшной полости обычно развивается гнойно-некротический паротит?:

1) в течение 1 —2 дней;

2) в течение 2—3 дней;  
3) в течение 3—7 дней;

4) в течение 14—15 дней;

5) в течение 15—20 дней.

17. Появление припухлости околоушной железы при гнойно-некротическом паротите появляется на фоне:

1) резкого увеличения слюноотделения;  
2) резкого снижения слюноотделения;

3) нормального выделения слюны.

18. Припухлость при гнойно-некротическом пароти­те чаще имеет какой характер?:

1) ограниченный;  
2) диффузный;

3) любой.

19. Возможна ли контрактура нижней челюсти при неосложненной форме гнойно-некротического паротита?:

1) невозможна;

2) бывает всегда;

3) бывает при вовлечении в процесс жевательной мышцы;

4) бывает при вовлечении в процесс щечной мышцы;

5) бывает при вовлечении в процесс подбородочно-подъязычной и двубрюшной мышц.

20. Может ли расплавиться капсула околоушной железы при прогрессировании гнойно-некротичес­кого паротита?:

1) такого не бывает, так как капсула плотная;

2) наблюдается практически всегда, даже если приме­нено современное лечение;

3) наблюдается только при прогрессировании воспали­тельного процесса.

21. В каких формах может протекать сиалодохит?

1) главного выводного протока;

2) внутрижелезистых протоков;

3) главного и внутрижелезистых протоков;  
4) во всех ранее перечисленных формах.

22. Сиалодохит является:

1) самостоятельным заболеванием;

2) симптомом хронического сиаладенита;

3) самостоятельным заболеванием и симптомом хронического сиаладенита.

23. Врожденный сиалодохит — это:

1) одностороннее поражение;  
2) двустороннее поражение.

24. Консервативное лечение сиалодохита сводится:

1) к ликвидации остроты воспалительных проявлен! заболевания;

2) к ликвидации рецидивов заболевания;

3) к уменьшению прогрессирования течения болезни к излечению заболевания.

25. Ведущую роль в развитии острого саилоденита играет:

1) острый стоматит

2) герпетический стоматит

3) рефлекторная гипосаливация

4) рефлекторная гиперсаливация

5) нарушение прикуса

26. Клиническая картинка острого сиалоаденита характеризуется:

1) герпетическим стоматитом

2) незначительным уплотнением железы

3) болью, увеличением железы, гипосаливацией

4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

5) нормальным слюноотделением и размерами железы

27. Стимулирует слюноотделение:

1) атропин

2) йодолипол

3) хлоргексидин

4) йодистый калий

5) хлористый кальций

28. Подавляет слюноотделение

1) атропин

2) йодолипол

3) хлоргексидин

4) йодистый калий

5) хлористый кальций

29. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется:

1) расплавлением стромы

2) тотальным отеком паренхимы

3) образованием мелких полостей в паренхиме

4) разрастанием межуточной соединительной ткани

5) тромбоз сосудов

30. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется:

1) расплавлением стромы

2) тотальным отеком паренхимы

3) образованием мелких гнойных полостей

4) разрастанием межуточной соединительной ткани

5) тромбоз сосудов

**Проверка практических навыков:**

1. Знать хирургическую анатомию слюнных желез.
2. Знать методы исследования слюнных желез, контрастная рентгенография.
3. Знать классификацию воспалительных заболеваний слюнных желез.
4. Уметь проводить дифференциальную диагностику острых неспецифических заболеваний слюнных желез.
5. Знать классификацую, клинику, дифференциальную диагностика и лечение.

**Практическое занятие №38**

Тема: Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Свищи слюнных желез.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Слюннокаменная болезнь, диагностика и лечение.
2. Калькулезный сиаладенит, клиническое проявление.
3. Лечение слюннокаменной болезни, оперативный уход при удалении слюнных камней.
4. Этапы удаления подчелюстной слюнной железы.
5. Механизм образования слюнных свищей.
6. Классификация и методы исследования слюнных свищей.
7. Клинические проявления и дифференциальная диагностика слюнных свищей.
8. Лечение слюнных свищей консервативными или хирургическими методами.
9. Кисты слюнных желез, клиника и лечение.

**Вопросы для письменного контроля:**

1. Диагностика слюннокаменной болезни.
2. Калькулезный сиаладенит, клиническое проявление.
3. Лечение слюннокаменной болезни, оперативный уход при удалении слюнных камней.
4. Этапы удаления подчелюстной слюнной железы.
5. Классификация и методы исследования слюнных свищей.
6. Клинические проявления и дифференциальная диагностика слюнных свищей.
7. Лечение слюнных свищей консервативными или хирургическими методами.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Больной, 29 лет, обратился с жалобами на появление припухлости в правой поднижнечелюстной области и резкие боли по типу «колик», воз­никающие при приеме пищи. После приема пищи боли постепенно пре­кращаются и припухлость уменьшается в размере в течение 20-30 минут. Выше перечисленные жалобы возникли около года назад, постепенно нарастали, но наиболее сильно стали беспокоить в течение последнего месяца. При пальпации правой поднижнечелюстной области обнаружено незначительное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, однако она нормальной консистенции, безболезненная. Устье правого вартонова протока расширено, нормальной окраски. При массировании железы слю­на не выделяется, а слева - выделение слюны нормальное. При пальпации по ходу протока в средней его трети пальпируется плотный конкремент, в диаметре 0,5 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Опишите методы лечебных мероприятий.

**Задача 2.**Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком, затруднение при приеме пищи и разговоре за счет болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких меся­цев у больного при приеме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи за счет болезненности при движении языка. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнече­люстной области определяется отек, при пальпации отмечается увеличен­ный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко бо­лезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на левый челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована. Выражен коллатеральный отек. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожая с тенью конкремента, размером 0,7x0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной слюнной железы слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие наиболее опасные осложнения возможны при проведении оперативного лечения в данном случае, и что нужно учитывать, чтобы их избежать?

**Задача 3.** Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой под­нижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распи­рающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратится к врачу. Правая поднижнече­люстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болез­ненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижне­челюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массировании железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. В чем может заключаться лечение?

**Задача 4.**У больного, 47 лет, поступившего с жалобами на боли в правой под­нижнечелюстной области, чувство онемения кожи в области правого угла рта и нижней губы справа. При осмотре выявлено уплотнение правой поднижнечелюстной слюнной железы, в нижних отделах - каменистой плотности. Слюна из правого вартоного протока практически не выде­ляется.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные являются в данном случае несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Тестовые задания:**

1. Для диагностики конремента в вартановом протоке выполняют:

1) ортопантограмму

2) рентгенограмму тела нижней челюсти

3) внутриротовую рентгенограмму дна полости рта

4) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

5) томографию поднижнечелюстной слюной железы

2. Для диагностики конремента в поднижнечелюстной слюной железы выполняют:

1) ортопантограмму

2) рентгенограмму тела нижней челюсти

3) рентгенограмму подъязычной области

4) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

3. Основным методом лечения слюнокаменной болезни является:

1) физиотерапия

2) химиотерапия

3) гормонотерапия

4) аутогемотерапия

5) хирургическое вмешательство

4. Основным хирургическим методом лечения при наличии конкремента поднижнечелюстной слюной железы является:

1) экстирпация железы

2) удаление конкремента

3) пластика выводного протока

4) рассечение стенонова протока

5) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

5. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы является временная перевязка:

1) стенонова протока

2) вартонова протока

3) общей сонной артерии

4) верхней щитовидной артерии

5) краевой ветви лицевого нерва

6. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит:

1) опухоль

2) воспаление

3) родовая травма

4) нарушение оттока слюны

5) иммунные нарушения

7. Ранулой называется

1) киста околоушной слюной железы

2) киста подъязычной слюной железы

3) опухоль подъязычной слюной железы

4) киста поднижнечелюстной слюной железы

5) опухоль поднижнечелюстной слюной железы

8. Кисту поднижнечелюстной слюной железы необходимо дифференцировать с:

1) паротитом

2) актиномикозом

3) боковой кистой шеи

4) капиллярной гемангиомой

5) воспалительным заболеванием

9. Какое описание сиалограммы соответствует поздней стадии калькулезного субмаксиллита?:

1) дилатация протоков, паренхима железы прослежи­вается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

2) дилатация и деформация протоков, паренхима заполнена рентгеноконтрастным веществом на от­дельных участках, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

3) дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

10. Какое описание сиалограммы соответствует клинически выраженной стадии калькулезного субмаксиллита?:

1) дилатация протоков, паренхима железы прослежи­вается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

2) дилатация и деформация протоков, паренхима за­полнена рентгеноконтрастным веществом на отдель­ных участках, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

3) дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

11. Какое описание сиалограммы соответствует начальной стадии калькулезного субмаксиллита?:  
1) дилатация протоков, паренхима железы просле­живается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

2) дилатация и деформация протоков, паренхима заполнена рентгеноконтрастным веществом на от­дельных участках, ретенция рентгеноконтрастного ве­щества;

3) дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

12. При какой рентгенографической проекции наи­более четко выявляются слюнные камни в нижнем отделе тела поднижнечелюстной железы?:

1) боковая рентгенограмма нижней челюсти;

2) рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;

3) рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;

4) пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

13. При какой рентгенографической проекции наилучшее выявление слюнного камня, локали­зованного в переднем отделе выводного протокаподнижнечелюстной железы?:

1) боковая рентгенограмма нижней челюсти;

2) рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;

3) рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;

4) пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

14. При какой рентгенографической проекции наилучшее выявление слюнного камня, локали­зованного в заднем отделе выводного протока  
поднижнечелюстной железы?:

1) боковая рентгенограмма нижней челюсти;

2) рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;

3) рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;

4) пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

15. При боковой рентгенографии нижней челюсти выявляются камни, которые локализуются в:

1) переднем отделе протока поднижнечелюстной железы;

2) заднем отделе протока поднижнечелюстной железы;  
3) в паренхиме поднижнечелюстной железы.

16. В каком проценте случаев слюнные камни рентгеноконтрастны?:

1) практически всегда;

2) в 80% случаев;

3) в 60% случаев;

4) в 50% случаев;

5) в 40% случаев.

17. На какой стадии калькулезного субмаксиллита эффективна операция удаления слюнного камня из протока? Железа сохраняется и не причиняет  
больному неприятностей.:

1) в начальной стадии;

2) в клинически выраженной стадии;

3) в поздней стадии;

4) в стадии обострения.

18. Что нужно сделать с выводным протоком под­нижнечелюстной железы после удаления из него слюнного камня?:

1) рану и проток не зашивают и не дренируют;

2) можно проток не сшивать, а в некоторых случаях можно проводить его пластику;

3) рану зашивают плотно и в нее вводят активный дренаж.

19. Что нужно сделать с выводным протоком околоушной железы после удаления (внутриротовым доступом) из него слюнного камня?:

1) рану и проток не зашивают и не дренируют;

2) можно проток не сшивать, а в некоторых случаях можно проводить его пластику;

3) рану зашивают плотно и в нее вводят активный дренаж.

20. На какой срок накладывается давящая повязка после удаления (экстирпации) поднижнечелюстной железы?:

1) на 1—2 дня;

2) не менее 2—3 дней;

3) не менее 3—4 дней;  
4) не менее 5—6 дней;

5) на 1—2 недели.

21. Для актиномикоза характерны следующие сиалографические изменения:

1) деформация и сужение главного протока железы;

2) деформация внутрижелезистых протоков;

3) нечеткое выявление ацинусов, деформация внутрижелезистых и главного протока, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

4) деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов, ретенция рентгеноконтрастного вещества;

5) скопление рентгеноконтрастного вещества в парен­химе железы в виде «гроздьев винограда».

22. Для туберкулезного поражения слюнной железы характерна следующая сиалографическая картина:

1) сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;

2) скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и  
внутрижелезистые протоки деформированы (расши­рены и сужены);

3) скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и  
выводные протоки I—III порядка существенных измене­ний не претерпевают;

4) деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;

5) наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

23. Полный слюнной свищ возникает в результате:  
1) полного пересечения или разрыва протока;

2) дефекта стенки протока;

3) изгиба внутрижелезистой части протока;

4) расширения внутри- или внежелезистой части протока.

24. Неполный слюнной свищ возникает в резуль­тате:

1) полного пересечения или разрыва протока;  
2) дефекта стенки протока;

3) изгиба внутрижелезистой части протока;

4) расширения внутри- или внежелезистой части протока.

25. При полном свище слюна вытекает из повреж­денной части железы:

1) только через наружный слюнный свищ;

2) как через наружный свищ, так и через устье главного протока;

3) слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости.

26. При неполном свище слюна вытекает из пов­режденной части:

1) только через наружный слюнной свищ;

2) как через наружный свищ, так и через устье главного протока;

3) слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости.

27. При введении окрашенной жидкости через наружный свищ она накапливается только в пов­режденном участке околоушной железы. Какой это свищ у больного?:

1) полный слюнной свищ;

2) неполный слюнной свищ.

28. При введении окрашенной жидкости через наружный свищ она не выделяется через устье главного протока околоушной железы. Какой свищ у больного?:

1) полный слюнной свищ;

2) неполный слюнной свищ.

29. При неполном слюнном свище околоушной железы окрашиваемая жидкость, которая вводится через устье выводного протока:

1) не попадает в наружный свищ;  
2) попадает в наружный свищ;

3) скапливается рядом с наружным свищем.

30. При неполном слюнном свище околоушной железы окрашиваемая жидкость, которая вводится через наружный свищ:

1) попадает в полость рта через устье выводного протока;

2) не проникает в полость рта;

3) скапливается в железе.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клиническую картину острых и хронических неспецефических заболеваний слюнных желез.
2. Знать классификацию воспалительных заболеваний слюнных желез.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику острых неспецифических заболеваний слюнных желез.
4. Знать клиническую картину неэпидемического паротита.
5. Уметь проводить исследования слюнных желез с помощью контрастной рентгенография.

**Практическое занятие №39**

Тема: Хирургическое лечение при заболеваниях и повреждениях нервов челюстно-лицевой области.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология и патогенез невралгий тройничного нерва.
2. Клиника и невралгия I ветви тройничного нерва.
3. Клиника и невралгия II ветви тройничного нерва.
4. Клиника и невралгия III ветви тройничного нерва.
5. Лечение невралгий тройничного нерва.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообраз­ные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к ле­вой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выяв­лено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсив­ные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по пово­ду невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области зубов 24, 25 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 61 года, обратился в клинику с жалобами на приступооб­разные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроиз­вольно. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 10 лет, лечился у нев­ропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, в последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация III ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесен­ных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую бо­лезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. В полости рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая обо­лочка без патологических изменений.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, при­ступообразные, самопроизвольные боли в области зуба 14,иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года боль­ной удалили зубы 17, 15, 13, 12 по поводу периодонтита, возникающего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то вдругом зубе и в настоящий момент она связывает их с зубом 14.Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, сердечно­сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигура­ция лица не изменена, пальпация вобласти инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 14интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологи­ческом обследованиипериапекальных тканей зуба 14патологии не обнаруже­но.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. Укажите корешки, которые участвуют в формиро­вании ресничного ганглия:

1) чувствительный — от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный — от глазодвигательного нерва, симпатический — от носоресничного нерва;

2)чувствительный — от глазодвигательного нерва, глазодвигательный — от носоресничного нерва, сим­патический — от внутреннего сонного сплетения;

3) чувствительный — от носоресничного нерва, глазо­двигательный — от глазодвигательного нерва, симпа­тический — от внутреннего сонного сплетения.

2. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:

1) у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки;

2) в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва;

3) в толще жировой клетчатки у наружно-нижнего угла глазного яблока;

4) в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока.

3. От ресничного узла отходят следующие ветви:

1) ресничные нервы, которые иннервируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки;

2) ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза, радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко;

3) ресничные нервы, которые иннервируют мышцы, поднимающие верхнее и опускающее нижнее веки.

3. Место расположения крылонёбного узла (ганг­лия):

1) в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия;

2) в крылонёбной ямке у овального отверстия;

3) в крылонёбной ямке у круглого отверстия.

4. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:

1) симпатической;

2) парасимпатической;

3) двигательной.

5. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:

1) глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;

2) глазничные, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;

3) глазничные, задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;

4) задние верхние носовые ветви, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв.

6. Местонахождение ушного ганглия?:

1) выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва;

2) ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва;

3) выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва;

4) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва.

7. Местонахождение поднижнечелюстного ганг­лия:

1) в теле поднижнечелюстной железы;

2) на нижней поверхности поднижнечелюстной железы в толще подкожной клетчатки;

3) рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва.

8. Поднижнечелюстной ганглий получает ветви:

1) чувствительный — от барабанной струны, секре­торный — от язычного нерва, симпатический — от сплетения наружной сонной артерии;

2) чувствительный — от язычного нерва, секреторный от сплетения наружной сонной артерии, симпа­тический — от барабанной струны;

3) чувствительный — от язычного нерва, секреторный — от барабанной струны, симпатический — от сплетения наружной сонной артерии.

9. Поднижнечелюстной ганглий отдает ветви:  
1) к поднижнечелюстной железе и ее протоку;

2) к поднижнечелюстной и подъязычной железам и их протокам;

3) к поднижнечелюстной железе, ее протоку и частично к добавочной доле околоушной железы.

10. Место расположения подъязычного ганглия:

1) в толще подъязычной железы;  
2) рядом с подъязычной железой;

3) в толще корня языка.

11. Подъязычный ганглий получает волокна от:

1) подъязычного и язычного нерва;

2) язычного нерва и барабанной струны;

3) подъязычного и языкоглоточного нервов;

4) подъязычного, язычного и языкоглоточного нервов и барабанной струны.

12. Подъязычный ганглий отдает волокна к:  
1) подъязычной железе;

2) подъязычной железе и мышцам корня языка;

3) подъязычной и поднижнечелюстной железам;

4) подъязычной и поднижнечелюстной железам, мыш­цам корня языка.

13. Точки Валле — это:

1) участки, где проявляется вегетативная симптоматика невралгии тройничного нерва;

2) места выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани;

3) местонахождение триггерных (курковых) зон.

14. При осмотре больного у него возникли острые, режущие, приступообразные боли в течение 2-х минут. Боли возникли при начале разговора. Иррадиировали в нижнюю челюсть, шею. Больной застыл в определенной позе. Вегетативной симпто­  
матики нет. Из анамнеза выяснено, что месяц назад у больного было атипичное удаление нижнего первого моляра с этой же стороны. Боли появились примерно через неделю после удаления зуба. Сначала они были длительностью 5—10 секунд ,через неделю — 30—60 секунд, а спустя три неде­ли — 1—2 минуты. Приступы повторялись часто возникали при разговоре и приеме пищи. Врач сделал внутриротовую мандибулярную анестезик  
новокаином со стороны поражения. Боли прекратились на 2,5 часа. Какой диагноз можно поставить обследуемому больному?:

1) ганглионит крылонёбного узла;

2) ганглионит цилиарного узла

3) невралгия III ветви тройничного нерва;

4) неврит нижнечелюстного нерва;

5) ганглионит ушного узла;

6) аурикуло-темпоральный синдром;

7) синдром Эгля;

8) ганглионит подчелюстного узла;

9) ганглионит подъязычного узла.

15. Жалобы больного сводятся к многочасовой и мучительной боли в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва. Иррадиирует в половину голо­вы с этой же стороны. В надбровной области (с этой же стороны) на коже появились герпетические высыпания. При обследовании больного врач установил потерю всех видов чувствительности на  
данной половине лица. Из анамнеза выяснено, что боли появились после ОРВИ, через неделю после начала болезни. Какой диагноз можно установить данному больному?:

1) невралгия II и III ветви тройничного нерва перифери­ческого генеза;

2) невралгия тройничного нерва центрального генеза;

3) ганглионит крылонёбного узла;  
4) ганглионит полулунного узла;

5) ганглионит ресничного узла;

6) ганглионит ушного узла;

7) аурикуло-темпоральный синдром;

8) синдром поражения позвоночного нерва.

16. Жалобы больного сводятся к резким болям в течение 1 минуты в периорбитальной области, в глазном яблоке, в области корня носа, верхней и нижней челюсти. Боли иррадиируют в висок, ухо и затылок, выражена вегетативная симптоматика  
(гиперемия, слезотечение, ринорея). Триггерных зон нет. При осмотре врач обнаружил, что у больно­го имеется гиперемия и отечность слизистой обо­лочки заднего отдела носовой полости. Болевой приступ прекратился после проведения аппли­кационной анестезии 10% раствором лидокаина заднего отдела полости носа. Какой диагноз можно  
установить у этого больного на основании данной клинической симптоматики?:

1) невралгия тройничного нерва;

2) неврит тройничного нерва;

3) ганглионит полулунного узла;  
4) ганглионит крылонёбного узла;

5) ганглионит ресничного узла;

6) ганглионит ушного узла;

7) аурикуло-темпоральный синдром;

8) синдром поражения позвоночного нерва.

17. Жалобы больного сводятся к приступам острой боли в области глазного яблока. Боли появляются ночью и сопровождаются выраженной вегетатив­ной симптоматикой. Длительность приступа около 20 минут. При пальпации врач обнаружил болез­ненность глазного яблока, при осмотре — герпе­тические высыпания на коже лба со стороны боле­вого синдрома, а также явления конъюктивита. На основании данной клинической симптоматики уста­новите диагноз больному:

1) невралгия I ветви тройничного нерва;

2) неврит тройничного нерва;

3) ганглионит полулунного узла;

4) ганглионит крылонёбного узла;

5) невралгия носоресничного нерва;

6)ганглионит ушного узла;

7) ганглионит ресничного узла;

8) невралгия барабанного нерва.

18. Больной жалуется на мучительные боли в об­ласти правого глазного яблока, надбровья с ирра­диацией в половину носа с этой же стороны. Боли возникают ночью, выражена вегетативная симптоматика. На коже носа имеются герпетические высы­пания. При пальпации определяется болезнен­ность у внутреннего угла глазницы. После проведе­ния аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости боли сразу же исчезли. На основа­нии описанной симптоматики установите диагноз:

1) невралгия тройничного нерва;

2) неврит тройничного нерва;

3) ганглионит крылонёбного узла;

4) ганглионит ресничного узла;

5) невралгия носоресничного нерва;

6) аурикуло-темпоральный синдром;

7) синдром Эгля (удлиненного шиловидного отростка).

19. Жалобы больного сводятся к приступам жгучих болей, локализующихся кпереди от наружного слухового прохода и височной области. Приступы боли длятся несколько минут. Боли иррадиируют в нижнюю челюсть и шею. Имеется вегетативная  
симптоматика. При осмотре больного врач надавил на область наружного слухового прохода (между наружным слуховым проходом и головкой нижней  
челюсти) с этой же стороны и появился приступ болей. После проведения внутрикожной анестезии впереди козелка уха боли сразу же исчезли. Какой диагноз можно установить у этого больного?:

1) невралгия тройничного нерва;

2) неврит тройничного нерва;

3) ганглионит полулунного узла;

4) ганглионит ресничного узла;  
5) ганглионит ушного узла;

6) аурикуло-темпоральный синдром;

7) невралгия барабанного нерва.

20.Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1) сонное отверстие

2) овальное отверстие

3) остистое отверстие

4) круглое отверстие

5) слепое отверстие

21.Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

1) сонное

2) круглое

3) овальное

4) остистое

5) слепое

22. Основной симптом неврита тройничного нерва

1) спазм мимической мускулатуры

2) длительные парестезии

3) длительные ноющие боли

4) кpатковpеменные парестезии

5) сильные кpатковpеменные пpиступообpазные боли

23. Основной симптом невралгии тройничного нерва

1) симптом Венсана

2) длительные парестезии

3) длительные ноющие боли

4) кpатковpеменные парестезии

5) сильные кpатковpеменные пpиступообpазные боли

24. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

1) в нижней трети лица 54

2) в средней трети лица

3) по всему лицу

4) в верхней трети лица

5) в затылочной области

25. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяется

1) в нижней трети лица

2) в сpедней трети лица

3) по всему лицу

4) в веpхней тpети лица

5) в затылочной области

26. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

1) в нижней трети лица

2) в сpедней трети лица

3) по всему лицу

4) в затылочной области

5) в веpхней тpети лица

27. Как можно прекратить боли при ганглионите ушного узла?:  
1) при проведении инфраорбитальной анестезии;  
2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;  
3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости:  
4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;  
5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

28. Как можно прекратить боли при ганглионите крылонёбного узла?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии;

2) при проведении аппликационной анестезии передне­го отдела носовой полости;

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

29. Как можно прекратить боли при периферической невралгии II ветви тройничного нерва?:  
1) при проведении инфраорбитальной анестезии;  
2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;  
3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;  
4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха под нижним краем скуловой дуги.

30. Как можно прекратить боли при аурикуло - темпоральном синдроме?:  
1) при проведении инфраорбитальной анестезии:  
2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости,  
3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости,  
4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;  
5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические проявления Iветви тройничного нерва.
2. Знать клинические проявления IIветви тройничного нерва.
3. Знать клинические проявления IIIветви тройничного нерва.
4. Уметь проводить дифференциальную диагностику невралгий тройничного нерва.
5. Знать принципы медикаментозного и физиотерапевтического лечения невралгий.

**Практическое занятие №40**

Тема: Хирургическое лечение при заболеваниях и повреждениях нервов челюстно-лицевой области. Консервативные и хирургические методы лечения при заболеваниях и поражениях нервов лица и челюстей.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клинические проявления, дифференциальная диагностика невралгий тройничного нерва с невритом, прозопальгическими болями, одонталгией и синдромом патологического прикуса.
2. Консервативное и хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.
3. Последствия поражения лицевого нерва.
4. Паралич мимической мускулатуры.
5. Показания к оперативному методу лечения (сшивание нерва, фасциальная, мышечная и кожная пластика).
6. Методы лечения невритов тройничного нерва.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообраз­ные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к ле­вой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выяв­лено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.**Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсив­ные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по пово­ду невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области зубов 24, 25 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 61 года, обратился в клинику с жалобами на приступооб­разные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроиз­вольно. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 10 лет, лечился у нев­ропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, в последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация III ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесен­ных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую бо­лезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. В полости рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая обо­лочка без патологических изменений.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, при­ступообразные, самопроизвольные боли в области зуба 14,иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года боль­ной удалили зубы 17, 15, 13, 12 по поводу периодонтита, возникающего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то вдругом зубе и в настоящий момент она связывает их с зубом 14.Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, сердечно­сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигура­ция лица не изменена, пальпация вобласти инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 14интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологи­ческом обследованиипериапекальных тканей зуба 14патологии не обнаруже­но.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость околоушно-жевательной области, опущение нижнего века, невозможность сомкнуть веки слева, слезотечение, повышение чувствительности кожи лица слева. Из анамнеза выяснено, что неделю назад после сильного пере­охлаждения заболел ОРЗ, через три дня появилась припухлость в околочелюстной области, обратился к участковому терапевту, направлен к стома­тологу. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей околоушно-жевательной области слева, кожа гиперемирована, при пальпации несколько болезненна в верхней части левой щечной области. Нижнее веко слева несколько опущено, больной не может сомкнуть веки из-за отсутствия движений в нижнем веке, отмечает­ся слезотечение, явления коньюктивита.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на отсутствие движений и гиперестезию в области правой половины лица, невозмож­ность сомкнуть веки, слезотечение, слюнотечение в области угла рта справа. Из анамнеза выяснено, что данные жалобы возникли после сильного переохлаждения, пробовала лечиться домашними средствами, без эффекта, обратилась к стоматологу. Из перенесенных заболеваний отме­чает детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается отек мягких тканей лица справа. Кожа гиперемирована, гиперестезия, мягкие ткани правой по­ловины лица опущены, без движений. Отмечается слезо- и слюнотечение. Пальпация правой половины лица слабо болезненна, особенно в околоушно-жевательной области справа. Больная не может сомкнуть веки, при попытке оскалить зубы, угол рта слева не поднимается, не может со­мкнуть губы «трубочкой».

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 7.** Больной, 38 лет, обратился в клинику с жалобами на отсутствие дви­жений в области левой половины лица, слезо- и слюнотечение слева, за­трудняющие прием пищи. Из анамнеза выяснено, что год назад после автокатастрофы, больной получил травму лица слева, рана была в околоушно-жевательной области. Движений в левой половине лица не отмеча­лось, началось слезо- и слюнотечение. Проводили курсы иглорефлексотерапии, ГБО-терапии назначались инъекции прозерина, витаминов В6 и В2. Лечение без эффекта. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, остеохондроз позвоночника в поясничном отделе. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет опу­щения мягких тканей левой половины лица, кожа этой области в цвете не изменена, пальпация безболезненна. Нижнее веко опущено, определяется слезотечение, щека «парусит» при разговоре, угол рта опущен, слюнотече­ние.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 8.** Больная, 56 лет, поступила в клинику с жалобами на отсутствие дви­жений в нижней трети лица слева, опущение угла рта слева. Из анамнеза выяснено, что три месяца назад она была оперирована по поводу поли­морфной аденомы околоушной слюнной железы слева. В послеоперационном периоде отмечалось опущение угла рта. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица несколько изменена за счет асимметрии, вызванной опущенным углом рта слева. Отмечается невозможность оскалить зубы или сомкнуть губы трубочкой.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения зуба 46 по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологи­ческом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгенокон­трастная тень, размером 0,2x0,1 см, в нижнечелюстном канале ниже ди­стального корня зуба 46.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 46 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Два месяца назад больной получил травму в область нижней челюсти, лечился в стационаре по пово­ду перелома тела нижней челюсти слева, боли в области травмы не прекращались. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области ментального отверстия усиливает боль. Чувствительность слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти слева и зубов 31, 32, 33, 34, 35 снижена. При рентгенологическом исследовании определяется тень линии перелома тела нижней челюсти слева в стадии консоли­дации, без смещения, которая проходит через ментальное отверстие ниж­ней челюсти слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 11.** Больной, 49 лет, обратился с жалобами на приступообразные интен­сивные боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в заты­лочную и височную области справа, продолжительность боли 1-2 секунды Из анамнеза выяснено, что первый приступ боли отмечался через неделю после стресса, купировать боли ничем не удавалось. В течение года больной лечился у парадонтолога по поводу подвижности зубов на верхней и нижней челюстях и наличия зубных отложений. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается пастозность мягких тканей правой половины лица. При пальпации слизистой оболочки в области зубов 45, 44 начинается пароксизм боли, длительностью 1-2 секунды. От­мечается подвижность зубов на верхней и нижней челюстях: в области зубов 17, 16, 14, 24, 25, 26, 27 – I-II степень подвижности, в области зубов 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 37 - II степень подвижности. Все зубы покрыты мягкими и твердыми зубными отложениями.

1. Проведите обоснования диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 12.** Больная, 38 лет, обратилась с жалобами на жгучие, стреляющие, приступообразные боли в области языка справа, нижней челюсти справа, иррадиирующие в затылочную область справа с длительностью до 1 минуты, так же беспокоят постоянные ноющие боли в зубе 44, усиливающиеся при накусывании, чувство «выросшего» зуба. Из анамнеза выяснено, что больна в течение трех лет, началось заболевание после стрессовой ситуа­ции в семье с приступа боли в языке справа и нижней челюсти справа, обращалась к стоматологу, была направлена к невропатологу, где лечение назначалось консервативное, эффект был незначительный. Зуб 44 болит в те­чение года. Сначала боли носили приспупообразный характер, а в настоя­щее время они стали постоянными, ноющими. Из перенесенных заболева­ний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворитель­ное. При осмотре отмечается пастозность и незначительная гиперемия мягких тканей в щечной области справа, в полости рта отмечается не­большой отек тканей языка, при попытке отвечать на вопросы врача (движении языком) начинается болевой приступ до 30-40 секунд. Зубы на нижней челюсти справа интактные. Зуб 44 - под пломбой, перкуссия резко болезненна.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Относится ли клинические симптомы, связанные с зубом 44 к основному заболеванию?

**Задача 13.** Больной, 48 лет, обратился в клинику с жалобами на слабые постоян­ные, ноющие боли в области левой половины лица, неприятные ощущения в коже, ограничение подвижности мягких тканей в области левой полови­ны лица и на наличие новообразования на языке. Из анамнеза выяснено, что заболел неделю назад после сильного переохлаждения, пытался ле­читься домашними средствами, без эффекта. Из перенесенных заболева­ний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворитель­ное. При осмотре отмечается отек мягких тканей лица слева, пальпация болезненная, особенно в околоушно-жевательной области слева. Кожа левой половины лица ограниченно подвижна. Больной не может полнос­тью сомкнуть веки и «задуть свечу», при попытке оскалить зубы отмечает­ся ограничение подвижности нижней губы слева, угол рта слева опущен. В полости рта на языке имеется новообразование мягкой эластичной конси­стенции, на тонком основании, подвижное, безболезненное, мягкие ткани не инфильтрированы.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Тестовые задания:**

1. В чувствительных нервах различают следующие их поражения:

1) только невриты;

2) только невралгии;

3) невриты и невралгии.

2. В двигательных нервах различают следующие их поражения:

1) только невриты;

2) только невралгии;

3) невриты и невралгии.

3. При невритах какой веточки тройничного нерва мо­гут наблюдаться одновре-менно боли, нарушение чувствительности и двигательные расстройства ?:

1) неврите нижнелуночкового нерва;

2) неврите верхних луночковых нервов верхнего зубно­го сплетения;

3) неврите язычного нерва;

4) неврите щечного нерва.

4. Лицевой нерв содержит в себе волокна какого предназначения ?:

1) двигательные;

2) чувствительные;

3) вегетативные;

4) двигательные и чувствительные;

5) двигательные и вегетативные;

6) чувствительные и вегетативные;

7) двигательные, чувствительные и вегетативные.

5. Невриты лицевого нерва бывают:

1) при нарушении целостности нерва;

2) без нарушения целостности нерва;

3) при нарушении целостности нерва и без нарушения целостности нерва.

6. Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется:

1) парезом мимической мускулатуры;

2) параличом мимической мускулатуры;

3) парезом и параличом мимической мускулатуры;

4) парезом и параличом мимической мускулатуры, чув­ствительными расстройствами;

5) парезом и параличом мимической мускулатуры, чув­ствительными расстройствами и вегетативными на­рушениями.

7. Симптом Бергара-Вартенберга при неврите лицевого нерва-

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

8. Симптом Вартенберга при неврите лицевого нерва -это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

9. Симптом Равильо при неврите лицевого нерва -это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

10. Симптом Говерса при неврите лицевого нерва -это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

11. Симптом Цестана при неврите лицевого нерва -это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

12. Симптом Белла при неврите лицевого нерва - это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

13. Симптом "ресниц" при неврите лицевого нерва -это:

1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбирают­ся в веки на здоровой стороне, а на пораженной - рес­ницы четко видны;

2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на поражен­ной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глаз­ное яблоко отходит кверху и кнаружи;

3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;

4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на сто­роне поражения не сокращаются;

5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;

6) при пассивном поднятии верхнего века и при одно­временном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

14. Тест исследования круговой мышцы рта при об­следовании больных невритом лицевого нерва -это:

1) глаза мигают асинхронно;

2) при закрытых глазах пациента вибрация век на боль­ной стороне отсутствует;

3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;

4) больной не может надуть щеки;

5) больной не может зажмурить глаз на больной сторо­не, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

15. Тест надутых щек при обследовании больных нев­ритом лицевого нерва - это ?:

1) глаза мигают асинхронно;

2) при закрытых глазах пациента вибрация век на боль­ной стороне отсутствует;

3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;

4) больной не может надуть щеки;

5) больной не может зажмурить глаз на больной сторо­не, хотя зажмурить оба глаза

одновременно может.

16. Тест на раздельное зажмуривание при обследова­нии больных невритом лицевого нерва - это:

1) глаза мигают асинхронно;

2) при закрытых глазах пациента вибрация век на боль­ной стороне отсутствует;

3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;

4) больной не может надуть щеки;

5) больной не может зажмурить глаз на больной сторо­не, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

17. Гемиатрофия лица протекает:

1) только как самостоятельное заболевание;

2) только как симптом основного заболевания;

3) как самостоятельное заболевание и как симптом ос­новного заболевания.

18. При прогрессирующей гемиатрофии лица наблю­дается атрофия:

1) кожи;

2) кожи и подкожной клетчатки;

3) кожи, подкожной клетчатки и мышц;

4) кожи, подкожной клетчатки, мышц и кости.

19. Изменяются ли волосы на стороне поражения при гемиатрофии лица ?:

1) нет, не изменяются

2) волосы только депигментируются, но прочно нахо­дятся в волосяных луковицах;

3) волосы депигментируются и выпадают.

20. Что происходит на пораженной стороне с жева­тельными мышцами при прогрессирующей гемиат­рофии лица ?:

1) ничего не происходит;

2) они атрофируются;

3) они гипертрофируются;

4) жировое перерождение мышцы.

21. Если у больного наблюдается гемиатрофия лица с одной стороны, сочетающаяся с атрофией тулови­ща и конечностей с другой стороны, то это заболе­вание называется ?:

1) прогрессирующая гемиатрофия лица;

2) прогрессирующая атрофия лица;

3) перекрестная гемиатрофия.

22. У больных с прогрессирующей гемиатрофией лица имеется ли специфическое лечение?:

1) специфического лечения нет;

2) проводятся блокады звездчатого ганглия;

3) проводятся пластические операции.

23. Кантопластика - это:  
1) вскрытие нагноившегося слезного мешка;  
2) рассечение наружной спайки век;  
3) пластическая операция удлинения, расширения илисужения глазной щели;  
4) рассечение внутренней спайки век;  
5) пластика встречными треугольными лоскутами (прииссечении рубцов) в области наружного угла глаза;  
6) пластика встречными треугольными лоскутами (прииссечении рубцов) в области внутреннего угла глаза.

24. Назовите, кто из врачей впервые описал, и вчесть кого именуется заболевание, которое называется прогрессирующая гемиатрофия лица?:  
1) CaUwelJ.  
2) Kazanjian V.;  
3) Converse L;  
4) Parri C.H., Romberg M.H.;  
5) Romberg M.H.;  
6) Lyer V.S.

25. Тест мигания при диагностике неврита лицевогонерва - это:  
1) глаза мигают асинхронно;  
2) при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует.  
3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губпораженной стороны,  
4) больной не может надуть щеки;  
5) больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

26. Тест вибрации век при диагностике неврита лицевого нерва - это:  
1) глаза мигают асинхронно;  
2) при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;  
3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губпораженной стороны;  
4) больной не может надуть щеки;  
5) больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может

27. Синкинезии - это:  
1) гиперкинезы мимических мышц лица;  
2) рефлекторное содружественное движение группымышц, которые сопутствуют движению определеннойчасти лица;  
3) прогрессирующая гемиатрофия половины лица;  
4) гемигипертрофия части лица.

28. Веко - лобная синкинезия - это:  
1) непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;  
2) при зажмуривании непроизвольно приподнимаетсяушная раковина;  
3) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;  
4) при закрывании глаз поднимается угол рта на той жестороне;  
5) при закрывании глаз наморщивается лоб.

29. В каком случае электровозбудимость пульпы зубов может не восстанавливаться при невритах верхних луночковых нервов? Если повреждены:  
1) нервы, которые подходят к верхнечелюстному сплетению,  
2) само верхнечелюстное сплетение;  
3) нервы, которые отходят от верхнечелюстного сплетения

30. Невролиз - это:  
1) воспаление нерва при неврите;  
2) воспаление нерва при неврите и невралгиях:  
3) выделение нерва из рубцов:  
4) некроз нервного волокна

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические проявления невралгий тройничного нерва с невритом, прозопальгическими болями, одонталгией и синдромом патологического прикуса.
2. Знать дифференциальную диагностику невралгий тройничного нерва с невритом, прозопальгическими болями, одонталгией и синдромом патологического прикуса.
3. Уметь проводить консервативное и хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.
4. Знать последствия поражения лицевого нерва.
5. Знать показания к оперативному методу лечения (сшивание нерва, фасциальная, мышечная и кожная пластика).

**Практическое занятие №41**

Тема: Абсцессы и флегмоны скуловой, подглазничной и щечной области. Курация больных, написание истории болезни.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия скуловой, подглазничной и щечной области.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны скуловой, подглазничной и щечной области.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне скуловой, подглазничной и щечной области.
5. Комплексное лечение больных с абсцессамии флегмонами скуловой, подглазничной и щечной области.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой щечной области, резко болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два дня назад самостоятельно выдавил небольшой фурункул на правой щеке, пос­ле чего припухлость быстро увеличивалась, боли усиливались. Обратился к стоматологу. Объективно: отмечается резкая асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата, размером 5,0x7,0 см в правой щечной об­ласти с нечеткими границами, резко болезненного. Кожа над ним гиперемирована, истончена, в складку не собирается. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Выражен коллатеральный отек. В полости рта: зубы интактны, слизистая оболочка правой щечной области обычной окраски, отечна. Открывание рта ограничено за счет резкой болезнен­ности, однако, постепенно удалось открыть рот до 3,0 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметете план обследования и лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.

**Задача 2.** Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°С. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего по­явилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болез­ненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева опреде­ляется раневая поверхность с размозженными краями, заполненная некро­тическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизис­той оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, дайте им объяснение.

**Тестовые задания:**

1. В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо провести дополнительно:

1) анализ крови 2) термометрию 3) ЭОД 4) рентгенографию

5) верно 2, 3, 4 6) остеометрию 7) стоматоскопию 8) реографию

9) тепловизографию

2. Антибиотики обладают:

1) бактерицидным действием 2) бактериостатическим действием

3) бактерицидным и бактериостатическим действием

3. К противовоспалительной терапии относятся препараты:

1) антибиотики 2) аналгетики 3) антигистоминные

4) глюкокортикоидные препараты 5) иммунные

4. К дезинтоксикационной терапии относят введение:

1) аминозола 2) гипотиазида 3) аскорбиновой кислоты

4) антистафилакокковой плазмы 5) реополиглюкина

5. Активная иммунная терапия-это:

1) антистафилококковая плазма 2) зимозан

3) стафилококковый анатоксин 4) гамма-глобулин

5) бактериофаг

6. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков:

1) острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация

2) острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация

3) острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр

4) острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта

5) заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация

7. При установлении диагноза флегмоны щеки следует:

1) провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики

2) сделать прокол кожи и выпустить гной

3) вскрыть флегмону широким разрезом через кожу

4) направить в стационар

5) удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина

8. Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов верхней челюсти 3) лимфоузлов щечной области

4) лимфоузлов околоушной области 5) травмы слизистой оболочки щеки

9. Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1) фурункул нижней губы 2) лимфаденит околоушной области

3) травма слизистой оболочки щеки 4) лимфаденит поднижнечелюстной области

5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

10. Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1) фурункул нижней губы 2) лимфаденит щечной области

3) лимфаденит позадичелюстной области 4) лимфаденит поднижнечелюстной области

5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

11. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) гиперемия и инфильтрат щеки

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

12. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) затрудненное открывание рта

3) отек нижнего века 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

13. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы 3) флегмоной дна полости рта

4) флегмоной височной области 5) подмассетериальным абсцессом

14. При неблагоприятном течении флегмоны щечной области инфекция распространяется в:

1) в ткани дна полости рта 2) в субдуральное пространство

3) в крылонебное венозное сплетение 4) в венозные синусы головного мозга

5) на переднебоковую поверхность шеи

15. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочкипо крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами скуловой области.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подглазничной области.
3. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами щечной области.

**Практическое занятие №42**

Тема: Абсцессы и флегмоны височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
5. Комплексное лечение больных с абсцессамии флегмонами височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 35 лет, поступил с жалобами на резкие боли в языке, труд­ность в разговоре, невозможность глотания, пережевывания пищи. Также отмечает появление небольшой припухлости в верхних отделах шеи. Три дня назад травмировал язык в задней трети рыбной костью. Кость была удалена ЛОР-врачом, отпущен домой. После этого боли усилились, по­явилось ощущение увеличения языка в объеме. Вновь обратился к ЛОР-врачу, однако после осмотра направлен к стоматологу. Объективно: рот полуоткрыт, вытекает слюна. Определяется отечность задних отделов подподбородочной области и верхних передних отделов шеи. При глубо­кой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъ­язычной костью. Язык увеличен в объеме, отечен, обложен сероватым налетом. Движения языка кпереди резко болезненны. Резкая болезнен­ность определяется также при надавливании на язык сверху вниз, особен­но в задней трети. Слизистая оболочка челюстно-язычных желобков с обеих сторон и подъязычной области отечна, выбухает. При пальпации в области корня языка отмечается обширный, резко болезненный воспали­тельный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании патологиче­ских изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Какие вмешательства необходимо дополнительно провести во избежание развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

**Задача 2.** Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области корня язы­ка, усиливающиеся при глотании, разговоре, приеме пищи. Боли появи­лись 4 дня назад, их появление ни с чем не связывает, постепенно нарас­тали. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после опе­рации обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое неизменно сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность стала медленно восстанавливаться. Объектив­но: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфоузел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей языка гиперемирована. Слизистая оболочка дна полости рта отечна, обычной окраски. Вер­тикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В об­ласти корня пальпируется воспалительный инфильтрат 3,0x4,0 см. По­лость рта санирована.

1. Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.
4. С чем они могут быть связаны?

**Тестовые задания:**

1. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

2. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

3) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) дугообразно параллельно краю подбородочного отдела нижней челюсти

3. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:

1) скуловую кость 2) лицевую артерию 3) язычную артерию

4) щитовидную железу 5) околоушную слюнную железу

4. Выполняя наружный разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:

1) скуловую кость 2) лицевую артерию 3) щитовидную железу

4) околоушную слюнную железу 5) подчелюстную слюнную железу

5. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является:

1) менингоэнцефалит 2) абсцесс головного мозга

3) рубцовый выворот нижней губы 4) стеноз верхних дыхательных путей

5) тромбоз венозных синусов головного мозга

6. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка инфекция распространяется в:

1) ткани дна полости рта 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

7. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка инфекция распространяется в:

1) субдуральное пространство 2) околоушную слюнную железу

3) поднижнечелюстные области 4) венозные синусы головного мозга

5) крылонебное венозное сплетение

8. Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков:

1) увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли; затруднено глотание и дыхание

2) острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами височной области.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами крыловидно-небной ямки.
3. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подвисочной ямки.
4. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами языка.

**Практическое занятие №43**

Тема: Абсцессы и флегмоны поднижнечелюстного и подподбородочного треугольника.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия поднижнечелюстного и подподбородочного треугольника.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в поднижнечелюстном и подподбородочном треугольнике.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны поднижнечелюстного и подподблородочного треугольника.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного и подподбородочного треугольника.

**Тестовые задания:**

1. Для флегмоны подбородочной области наиболее характерно:

1) острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация

2) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр

3) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области

4) острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен первый резец

5) острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области

2. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области следующий набор признаков:

1) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти

2) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании

3) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный 3.8 зуб

4) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени; разрушенный 3.7 зуб

5) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Вартанова протока

3. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание

2) наличие « причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н/ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры н/ч, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч свободное глотание

4. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:

1) тризм

2) гиперемия кожи в области нижней губы

3) отек крылочелюстной складки

4) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

5) отек и гиперемия щечных областей

5. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу

6. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной височной области 4) флегмоной щечной области

5) острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

7. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

8. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство 3) околоушную слюнную железу

4) крылонебное венозное сплетение 5) венозные синусы головного мозга

9. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:

1) язык 2) нижнюю губу 3) скуловую кость

4) околоушную слюнную железу 5) поднижнечелюстную слюнную железу

10. Причиной развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) 3.8, 3.7,3.6,3.5,3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8

3) зубов верхней челюсти 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

11. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) клыковой ямке 3) подвисочной ямке

4) жевательной мышце 5) крыловидно-челюстном пространстве

12. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов верхней челюсти

3) 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

13. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является:

1) тризм 2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечных областей 4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

14. Флегмону подподбородочной области следует дифференцировать с:

1) тризмом 2) абсцессом корня языка 3) карбункулом нижней губы

4) флегмоной щечной области 5) флегмоной височной области

15. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) жевательной мышце

4) подбородочной области 5) крыловидно-челюстном пространстве

16. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) подъязычной области

4) жевательной мышце 5) заднечелюстном и окологлоточном пространстве

17. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

3) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5)в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

18. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

19. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1) область корня языка 2) околоушную слюнную железу

3) субдуральное пространство 4) венозные синусы головного мозга

5) крылонебное венозное сплетение

20. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан:

1) в области флюктуации 2) в проекции корня языка

3) по границе гиперемии кожи 4) на всю ширину инфильтрата

5) в месте наибольшей болезненности

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами поднижнечелюстного треугольника.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подподбородочного треугольника.

**Практическое занятие №44**

Тема: Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в околоушно-жевательной и подмассетериальной областях.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны околоушно-жевательной и подмассетериальной области.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в околоушно-жевательной и подмассетериальной областях.
2. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами околоушно-жевательной области.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подмассетериальной области.

**Практическое занятие №45**

Тема: Абсцессы и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия крыловидно-нижнечелюстного пространства подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространства.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в крыловидно-нижнечелюстном пространстве, в подъязычной и позадичелюстной областях, окологлоточном пространстве.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространства.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространств.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удале­ния. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, смес­тились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатиче­ский узел. Зуб 41 - подвижность II степени, зуб 31 - подвижность III-IV степеней. Вертикальная перкуссия зубов 41, 31 - отрицательная, горизонтальная перкуссия - положительна. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отечна, цианотична, слабо болезненна. Опре­деляются глубокие пародонтальные карманы в области зубов 41, 31 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая обо­лочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата опреде­ляется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите анатомические границы подъязычной области.
3. Составьте план лечения.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза.

**Задача 2.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли усиливаются при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: три дня назад, после переохлаждения появилась слабо болезненная припухлость в подъязычной области. Больной само­стоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь две­надцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Ко­ронка зуба 41 наполовину разрушена, при перкуссии незначительная болезнен­ность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфиль­трат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним резко гипереми­рована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфиль­трата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартанова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области зуба 41 у верхушки корня определяется разрежение

костной ткани с нечеткими контурами 0,3x0,3 см.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.

**Задача 3.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной при­пухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, слегка уплотненная, слабо болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области паль­пируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: зубы 48, 46, 45, 34, 35, 36, 38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъ­язычной области пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. С чем, по Вашему мнению, может быть связано возникновение абсцесса?

**Задача 4.** Больной, 65 лет, обратился с жалобами на наличие слабо болезненной припухлости под языком. Из анамнеза: припухлость впервые обнаружил около 20 дней назад, когда появилась незначительная болезненность. Принимал антибиотики, однако, положительной динамики не отмечалось. Обратился к стоматологу по месту работы. Поставлен диагноз: абсцесс подъязычной области. Произведен разрез. В течение пяти дней после это­го выраженной положительной или отрицательной динамики также не отмечалось. Однако после вскрытия абсцесса отмечает ограничение от­крывания рта, болезненность при глотании. У больного дополнительно выяснено, что перед вскрытием абсцесса стоматолог удалил корни зуба 47. Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. В подъязычной области мягкие ткани инфильтрированы больше справа. Границы инфильтрата нечеткие. Пальпация слабо болез­ненна. Слизистая оболочка над инфильтратом немного отечна, слабо гиперемирована, цианотична. В центре инфильтрата имеется разрез длиной около 1,5 см. Отделяемого нет. Слизистая оболочка в области крыловид­но-челюстной складки справа незначительно отечна. Медиальная крыло­видная мышца справа уплотнена, болезненна. Инфильтрации тканей в этой области не определяется.

1. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

Укажите несущественные признаки заболевания, дайте им объяснение.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области следующий набор признаков:

1) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти

2) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании

3) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный 3.8 зуб

4) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени; разрушенный 3.7 зуб

5) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Вартанова протока

2. Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков:

1) острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

2) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

3) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

4) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

5) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

3. Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков:

1) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

2) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы

3) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3-х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту

4) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

5) острое начало; движение языком болезненны; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту

4. В хирургическом кабинете поликлиники Вам удалось открыть рот на 1,5 см; обнаружили отечную гиперемированную слизистую оболочку в области крыловидно-челюстной складки и передней небной дужки. Детальный осмотр невозможен. Тактика врача в данном случае:

1) удалить зуб, выдать больничный лист, назначить противовоспалительное лечение

2) направить больного на госпитализацию

3) провести наркоз, раскрыть под наркозом рот, удалить зуб, сделать разрез над инфильтратом во рту

4) удалить зуб, назначить согревающий компресс

5) зуб не удаляется, вводятся антибиотики в переходную складку, назначаются сульфаниламиды, нитрофураны и пенициллин 500000 ЕД 4 раза в день в/м

5. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание

2) наличие « причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н\ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры н\ч, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч свободное глотание

6. Для флегмоны крыловидно-челюстного пространства характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н\ч затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н\ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н\ч свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч, свободное глотание

7. Флегмона окологлоточного пространства дренируется через разрез:

1) cо стороны кожных покровов, окаймляя угол н\ч

2) в поднижнечелюстной области, параллельно и отступая от края н\ч на 2см

3) в подподбородочной области

4) в околоушной области, следуя проекции лицевого нерва

5) по переходной складке слизистой оболочки полости рта

8. Флегмона крыловидно-челюстного пространства дренируется через разрез:

1) со стороны кожных покровов, окаймляя угол н\ч

2) в поднижнечелюстной области, параллельно и отступая от края н\ч на 2см

3) в подбородочной области

4) в околоушной области следуя проекции лицевого нерва

5) по переходной складке слизистой оболочки полости рта

9. Для флегмоны окологлоточного пространства с первичным поражением дна рта характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н\ч, затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н\ч, свободное глотание

5) наличие причинного зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч, свободное глотание

10. Для флегмоны окологлоточного пространства характерно:

1) наличие «причинного зуба» признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного зуба» не обязательно, выраженный воспалительный инфильтрат, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный зуб» отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне не проявляется, умеренно выраженная контрактура н\ч, затрудненное глотание

4) наличие «причинного зуба», выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н\ч, свободное глотание

5) наличие «причинного зуба», выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч, свободное глотание

11. Симметричное лицо, отсутствие отека его мягких тканей, плохое открывание рта (до 0,5см), невозможность глотания, наличие острого воспалительного процесса в области8/8 зубов характерны для:

1) флегмоны крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства

2) флегмоны крыло-небной и подвисочной ямок

3) поднадкостничного абсцесса в области переходной складки у 8/8 зубов

4) флегмоны щечной области

5) флегмоны окологлоточного пространства

12. Верхней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

13. Нижней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

14. Передней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) задний край ветви нижней челюсти

15. Задней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

16. Внутренней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

17. Наружной границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

18. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверзность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

19. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

20. Внутренней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

21. Наружной границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

22. Внутренней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

23.Задней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

24. Нижней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

25. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:

1) височной 2) скуловой 3) щечной области

4) околоушно-жевательной 5) окологлоточного пространства

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами крыловидно-нижнечелюстного пространства.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подъязычной области.
3. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами позадичелюстной области.
4. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами окологлоточного пространства.

**Практическое занятие №46**

Тема: Флегмона дна полости рта. Абсцесс и флегмона глазницы. Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств дна полости рта.
2. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.
3. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцесса и флегмоны глазницы, флегмоны дна полости рта, гнилостно-некротической флегмоны лица и шеи.
4. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага при флегмоне дна полости рта и гнилостно-некротические флегмоне лица и шеи

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков:

1) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт

2) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

3) острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

2. Одонтогенный воспалительный процесс от 48, 38 зубов изначально распространяется в:

1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство

2) дно полости рта, поднижнечелюстную область

3) окологлоточное пространство

4) дно полости рта

3. Одотогенный воспалительный процесс от 46, 36 зубов изначально распространяется в:

1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство

2) дно полости рта, поднижнечелюстную область

3) окологлоточное пространство

4) дно полости рта, подподбородочную область

5) клетчаточные пространства шеи

4. Симметричное лицо, отсутствие отека его мягких тканей открывание рта до 2-х мм, боли при глотании, наличие острого воспалительного процесса в области 8\8 зубов характерны для:

1) флегмоны дна полости рта

2) флегмоны крыловидно-челюстного пространства

3) флегмоны крылонебной и подвисочной ямок

4) флегмоны дна полости рта и крыловидно-челюстного пространства

5) флегмоны поднижнечелюстной области

5. Верхней границей дна полости рта является:

1) основание языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

6. Нижней границей дна полости рта является:

1) основание языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

7. Передненаружной границей дна полости рта является:

1) корень языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

8. Внутренней границей дна полости рта является:

1) корень языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

9. Задней границей дна полости рта является:

1) корень языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

10. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:

1) височной 2) скуловой 3) щечной области

4) дна полости рта 5) околоушно-жевательной области

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с флегмонами дна полости рта.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами глазницы.
3. Планирование лечения пациентов с гнилостно-некротическими флегмонами лица и шеи.

**Практическое занятие №47**

Тема: Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Тромбофлебит лицевых вен. Тромбоз кавернозного синуса.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Причины возникновения внутричерепных одонтогенных осложнений.
2. Клиника тромбофлебита вен лица.
3. Пути распространения инфекции в кавернозный синус.
4. Клиника и диагностика тромбоза кавернозного синуса.

Профилактика внутричерепных осложнений.

**Тестовые задания:**

1. В каких пределах рН крови обеспечивается гомеостаз:

1) рН – 7,2-7,8 2) рН – 7,1-7,8 3) рН - 7,0-7,8

4) рН – 7,2-7,9 5) рН – 7,2-7,6

2. Сульфаниламидные препараты дают токсичное сочетание с:

1) левомицетином 2) татрациклином 3) диоксизоном

4) полимиксинами 5) линкомицином

3. Тактика амбулаторного врача при диагностике тромбофлебита вены лица одонтогенного происхождения:

1) удаление «причинного зуба»

2) удаление «причинного зуба» и госпитализация больного

3) дренирование очага воспаления через канал корня зуба

4) дренирование очага воспаления и назначение тромболитической терапии

5) дренирование очага воспаления, назначение тромболитической и антибактериальной терапии

4. Тактика врача челюстно-лицевого стационара при диагностике тромбофлебита лицевой вены одонтогенного происхождения:

1) удаление «причинного зуба» и назначение антикоагулянтов

2) удаление «причинного зуба», назначение антибиотиков и коагулянтов

3) удаление «причинного зуба» и перевязка вены выше очага воспаления

4) удаление «причинного зуба», назначение антибактериальной терапии и антикоагулянтов

5) удаление «причинного зуба» и рассечение тканей по ходу тромбированного участка вены

5. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) флебит угловой вены

4) парез лицевого нерва 5) гематома мягких тканей

6. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

7. Эндофлебит не развивается при:

1) снижении реактивности организма

2) замедлении кровотока повреждении венозной стенки

3) повышении свертываемости крови

4) переходе воспалительного процесса с окружающих тканей

8. Тромбофлебиты лицевых вен значительно чаще развиваются путем возникновения:

1) эндофлебита 2) перифлебита

9. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:

1) угловой вене лица 2) лицевой артерии 3) анастомозам лицевых вен

4) поперечной артерии лица 5) височной вене

10. Веки могут плотно инфильтрироваться при:

1) тромбофлебите лицевых вен 2) рожистом воспалении

3) фурункуле 4) карбункуле

11. Припухлость и краснота кожи не имеют резких границ при:

1) рожистом воспалении 2) тромбофлебите лицевых вен

12. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при:

1) фурункуле 2) карбункуле 3) тромбофлебите угловой вены

4) рожистом воспалении 5) номе

13. При тромбофлебите угловой вены лица температура тела в области патологического очага повышается на:

1) 0,5°С 2) 0,5-1,0°С 3) 1,5-2,5°С 4) 3-4°С 5) 5-6°С

14. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепно-мозгового нерва:

1) глазодвигательного 2) блоковидного 3) отводящего

4) лицевого 5) тройничного

15. Расширение зрачка и вен глазного дна наблюдается при:

1) тромбозе угловой вены 2) медиастините 3) тромбозе пещеристого синуса

4) сибирской язве 5) номе 6) фурункуле и карбункуле

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с тромбофлебитом лицевых вен.
2. Планирование лечения пациентов с тромбозом кавернозного синуса.

**Практическое занятие №48**

Тема: СепсисОбщие принципы лечения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Предрасполагающие факторы возникновения одонтогенного сепсиса. Основные клинические проявления одонтогенного сепсиса.
2. Клинические проявления септического шока. Основные принципы лечения одонтогенного сепсиса и септического шока.
3. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса.
4. Клинические проявления токсикоинфекционного шока при воспалительных заболеваниях лица и шеи.
5. Профилактика сепсиса.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 47 лет, находится на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона височной области справа, подвисоч­ной и крылонебной ямок справа. Поступил в состоянии средней тяжести пять дней назад. При поступлении произведено удаление причинных зубов 48, 47. Флегмона вскрыта наружным и внутриротовым доступами, создана кон­трапертура. Назначена противовоспалительная, симптоматическая физио­терапия. За истекшие сутки состояние больного не улучшилось, в течение последних суток наметилась тенденция к ухудшению. Воспалительный инфильтрат стал менее болезненным, еще более уплотнился. Обнаружено, что наметилась тенденция к появлению инфильтрации тканей в области крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств. Явления гнойно-резорбтивной лихорадки нарастают, симптомы интоксикации нарастают. Температура тела в течение суток колеблется от 38,0°С до 39,5°С, беспо­коит общая сильная слабость, озноб. Отмечаются нарушения работы ки­шечника: диарея. СОЭ - 40 мм/ч.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с жалоба­ми на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно опреде­ляется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, зани­мающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распро­страняющийся на корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены зубы 46,45, 37 по поводу хронического периодонтита. Наложе­на трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенно­го медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, также предъявляет жало­бы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°С, пульс 110 ударов в минуту, слабого на­полнения и напряжения. Симптом «поколачивания» резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см, резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротеинемия. В моче определяет­ся высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии адекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

**Задача 3.** Больной, 55 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона дна по­лости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространства слева. При поступлении флег­мона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы 35, 36. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермитирующий харак­тер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. По­степенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.

1. Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
2. Ваша дальнейшая тактика.
3. Определите основные направления лечебных мероприятий.

**Задача 4.** Больной, 38 лет, находится на лечении в отделение челюстно-лицевой хирургии в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалитель­ного процесса на передне-боковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки блед­ные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Каких сведений не достает для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечебных мероприятий.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с сепсисом.

**Практическое занятие №49**

Тема: Медиастинит. Общие принципы лечения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клинические проявления контактного одонтогенного медиастинита.
2. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика и комплексное лечение одонтогенного медиастинита.
3. Профилактика медиастинита.

**Тестовые задания:**

1. Выберете метод лечения медиастинита одонтогенной этиологии:

1) медиастинотомия

2) удаление «причинного зуба»

3) медиастинотомия и обеспечение дренирования средостения трубками Каншина

4) удаление «причинного зуба», санация полости рта

5) удаление «причинного зуба», раскрытие флегмоны околочелюстной локализации и шеи (санация первичного очага воспаления) с дренированием средостения

2. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

3. Правильное определение понятия «сепсис»:

1) патологическое состояние, обусловленное периодическим поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям

2) патологическое состояние, обусловленное периодическим или непрерывным поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям и часто образованием гнойного воспаления в различных органах и тканях

3) патологическое состояние, обусловленное непрерывным поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям и всегда образованием гнойного воспаления в различных органах и тканях

4. В переднее средостение не входит:

1) сердце 2) дуга аорты

3) пищевод 4) верхняя полая вена

5) легочные артерии и вены 6) диафрагмальные вены и нервы

7) трахея 8) вилочковая железа

5. В заднее средостение не входит:

1) пищевод 2) грудной лимфатический проток

3) нисходящая аорта 4) трахея

5) нижний отдел блуждающего нерва 6) непарная и полунепарная вены

6. Приведите соответствие клиники с симптомами медиастинита:

1. Втяжение тканей в области яремной впадины при вдохе А. Симптом Герке

2. Боль при запрокидывании головы назад Б. Симптом Попова

3. кашель и загрудинная боль при поколачивании В. Симптом Равич-Щербо по пяточным костям Г. Симптом Иванова

4. Усиление загрудинных болей при попытке

смещения сосудисто-нервного пучка шеи

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с медиастинитом.

**Модуль 4. Детская хирургическая стоматология**

**Практическое занятие №50**

Тема: Методы общего и местного обезболивания при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей. Показания и противопоказания, особенности проведения. Премедикация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Виды местного обезболивания, особенности его проведения у детей.
3. Показания и противопоказания к общему и местному обезболиванию при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей.
4. Определение понятия премедикация. Цель и задачи премедикации.
5. Схемы премедикации перед стоматологическим вмешательством у детей разных возрастных групп (3-6 лет; 6-15 лет).
6. Осложнения местного характера при проведении местной анестезии.

**Тестовые задания:**

1. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная

2) мандибулярная

3) туберальная

4) у ментального отверстия

5) по Берше-Дубову

2. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:

1) у ментального отверстия

2) мандибулярная

3) у большого небного отверстия

4) туберальная

5) у резцового отверстия

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

1) у большого небного отверстия

2) мандибулярная

3) туберальная

4) торусальная

5) инфраорбитальная

4. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

1) инфраорбитальная

2) торусальная

3) туберальная

4) у большого небного отверстия

5) инфраорбитальная

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

1) щечный

2) щечный и нижний луночковый

3) нижний луночковый и язычный

4) язычный и щечный

5) щечный, язычный и нижний луночковый

6. При торусальной анестезии выключаются нервы:

1) язычный

2) язычный и щечный

3) щечный и нижний луночковый

4) нижний луночковый и язычный

5) язычный, нижний луночковый и щечный

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

1) туберальная

2) инфраорбитальная

3) инфильтрационная

4) внутрикостная

5) у резцового отверстия

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

1) трех лет

2) пяти лет

3) шести лет

4) семи лет

5) десяти лет

9. Отметьте механизм действия местных анестетиков:

1) увеличение проницаемости клеточных мембран для ионов кальция и увеличение потенциала действия

2) снижение проницаемости клеточных мембран для ионов натрия, сопровождающееся мембраностабилизирующим эффектом

3) угнетение проведения болевых импульсов на уровне задних рогов спинного мозга

4) угнетение проведения болевых импульсов на уровне таламуса

5) снижение проницаемости клеточных мембран для ионов калия

10. Точка приложения местных анестетиков:

1) кора головного мозга

2) таламус

3) лимбическая система

4) чувствительные нервные окончания и проводники

5) задние рога спинного мозга

**Проверка практических навыков:**

* + - 1. Планирование проведения общего и местного обезболивания у детей.

**Практическое занятие №51**

Тема: Операция удаления зуба у детей: показания и противопоказания, особенности удаления временных зубов, осложнения и методы их предупреждения. Сверхкомплектные и ретенированные зубы. Тактика врача-стоматолога при наличии сверхкомплектных и ретенированных зубов у детей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов у детей и подростков.
2. Особенности операции удаления молочных и постоянных зубов у детей при острых воспалительных процессах.
3. Удаление зубов по ортодонтическим показаниям.
4. Осложнения во время и после операции удаления зубов у детей.
5. Предупреждение и лечение осложнений при удалении зубов.
6. Сверхкомплектные зубы. Клиническая картина, показания к хирургическому лечению.
7. Местные и общие факторы, приводящие к задержке прорезывания зубов
8. Ретенированные зубы. Клиническая картина, показания к хирургическому лечению.
9. Тактика врача-стоматолога при наличии сверхкомплектных и ретенированных зубов у детей.

**Тестовые задания:**

1. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные с несходящимися щечками

2) байонетные

3) клювовидные со сходящимися щечками

4) крампонные

5) щипцы клювовидные изогнутые по плоскости

2. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

1) клювовидные

2) байонетные

3) S-образно изогнутые, щечка которых заканчивается шипиком

4) прямые

5) S-образно изогнутые, щечка которых не заканчивается шипиком

3. Клювовидные щипцы предназначены для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

4. Байонетные щипцы предназначены для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

5. S-образно изогнутые щипцы предназначены для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

6. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

7. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

1) центральных резцов на верхней челюсти

2) третьих больших коренных зубов на нижней челюсти

3) резцов и клыков на нижней челюсти

4) малых коренных зубов на верхней челюсти

5) больших коренных зубов на верхней челюсти

8. Шипиками заканчиваются обе щечки щипцов, предназначенных для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

9. Шипиком заканчивается одна щечка щипцов, предназначенных для удаления зубов челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) обеих челюстей

4) верхней при ограниченном открывании рта

5) нижней при ограниченном открывании рта

10. Клювовидные щипцы, щечки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления зубов:

1) резцов

2) клыков

3) малых коренных

4) больших коренных

5) резцов и клыков

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование выполнения операции удаления зуба у детей.
2. Планирование лечения пациентов со сверхкомплектными зубами.
3. Планирование лечения пациентов с ретенированными зубами.

**Практическое занятие №52**

Тема: Этиология, патогенез, клиническая картина острого и хронического периостита челюстей у детей разного возраста. Лечение. Воспалительные процессы мягких тканей лица: лимфаденит, аденофлегмона, абсцесс, флегмона.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология, патогенез, клиническая картина острого серозного периостита. Диагностика, лечение.
2. Клиническая картина острого гнойного периостита. Диагностика, лечение.
3. Клиническая картина хронического периостита. Диагностика, лечение.
4. Этиология, патогенез, клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита. Диагностика, лечение.
5. Этиология, патогенез, клиническая картина острого гематогенного остеомиелита. Диагностика, схема обследования больного, лечение.
6. Клиническая картина хронического остеомиелита у детей. Диагностика, лечение.
7. Клиническая картина травматического остеомиелита. Формы заболевания. Лечение.
8. Показания к госпитализации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
9. Этиология одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей.
10. Классификация лимфаденитов по этиологии и течению.
11. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острого серозного лимфаденита.
12. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острого гнойного лимфаденита.
13. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронического лимфаденита.
14. Клиника, диагностика и лечение аденофлегмона челюстно-лицевой области.
15. Клиника, диагностика и лечение абсцессов челюстно-лицевой области.
16. Клиника, диагностика и лечение флегмон челюстно-лицевой области.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

1) зубы 16 55 54 64 65 26

2) зубы 36 75 74 84 85 46

3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

4) заболевания ЛОР-органов (риниты, гаймориты и др.)

5) заболевания ВНЧС

2. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются зубы:

1) 12 11 21 22

2) 23 13 41 42

3) 16 55 54 64 65 26

4) 46 85 84 74 75 36

5) 32 31 41 42

3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

1) срочной госпитализации

2) дезинтоксикационной терапии

3) хирургической помощи

4) иммунотерапии

5) иглорефлексотерапии

4. При остром серозном периостите причинный временный однокорневой зуб:

1) всегда удаляется

2) трепанируется и пломбируется

3) пломбируется и производится резекция верхушки корня

4) удаляется по показаниям

5) трепанируется и шинируется

5. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

1) 32 31 41 42

2) 12 11 21 22

3) 55 54 64 65

4) 75 74 84 85

5) 16 26 36 46

6. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

1) 15 14 24 25

2) 35 34 44 45

3) 16 26

4) 36 46

5) 12 22

7. Неотложная помощь ребенку с аденофлегмоной заключается в:

1) иммунотерапии

2) антибактериальной терапии

3) срочной госпитализации и хирургической помощью в полном объеме

4) десенсибилизирующей терапии

5) дарсонвализации

8. После вскрытия субпериостального абсцесса дренаж в ране оставляют на:

1) 1 сутки

2) 2 суток

3) 3 суток

4) 7 суток

5) до прекращения гнойного отделяемого

9. Аденофлегмона у детей чаще возникает в возрасте:

1) 1-2 года

2) 2-3 года

3) 3-7 лет

4) 7-10 лет

5) 10-12 лет

10. Наиболее часто аденофлегмона у детей локализуется:

1) щечная область

2) подглазничная область

3) поднижнечелюстная область

4) околоушно-жевательная область

5) височная область

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острым периоститом челюстей.
2. Планирование лечения пациентов с хроническим периоститом челюстей.
3. Планирование лечения пациентов состеомиелитами челюстных костей.

Планирование лечения пациентов слимфаденитом челюстно-лицевой области.

Планирование лечения пациентов саденофлегмоной челюстно-лицевой области.

Планирование лечения пациентов сабсцессами челюстно-лицевой области.

Планирование лечения пациентов сфлегмонами челюстно-лицевой области.

**Практическое занятие №53**

Тема: Кисты челюстей у детей. Классификация, клиническая картина одонтогенных кист воспалительного и невоспалительного происхождения. Неодонтогенные кисты. Диагностика кист, возможные осложнения, принципы лечения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация кист челюстей.
2. Патогенез одонтогенных кист воспалительного и невоспалительного происхождения.
3. Клиническая картина радикулярной и фолликулярной кист челюсти
4. Дифференциальная диагностика кист.
5. Операция цистотомия и цистэктомия: техника выполнения, показания.
6. Ведение послеоперационного периода у детей, прооперированных по поводу кист челюстей.

**Тестовые задания:**

1. Воспалительные корневые кисты челюстей у детей обнаруживаются чаще на челюсти:

1) верхней

2) нижней

3) одинаково часто на обеих челюстях

4) не характерны для детей

5) зависит от возраста ребенка

2. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит зубов:

1) временных резцов

2) временных клыков

3) временных коренных

4) постоянных резцов

5) постоянных коренных

3. Посттравматические воспалительные корневые кисты челюстей у детей с постоянным прикусом развиваются чаще от зубов:

1) резцов верхней челюсти

2) клыков

3) малых коренных

4) больших коренных

5) резцов нижней челюсти

4. Количество слоев, выявляемых в оболочке воспалительных корневых кист:

1) 1-2 слоя

2) 2-3 слоя

3) 3-4 слоя

4) 4-5 слоев

5) 5-6 слоев

5. Внутренняя выстилка воспалительных корневых кист представлена:

1) многослойный плоский эпителий

2) однослойный плоский эпителий

3) многослойный цилиндрический эпителий

4) однослойный цилиндрический эпителий

5)многослойный ороговевающий эпителий

6. Содержимое ненагноившейся корневой кисты представлено:

1) желтоватая прозрачная жидкость, опалесцирующая на

свету

2) мутная жидкость

3) кровянистое содержимое

4) творожистое содержимое белого цвета

5) желтоватое салоподобное содержимое

7. Опалесцирование содержимого ненагноившейся корневой кисты происходит за счет:

1) наличия солей натрия

2) наличия элементов крови

3) наличия эпителиальных элементов

4) наличия кристаллов холестерина

5) наличия солей кальция

8. Направление, в котором преимущественно происходит рост воспалительных корневых кист от временных моляров нижней челюсти:

1) в направлении ветви челюсти

2) в вестибулярном направлении

3) в оральном направлении

4) в направлении подбородка

5) в направлении края тела нижней челюсти

9. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четкими контурами

2) затемнения с четкими контурами

3) затемнения с нечеткими контурами

4) просветления с нечеткими контурами

5) неравномерной минерализации

10. Воспалительная корневая киста верхней челюсти, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме представляет очаг:

1) просветления с четкими контурами

2) затемнения с четкими контурами

3) затемнения с нечеткими контурами

4) просветления с нечеткими контурами

5) неравномерной минерализации

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с кистами челюстей.

**Практическое занятие №54**

Тема: Травма мягких тканей лица и органов полости рта у детей. Особенности первичной хирургической обработки ран лица. Показания к госпитализации ребенка. Травма зубов и челюстных костей у детей. Тактика врача-стоматолога. Особенности реабилитации детей, перенесших травму челюстно-лицевой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

* + - 1. Причины повреждения мягких тканей полости рта и лица у детей.
      2. Особенности первичной хирургической обработки ран лица
      3. Ожоги и отморожения. Клиническая картина, лечение, осложнения.
      4. Общие показания к пластическим операциям в детском возрасте.

**Тестовые задания:**

1. Устранение грубых рубцовых деформаций мягких тканей лица у детей показано:

1) через 1 – 2 мес. после заживления раны

2) через 4 – 5 мес. после заживления раны

3) не ранее 18-летнего возраста

4) не ранее 6 месяцев после заживления раны

5) не позднее 1 мес. после момента прорезывания

2. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого неба, тканей дна рта опасность для жизни ребенка представляет:

1) нарушение речи

2) нарушение приема пищи

3) асфиксия

4) нарушение сна

5) развитие гнойно-некротического процесса

3. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва у детей:

1) 24 часа

2) до 36 часов

3) до 48 часов

4) до 72 часов

5) до 96 часов

4. Сроки первичной отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва под прикрытием антибактериальной терапии:

1) 24 часа

2) до 36 часов

3) до 48 часов

4) до 72 часов

5) до 5-ти суток

5. При временной остановке кровотечения из височной артерии местом пальцевого ее прижатия является точка в области:

1) наружного угла глаза

2) чуть ниже и кпереди козелка уха

3) по краю скуловой дуги, чуть кпереди и выше козелка уха

4) сосцевидного отростка, отступя на 0,5 см

от места прикрепления ушной раковины

5) угла нижней челюсти

6. Центральные резцы верхней челюсти у ребенка трех лет при неполном вывихе рекомендуется:

1) удалить

2) репонировать и шинировать

3) репонировать

4) оставить под наблюдение

5) восстановить их положение, используя ортодонтическую

конструкцию

7. Центральные временные резцы верхней челюсти у ребенка шести лет при неполном вывихе рекомендуется:

1) удалить

2) репонировать и шинировать

3) репонировать

4) оставить под наблюдение

5) депульпировать и оставить под наблюдение

8. При неполном вывихе центральных резцов у ребенка полутора лет рекомендуется:

1) удалить

2) репонировать и шинировать

3) репонировать

4) оставить под наблюдение

5) ортодонтическое лечение

9. При неполном вывихе временных резцов у ребенка пяти лет рекомендуется:

1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней

2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней

3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение

4) их удаление

5) ортодонтическое лечение

10. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка трех лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:

1) удалить

2) динамическое наблюдение

3) эндодонтическое лечение

4) резекция верхушки корня

5) депофорез с ионами меди

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с травмами мягких тканей лица и органов полости рта.
2. Планирование лечения пациентов с травмами зубов и челюстных костей.

**Практическое занятие №55**

Тема: Врожденные пороки развития лица, расщелины верхней губы и неба. Вторичные деформации челюстей при расщелинах неба. Диспансеризация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Дермоидные и эпидермоидные кисты.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Эмбриональное развитие лица и челюстей. Возможные причины нарушения эмбрионального развития лица и челюстей. Эндогенные и экзогенные факторы риска.
2. Анатомические и функциональные нарушения при врожденных пороках развития лица, расщелины верхней губы и неба.
3. Классификация врожденных пороков развития лица, расщелины верхней губы и неба.
4. Медико-генетическое консультирование больных и их родственников как метод профилактики врожденных пороков развития.
5. Принципы комплексного лечения детей при врожденной расщелине верхней губы и неба.
6. Операция при деформациях губы и носа после хейлопластики.
7. Показания к хирургическому лечению вторичных деформаций челюстей у больных с расщелинами неба.
8. Специалисты, осуществляющие диспансерное наблюдение, лечение, реабилитацию детей врожденной патологией челюстно-лицевой области.
9. Клиническая картина, диагностика и лечение врожденных кист и свищей челюстно-лицевой области и шеи.
10. Клиническая картина, диагностика и лечение дермоидных и эпидермоидных кист.

**Тестовые задания:**

1. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

1) первые шесть недель

2) двенадцатая-шестнадцатая неделя

3) двадцать четвертая – двадцать восьмая неделя

4) тридцатая-тридцать шестая неделя

5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

2. Врожденные расщелины верхней губы формируются в период развития эмбриона человека:

1) третья – шестая недели

2) одиннадцатая – двенадцатая недели

3) во второй половине эмбриогенеза

4) шестая – восьмая недели

5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

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

1) первые шесть недель

2) шестнадцатая – восемнадцатая недели

3) двадцать четвертая – двадцать восьмая недели

4) десятая-шестнадцатая недели

5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

4 Эмбрион человека имеет расщелину неба как физиологическую норму в период эмбриогенеза:

1) первые шесть недель

2) шестнадцатая – восемнадцатая недели

3) двадцать четвертая – двадцать восьмая недели

4) тридцатая-тридцать шестая неделя

5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

5. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

1) хирургический

2) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией

3) криодеструкция

4) лучевая терапия

5) склерозирующая терапия

6. Методом лечения врожденного срединного свища шеи является:

1) лучевая терапия

2) криодеструкция

3) хирургический

4) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией

5) электрохимический лизис

7. Врожденные предушные свищи всегда имеют связь:

1) с нижней челюстью

2) с небной миндалиной

3) с подъязычной костью

4) с щитовидной железой

5) с наружным слуховым проходом

8. При обследовании ребенка с кистой корня языка перед хирургическим лечением необходима консультация и обследование у

1) офтальмолога

2) гастроэнтеролога

3) эндокринолога

4) фтизиатра

5) логопеда

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

1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

2) ретенционная киста слизистой нижней губы

3) скрытая расщелина мягкого неба

4) фиброма нижней челюсти

5) короткая уздечка языка

10. При врожденной расщелине верхней губы коррегирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте

1) 6 месяцев

2) 2 – 3 лет

3) 5 – 6 лет

4) 8-10 лет

5) 12 – 16 лет

**Проверка практических навыков:**

* + - 1. Планирование лечения пациентов с врожденными пороками развития лица.
      2. Планирование лечения пациентов с расщелинами верхней губы и неба.

Планирование лечения пациентов с врожденными кистами и свищами лица и шеи.

Планирование лечения пациентов с дермоидными и эпидермоидными кистами.

**Практическое занятие №56**

Тема: Аномалии развития слизистой оболочки полости рта. Амбулаторные операции в полости рта: устранение короткой уздечки языка и верхней губы, мелкого преддверья рта, удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка. Выбор метода обезболивания.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Короткая уздечка языка. Клиника, хирургическое лечение.
2. Короткая уздечка верхней губы. Клиника, хирургическое лечение.
3. Мелкое преддверие рта. Клиника, хирургическое лечение.
4. Обезболивание при операциях.
5. Ведение больного после операции.

**Тестовые задания:**

1. Костная пластика расщелины альвеолярного отростка детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показано в возрасте:

1) 1 – 2 года

2) 3 – 4 года

3) 5 – 6 лет

4) 8 – 10 лет

5) позднее 16 лет

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

1) затрудненный прием пищи

2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти

3) нарушение речи

4) диастема

5) нарушения дыхания

3. Костная пластика расщелины альвеолярного отростка детям с двусторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показана в возрасте:

1) шесть – восемь месяцев

2) один – два года

3) 4-5 лет

4) 8 – 10 лет с адаптированным данному возрастному периоду прикусом

5) 8 – 10 лет

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

1) 5 – 6 лет

2) 7 – 9 лет

3) 10-12 лет

4) любом при сформированном постоянном прикусе

5) 10-12 лет

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

1) 3 – 4 года

2) 4 – 5 лет

3) 5 – 6 лет

4) 6 – 7 лет

5) 7 – 8 лет

6. Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:

1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти

2) локальный пародонтит

3) дефект речи

4) ринолалия

5) укорочение верхней губы

7. При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:

1) гипертрофия межзубного сосочка

2) диастема

3) прикрепление уздечки верхней губы

к вершине альвеолярного отростка

4) поворот центральных резцов по оси

5) рецессия десны у зубов 11 21

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

1) 1 месяц

2) 1 год

3) 2 – 3 года

4) 4 – 5 лет

5) 6 – 7 лет

9. Величина прикрепленной десны в области нижнего свода преддверия в норме составляет:

1) 1,5 – 2,0 мм

2) 2,0 – 3,0 мм

3) 4,0 – 6,0 мм

4) более 7,0 мм

5) более 8,0 мм

10. Показанием к углублению мелкого преддверия является:

1) атрофический гингивит

2) величина прикрепленной десны 3 – 4 мм

3) величина прикрепленной десны менее 3 мм

4) скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти

5) нарушения речи

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с короткой уздечкой языка и верхней губы.
  2. Планирование лечения пациентов с мелким преддверием рта.

**Практическое занятие №57**

Тема: Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клинико- рентгенологическое обследование детей с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
2. Классификация, этиология, патогенез заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
3. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
4. Лечение остеоартрита, остеоартроза, костного анкилоза, неоартроза.
5. Вторичный деформирующий остеоартроз. Причины развития. Клиника, диагностика. Комплексное лечение.
6. Диспансеризация детей.
7. 7.Этиология и патогенез функциональных заболеваний ВНЧС у подростков. Юношеская дисфункция ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
8. Воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.

**Тестовые задания:**

1. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

1) привычный вывих

2) остеоартрит

3) деформирующий юношеский артроз

4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного

сустава

5) привычный подвывих

2. К группе первично-костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:

1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

2) привычный вывих

3) врождённая аплазия сустава

4) хронический артрит

5) костный анкилоз

3. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

1) острый артрит

2) неоартроз

3) привычный вывих

4) хронический артрит

5) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

4. Причиной деформации нижней трети лица при анкилозе одного височно-нижнечелюстного сустава является:

1) парез лицевого нерва

2) недоразвитие ветви и тела нижней челюсти на стороне

поражения

3) чрезмерное развитие тела и ветви челюсти

на противоположной стороне

4) гемигипертрофия жевательной мышцы на стороне поражения

5) гемигипертрофия жевательной мышцы на стороне

противоположной стороне поражения

5. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава средняя линия подбородка смещена:

1) влево

2) вправо

3) не смещена

4) не определяется

5) деформирована

6. При анкилозе правого и левого височно-нижнечелюстных суставов подбородочный отдел челюсти смещён:

1) влево

2) вправо

3) назад

4) вперёд

5) не смещен

7. При анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава правый угол рта:

1) опущен

2) приподнят

3) симметричен правому углу

4) поперечно растянут

5) опущен и поперечно растянут

8. Дополнительный метод исследования при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава:

1) УЗИ

2) Ангиография

3) Электромиография

4) Аксиография

5) Томограмма ВНЧС

9. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстных суставов является:

1) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой

2) ограничение функции в сочетании с противовоспалительной

терапией и физиотерапией

3) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением

4) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией

5) иглорефлексотерапия

10. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого и левого височно-нижнечелюстных суставов больному ребёнку пяти лет показана:

1) остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти

с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу

2) остеотомия ветвей челюсти с одномоментной костной пластикой

3) наложение компрессионно-дистракционных аппаратов

4) редрессация

5) ортодонтическое лечение

**Проверка практических навыков:**

* + - 1. Планирование лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

**Практическое занятие №58**

Тема: Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей лица, полости рта и шеи. Опухоли и опухолеподобные образования костей лица у детей. Злокачественные опухоли мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей. Онкологическая настороженность детского стоматолога. Принципы комплексной реабилитации детей с новообразованиями челюстно-лицевой области.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности опухолей у детей.
2. Классификация опухолей.
3. Клиническая картина, диагностика и лечение сосудистых образований - гемангиома, лимфангиома.
4. Клиническая картина, диагностика и лечение фибромы, папилломы.
5. Клиническая картина, диагностика и лечение одонтогенных опухолей челюстей.
6. Клиническая картина, диагностика злокачественных опухолей мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей.
7. Принципы лечения злокачественных опухолей мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей у детей.
8. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.
9. Онкологическая настороженность детского стоматолога.
10. Принципы комплексной реабилитации детей с новообразованиями челюстно-лицевой области.

**Тестовые задания:**

1. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

1) рентгенологический

2) макроскопия послеоперационного материала

3) цитологический

4) морфологический

5) аксиография

2. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает:

1) остеогенная саркома

2) остеома

3) гемангиома

4) лимфангиома

5) фиброма

3. Высокая степень дифференцировки клеточных элементов характерна для новообразований:

1) доброкачественных

2) злокачественных у детей с патологией крови

3) злокачественных у детей и доброкачественных у взрослых

4) степень злокачественности не зависит от степени

дифференцировки клеточных элементов

5) злокачественных у детей с сопутствующей патологией

мочеполовой системы

4. Особенностью новообразований у детей является их:

1) медленный рост

2) дизонтогенетическое происхождение

3) преимущественно эпителиальное происхождение

4) отсутствие эмитаторов

5) преимущественно экзофитный рост

5. Истинной доброкачественной опухолью является:

1) фиброзная дисплазия

2) экзостоз

3) околокорневая воспалительная киста

4) гигантоклеточная опухоль

5) травматическая костная киста

6. Истинной доброкачественной опухолью является:

1) эозинофильная гранулема

2) остеома

3) херувизм

4) фолликулярная киста

5) аневризмальная киста

7. Истинной доброкачественной опухолью является:

1) глобуломаксиллярная киста

2) синдром Олбрайта

3) оссифицирующая фиброма

4) травматическая костная киста

5) херувизм

8. Истинной доброкачественной опухолью является:

1) эозинофильная гранулема

2) гигантоклеточная гранулема

3) травматическая костная киста

4) фиброзная дисплазия

5) одонтогенная фиброма

9. К одонтогенным опухолям относится:

1) миксома челюсти

2) эозинофильная гранулема

3) амелобластома

4) остеома

5) нейрофиброматоз

10. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:

1) гемангиомы

2) лимфангиомы

3) фибромы

4) липомы

5) остеомы

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с опухолями мягких тканей лица, полости рта и шеи.

Планирование лечения пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей.

**Модуль 5. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта**

**Практическое занятие №59**

Тема: История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов, их последствия. Основные и дополнительные методы стоматологического обследования. Курация больного. Планирование имплантологического лечения у курируемого больного.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. История развития дентальной имплантологии в России и за рубежом.
2. Реакция костной ткани на функциональную нагрузку (увеличение функциональной нагрузки, снижение функциональной нагрузки).
3. Атрофия и остеопороз челюстей.
4. Обследование стоматологического больного при планировании имплантологического лечения.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными?
5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Задача 5.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,8°С. При по­ступлении: температура тела 39,5°С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллате­ральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева. Слизистая этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 34, 35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части зубов 34, 35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 6.** Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°С. При по­ступлении: температура тела 38.0°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в склад­ку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 17, 16.Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

**Задача 7.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подборо­дочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: темпе­ратура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, соби­рается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспоко­ит, отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Задача 8.** Больная, 26 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 22, 23, 24, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры, обращалась в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется изменение конфигурации лица за счет припухлости нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется ее утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфа­тические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта зубы 21, 12, 23, 24 - подвижность II-III степени, коронковая часть зуба 24 частично разрушена, на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области зубов 22, 23, 24 имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым, слизистая оболочка этой области гиперемирована. При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкиии костной ткани, внутри которых видны тени еще не отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклеро­за.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойный отделяемым и ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боли появлялись и раньше, появля­лась припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5°С, к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Конфигурация лица изменена за счет при­пухлости мягких тканей нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые подче­люстные лимфатические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: коронковые части зубов 25, 26, 27 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти слева имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка этой области тела соответственно зубов 25, 26, 27 определяется костной ткани внутри которого определяются тени мелких секвестров. По переходной складке верхней челюсти справа имеется разрастание слизистой оболочки, фартукообразно свисающее на альвеолярный отросток. Больного не беспокоит, отмечает медленное увеличение размера образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 10.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 21, 23, 24, нали­чие свищевых ходов с гнойным отделяемым, субфебрильную температу­ру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появи­лись сильные боли в области верхней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратились в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке верхней челюсти слева и удален разрушенный зуб 22, назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась, свищевые ходы в области зубов 21, 22, 23, 24 появились две недели назад. Состояние удовлетворитель­ное. Температура тела 37,1°С. При пальпации левые подчелюстные лим­фоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: зубы 21, 23, 24 – II-III степень подвижности. Слизистая оболочка этой области слегка гиперемирована, рыхлая, по переходной складке соответственно зубы 21, 22, 23, 24 определяются два свищевых хода с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза? Какое дополнительное обследование необходимо провести?

**Тестовые задания:**

1. С какого года в качестве материала для имплантации стали использовать титан?

1) 1900

2) 1850

3)1951

4) 1990

2. Под руководством, какого ученого был открыт механизм взаимодействия имплантата с окружающими тканями, названный позднее «остеоинтеграцией»?

1) Л.Линков

2) Ф.Формиджини

3) С.Трамонте

4) П.И.Бранемарк

3. В чем заключается концепция «имплантационной изотопии» Г.Муратори?

1) применение нескольких типов имплантатов, различных по форме, в зависимости от анатомических условий;

2) число устанавливаемых имплантатов должно соответствовать количеству отсутствующих зубов;

3) применение одинаковых размеров имплантатов для замещения отсутствующих зубов во всех позициях;

4) применение у одного пациента одинаковых по форме имплантатов для замещения отсутствующих зубов во всех позициях.

4. Что является ключевым фактором патологической перестройки костной ткани при увеличении функциональной нагрузки?

1) нарушение кровообращения и микроциркуляции в этой зоне;

2) хронические заболевания в стадии декомпенсации у пациента;

3) курение и употребление жевательного табака;

4) заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

5. Через какое время отмечаются первые признаки атрофии кости и остеопороза при уменьшении функциональной нагрузки и снижении кровообращения?

1) 5-7 дней

2) 10-14 дней

3) 2-3 недели

4) 6-8 недель

6. Эндогенными факторами ускоренной атрофии челюсти могут служить:  
1) функциональные перегрузки пародонта;

2) использование съемных зубных протезов;

3) нерациональное протезирование;

4) изменения гормонального фона и нарушения обмена веществ.

7. Наиболее частое соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярных отростков для верхней челюсти составляет:

1) 1:1

2) 1:2

3) 1:3

4) 1:4

8. Наиболее частое соотношение компактного и губчатого слоев альвеолярных частей для нижней челюсти составляет:

1) 1:1

2) 1:2

3) 1:3

4) 1:4

9. Какие отделы челюстей обладают наименьшей плотностью кости?

1) боковые отделы верхней челюсти;

2) боковые отделы нижней челюсти;

2) фронтальный отдел нижней челюсти;

3) фронтальный отдел верхней челюсти.

10. Обязательным лабораторным исследованием при проведении биохимического анализа крови при планировании имплантологического лечения является:

1) исследование уровня калия в крови;

2) исследование уровня гамма-гутамилтрансферазы в крови;

3) исследование уровня аспартатаминотрансферазы в крови;

4) исследование уровня глюкозы в крови.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические проявления и уметь провести дифференциальную диагностику невралгий тройничного нерва с невритом, прозопальгическими болями, одонталгией и синдромом патологического прикуса.
2. Уметь планировать консервативное и хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.
3. Уметь оценить последствия поражения лицевого нерва.
4. Занть показания и принципы оперативного лечения поражения лицевого нерва (сшивание нерва, фасциальная, мышечная и кожная пластика).

**Практическое занятие №60**

Тема: Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. Возможности реабилитации пациентов с помощью дентальных имплантатов. Вопросы деонтологии при проведении протезирования на имплантатах. Классификация дентальных имплантатов.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Морфофизиологические основы дентальной имплантации.
2. Вопросы деонтологии при проведении протезирования на имплантатах.
3. Классификация дентальных имплантатов.
4. Реабилитация пациентов с помощью дентальных имплантатов
5. Биохимические и термодинамические свойства имплантационных материалов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 70 лет, в целях протезирования обратился для удаления зубов 11, 22, 23. Местно: на верхней челюсти зубы отсутствуют за исключением зубов 11, 22, 23, подвижность III степени, коронковая часть их сохранена. После консультации ортопеда рекомендовано удалить зубы 11, 22, 23.

1. Какие щипцы могут быть использованы для удаления зубов 11, 22, 23?
2. Последовательность приемов удаления зубов 11, 22, 23?

**Задача 2.** Больная, 56 лет, обратилась с просьбой удалить зуб 15, 14, который ранее лечен. Местно: коронковые части зубов 15, 14 частично разрушены, розового цве­та. При рентгенологическом исследовании у верхушек корней зубов 15, 14 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, в каналах имеется тень пломбировочного материала на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какими щипцами удаляют зубы 15, 14?
3. Какова последовательность удаления зубов 15, 14?

**Задача 3.** Больная, 60 лет, поступила с просьбой в целях протезирования уда­лить зубы 16, 27. Местно: вторичная частичная адентия. Зубы 16, 27 на 1/2 длины кор­ней, зубы ранее леченые, подвижность II-III степени, отмечается атрофия костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления зубов 16, 27?
3. Особенности вывихивающих движений при удалении моляров на верхней челюсти.

**Задача 4.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на постоянную травму щеки слева коронковой частью зуба 28. Местно: зуб 28 расположен жевательной поверх­ностью в щечную сторону. На слизистой оболочке щечной области слева, соответственно проекции коронковой части зуб 28, определяется декубитальная язва, размером 0,5x0,5 см, резко болезненная, покрытая фибринозным напетом, слизистая оболочка по периферии язвы незначительно отечна и гиперемирована.

1. Какие щипцы используют для удаления зуба 28?
2. Какой инструмент может быть использован для удаления зуба 28?
3. Особенности удаления зубов 18, 28.

**Задача 5.** Больная, 55 лет, поступила с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, не­возможность приема пищи. Местно: определяется у зубов 42, 41, 31, 32 подвижность II-III степени. При рентгенологическом исследовании отмечается атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления нижних резцов?
3. Особенности удаления зубов 42, 41, 31, 32.

**Задача 6.** Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на боли в области зуба 33, усили­вающиеся при накусывании. Ранее зуб лечен, периодически беспокоит, подвижен. Местно: зуб 33 подвижность II степени, перкуссия слабо болезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировоч­ного материала в канале зуба 33 на 2/3 длины корня, у верхушки корня имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются для удаления зуба 33?
3. Положение врача и больного при удалении зуба 33.
4. Особенности удаления зуба 33.

**Задача 7.** Больная, 68 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность зуба 44. Местно: зуб 44 подвижность III степени. Коронковая часть зуба 44 сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Подберите инструмент для удаления зуба 44.
3. Положение врача и пациента при удалении зуба 44.

**Задача 8.** Больного, 28 лет, беспокоят боли при накусывании на зуб 46. Лечен в детстве. Местно: зуб 46 под пломбой, розового цвета. При рентгенологи­ческом исследовании определяется разрежение костной ткани в области бифуркации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 46?
3. Особенности положения врача при удалении правых моляров, очередность вывихивающих движений?

**Задача 9.** Больную, 26 лет, беспокоят постоянные боли в области зуба 38.Зуб ранее лечен. Местно: зуб 38частично разрушен, изменен в цвете, перкуссия болез­ненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 38?
3. Особенности удаления зуба 38.

**Задача 10**. Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронковой части зуба 27. Зуб ранее лечен. Местно: у зуба 27 коронковая часть разрушена, кор­ни не разъединены, слизистая оболочка без видимой патологии.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления корней верхних моляров?
2. Какие дополнительные мероприятия необходимо предпринять для удаления корней при невозможности их удаления щипцами?

**Задала 11.** Больной, 48 лет, в поликлинике по месту жительства при удалении произошел отлом коронковой части зуба 22, корень 1зуба 22 удалить не удалось. Местно: лунка зуба 22 зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. При рентгенологическом исследовании в области лунки зуба 22 определяется тень остаточного корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите последовательность вмешательства.
3. В чем заключается метод удаления остаточного корня зуба 22?

**Задача 12.** У больной, 42 лет, во время удаления зуба 36произошел отлом коронко­вой части зуба. Местно: слизистая оболочка в области зуба 36без особенно­стей. Корни зуба 36не разъединены.

1. Какие инструменты необходимы, чтобы закончить удаление?
2. Какими вспомогательными методами можно воспользоваться в данной ситуации?

**Тестовые задания:**

1. Какова потеря костной ткани в первый год функционирования, при нормальной остеоинтеграции?

1) 0,1-0,5 мм

2) 0,5-1,5 мм

3) 2-3 мм

4) 3-4 мм

2. Какова доля коллагена первого типа от общего количества органического матрикса костной ткани?

1) 30%

2) 50%

3) 70%

4) 90%

3. Пациент предъявляет жалобы на отсутствие двух жевательных зубов на нижней челюсти справа, какой вид конструкции необходимо предложить пациенту?

1) съемный пластиночный протез;

2) консольный или мостовидный протез;

3) протезирование с опорой на имплантаты;

4) все вышеперечисленные.

4. Какой биомеханический тест применяется для оценки конструктивных особенностей внутрикостной части имплантата?

1) тест на максимальную нагрузку имплантата;

2) тест на сдвиг имплантата в кости;

3) тест на теплопроводность имплантата;

4) тест на устойчивость к коррозии.

5. Имплантаты по характеру поверхности внутрикостной части могут быть:

1) текстурированные;

2) пористые;

3) керамические;

4) компактные.

6. Имплантаты по методу расположения в тканях могут быть:

1) пластинчатые;

2) винтовые;

3) субпериостальные;

4) самонарезные.

7. Пациенту в день обращения в стоматологическую поликлинику был удален зуб 2.1, и установлена внутрикостная часть имплантата, рана ушита. Какая методика Д/И была проведена?

1) отсроченная одноэтапная;

2) отсроченная двухэтапная;

3) непосредственная одноэтапная;

4) непосредственная двухэтапная.

8. Для образования костной ткани на поверхности имплантата необходимо:

1) способность к связыванию специфических белков, обеспечивающих адгезию остеобластов и формирование остеоида на поверхности биосовместимого материала;

2) способность диффузии ионов водорода к поверхности твердого вещества;

3) способность диффузии ионов калия к поверхности твердого вещества;

4) способность десорбции ионов водорода, и их высвобождения с поверхности твердого вещества.

9. Материал имплантата и продукты, образующиеся от взаимодействия с биологической средой, должны:

1) оказывать патологическое влияние на окружающие ткани;

2) вызывать токсическое, канцерогенное или аллергическое воздействие на ткани и организм в целом;

3) обеспечивать физическую или химическую связь с матриксом кости;

4) подвергаться коррозии и другим структурным изменениям в жидких средах организма.

10. При какой поверхности имплантата будет самая высокая выдерживаемая нагрузка?

1) гладкий;

2) с титановым напылением;

3) с титано-плазменным напылением;

4) винтовой с шероховатостью.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать морфофизиологические основы дентальной имплантации.
2. Знать классификацию дентальных имплантатов.
3. Уметь проводить реабилитацию пациентов с помощью дентальных имплантатов
4. Знать биохимические и термодинамические свойства имплантационных материалов.

**Практическое занятие №61**

Тема: Феномен остеоинтеграции, факторы, влияющие на оптимизацию этого процесса.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия остеоинтеграции.
2. Факторы влияющие на остеоинтеграцию.
3. Оптимизация остеоинтеграции.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 3.** Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 4.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боль и отек в области левой половины лица. Из анамнеза выяснено, что травму получил сутки назад в драке. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний: простудные болезни: два года назад получил перелом правого предплечья и правой голени в результате автоаварии. Год назад был перелом нижней челюсти слева в области подбородка. В настоящее время по общему статусу счита­ет себя здоровым. При местном осмотре определяется отек мягких тканей скуловой области слева с тенденцией к распространению на левую щеч­ную область, пальпаторно определяется некоторое западение мягких тка­ней и нарушение кривизны в области скуловой дуги слева. Рот открывает­ся на 2,0 см. В полости рта зуб 24 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе. Подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю слева в проекции зубов 33, 34, 35.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 5.**Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 7.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 8.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 9.**  Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские и простудные болезни, хронический бронхит, воспаление легких в 20-летнем возрасте, около года назад был nepелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяются ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выражен­ный отек средней зоны лица с кровоизлиянием в области век и коньюктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парастезия мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом «ступеньки» в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации отмечается подвиж­ность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвиж­ности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется зна­чительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для подтверждения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 10.** Больная, 20 лет, доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на сильную головную боль, припухлость и ссадины на лице. Во время получения травмы сознание не теряла. Из пе­ренесенных заболеваний указывает на частые простудные болезни. При осмотре определяется отек мягких тканей в области носа и подглазничных областей: при пальпации в данных областях имеется болезненность, больше в проекции подглазничного отверстия слева. Прикус нарушен, по типу открытого.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 11.** В клинику был доставлен больной, 24 лет, с жалобами на сильную головную боль, хруст в ушах при движении головой. Из анамнеза выясне­но, что травму получил на производстве, во время удара тяжелым предме­том в среднюю часть лица. Сознание терял на непродолжительное время. При осмотре определяется отек среднего отдела лица а также удлинение и уплощение лица, кровоизлияние в область нижних и верхних век обоих глаз – «симптом очков», и в коньюктиву глаз, имеется деформация спинки и перегородки носа, прикус открытый, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), имеется боль при глотании, поверхностная пальпа­ция без особенностей. При внутриротовом исследовании подвижность фрагментов определить не удается. Имеются кровянистые выделения из носа.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 12.** В клинику поступил больной, 30 лет, с жалобами на сильную голов­ную боль, хруст в ушах во время движения головой. Травму получил 2 часа назад на работе (при смене положения детали на движущемся станке) деталь выскочила и задела среднюю часть лица. Сознание терял, имеется тошнота и неоднократная рвота. Из перенесенных заболеваний указывает на детские и простудные, а также на то, что около года назад был перелом нижней челюсти в области подбородка и угла слева. При осмотре опреде­ляется западение средней зоны лица, деформация спинки носа с перело­мом костей и деформацией перегородки, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), симптом «очков» боль при глотании, поверхностная пальпация без особенностей. Внутриротовая пальпация подвижности фрагментов верхней челюсти не выявляет, имеются кровянистые выделе­ния из носа. В полости рта открытый прикус, зуб 38 отсутствует; подвижности на месте бывшего перелома в области зубов 33, 34 и 38 нет, но имеется заметное утолщение костной ткани по нижнечелюстному краю слева в области зубов 33, 34.

1. Проведите обоснование диагноза, укажите недостающие для постановки диагноза сведения. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 13.** В клинику поступила пациентка, 29 лет, после автоаварии. При рез­ком торможении автомобиля она ударилась лицом об переднюю панель. Отмечалась потеря сознания тошнота и неоднократная рвота. Из перене­сенных заболеваний указывает на болезнь Боткина в 20-летнем возрасте, гинекологические заболевания и перелом нижней челюсти 8-месячной давности. При осмотре определяется отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями под нижними и верхними веками. Прикус нарушен, верхняя челюсть неестественно выдвинута вперёд. Пальпация тканей средней зоны лица умеренно болезненна, а по нижнечелюстному краю справа выявляется уплотнение костной ткани в области зубов 47,48, подвижности соответственно локализации бывшего перелома нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествовавший перелом нижней челюсти?

**Задача 14.** У больного после травмы челюстно-лицевой области развился значи­тельный отек лица, появилось кровоизлияние в нижние веки и коньюктиву глаз с обеих сторон, парестезия кожи подглазничных областей, кровотече­ние из носа. При пальпации определяются острые костные выступы по нижнему краю глазницы с обеих сторон и у переносицы. В полости рта контактируют моляры, имеется кровоизлияние в переходную складку у первых верхних моляров.

1. Проведите обоснование диагноза, укажите данные, недостающие для диагностики.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 15.** После автомобильной катастрофы в клинику доставлен больной с отеком лица. Слева определяется расходящееся косоглазие. Из носа выде­ляется розоватое с мелкими кровянистыми сгустками отделяемое. При смачивании марли отделяемым этой жидкости вокруг красного пятна образуется слегка желтый ареол. У больного имеется парестезия нижнего века, крыла носа, и верхней губы справа. Пальпаторно определяются ост­рые костные выступы на нижнем крае глазницы справа и на лобном от­ростке верхней челюсти слева. Прикус нарушен. В полости рта имеется гематома по переходной складке в области зубов 17, 16 и гематома соответственно передней небной дужке слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 16.** В отделение был доставлен больной с травмой челюстно-лицевой области (транспортная травма). Больной в сознании. Из анамнеза выясне­но, что в момент столкновения он ударился о спинку сиденья автомобиля. В момент удара сознание не терял, рвоты не было, тошноты также не отмечалось. Было кровотечение изо рта в течение 30 минут с момента травмы. При осмотре определяется отек верхней губы, на коже которой имеются мелкие ссадины. На красной кайме губ множество кровянистых корок. В полости рта смыкание зубов нарушено в центральном отделе. Определяется откол коронковой части зуба 21 на уровне шейки зуба, пульпа 21 зуба обнажена, резко болезненна при зондировании.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 17.** В клинику обратился больной с жалобами на отек верхней губы, боли в этой области, подвижность зубов 21, 22, периодическое выделение крови со слюной, сильные боли при смыкании зубов в переднем отделе. Из анамнеза выяснено, что около 16 часов назад подучил удар тупым предметом в область губ. В момент удара кратковременно терял сознание. Рвоты и тошноты не было. За помощью не обращался. При осмотре верхняя губа отечна, на слизистой верхней губы с вестибулярной стороны имеется множество мелких ушибов. Смыкание зубов нарушено в связи с отклоне­нием зуба 21 в небную сторону. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зубов 21, 22 резко болезненна. Указанные зубы подвижны. На альвеолярном от­ростке верхней челюсти вдоль проекции этой области определяются раз­рывы слизистой оболочки. На рентгенограмме неравномерное резкое расширение периодонтальной щели у 21, 22 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 18.** В клинику доставлен пострадавший с травмой челюстно-лицевом области. На верхней губе повязка умеренно пропитана кровью. Изо рта выделяется кровь с примесью слюны. Больной жалуется на боли в переднем отделе верхней челюсти, невозможность смыкания зубов, подвижность верхних центральных зубов. При местном осмотре определяется рваная рана верхней губы, края раны зияют. Полость рта заполнена мно­жеством кровяных сгустков, зубы 11, 21 резко подвижны. Определяется отлом альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 12, 11, 21 с разрывом сли­зистой оболочки этой области. На рентгенограмме определяется резкое расширение периодонтальной щели у 11, 21 зубов, а также наличие тени, соответ­ствующей, линии перелома, альвеолярного отростка верхней челюсти во фронтальном отделе.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. Риском для процесса остеоинтеграции имплантата является:

1) тесный контакт с костной тканью;

2) отсутствие рентгенологических признаков разрежения костной ткани;

3) признаки воспаления в соседних тканях;

4) неподвижность имплантата.

2. Какой металл не подвергается коррозии, и не сопровождается воспалительными реакциями с образованием фиброзной капсулы?

1) алюминий;

2) никель;

3) хром;

4) титан.

3. В каком количестве ежегодно происходит обновление костной ткани?

1) 2-10%

2) 12-18%

3) 20-28%

4) 30-40%

4. При каком размере дефекта заживление проходит первичным остеогенезом, без образования грубоволокнистой костной ткани?

1) 0,1-0,5 мм

2) 0,5 -1 мм

3) 1-3 мм

4) 4-5 мм

5. Неблагоприятный фактор, влияющий на интеграцию имплантата:

1) наличие окисной пленки на поверхности имплантата;

2) отсутствие примесей в материалах, используемых для имплантации;

3) контаминация имплантата;

4) толстая и плотная кость.

6. Граница безопасного температурного режима при имплантации, составляет:

1) 47°

2) 49°

3) 51°

4) 53°

7. Оптимальный срок остеоинтеграции на верхней челюсти:

1) 2-3 месяца

2) 3-4 месяца

3) 4-5 месяцев

4) 5-6 месяцев

8. Оптимальный срок остеоинтеграции на нижней челюсти:

1) 2-3 месяца

2) 3-4 месяца

3) 4-5 месяцев

4) 6-7 месяцев

9. Фиброостеоинтеграция характеризуется:

1) непосредственным контактом костной ткани с поверхностью имплантата;

2) образованием волокнистой соединительной ткани на поверхности имплантата;

3) образованием грануляционной ткани на поверхности имплантата;

4) образованием прослойки соединительной ткани, состоящей преимущественно из волокон коллагена и грубоволокнистой костной ткани.

10. Первичная адаптация примыкающей костной ткани к имплантату после включения его в функцию длится:

1) 1-2 месяца;

2) 3-4 месяца;

3) 6-12 месяцев;

4) от 3-х до 6 лет.

**Проверка практических навыков:**

1. Иметь представление об остеоинтеграции.
2. Уметь оценить факторы, влияющие на остеоинтеграцию.
3. Уметь наметить мероприятия по оптимизации остеоинтеграции имплантатов в кости.
4. Уметь проанализировать остеоинтеграцию на контрольных ортопантомограммах в различные сроки после хирургического этапа протезирования на дентальных имплантатах.

**Практическое занятие №62**

Тема: Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов. Базовые конструкции дентальных имплантатов.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Материально-техническое обеспечение стоматологических и медицинских организаций при оказании стоматологической помощи с импользованием дентальных имплантатов.
2. Показания к имплантации.
3. Абсолютные, относительные противопоказания и факторы риска.
4. Базовые конструкции неразборных имплантатов.
5. Базовые конструкции разборных имплантатов.
6. Стандартные размеры современных неразборных и разборных имплантатов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

**Задача № 2.** Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? 4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

**Задача 3.** Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней череп­ной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом ниж­ней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицы и костей таза. Мно­жественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Брига­дой «скорой помощи» проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.

1. Какова преемственность оказания специализированной врачебной помощи?
2. Обоснуйте сроки оказания специализированной стоматологической помощи.

**Задача 4.** В клинику доставлен пациент, 32 лет, с травмой челюстно-лицевой области и нижних конечностей, после падения с 3-го этажа жилого дома. Была потеря сознания. Из перенесенных заболеваний указывает на воспа­ление легких, операцию на желудке и на перелом нижней челюсти справа около года назад. В настоящее время по общему статусу считает себя здо­ровым. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей в области средней зоны лица, пальпация которой резко болезненна, имеются кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон, прикус нарушен, пол­ного смыкания зубов в переднем отделе нет. В области угла нижней че­люсти справа пальпируется утолщение кости. Имеются переломы обеих голеней на разных уровнях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для диагностики?

**Задача 5.** Больной обратился на вторые сутки после травмы челюстно-лицевой области. После нескольких ударов в область лица потерял сознание, на­блюдается тошнота, рвота. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей средней зоны лица, гематомы подглазничных областей, кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон. В полости рта опреде­ляется нарушение прикуса, отсутствуют 16, 26 зубы, вывихнуты 11, 21 зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Тестовые задания:**

1. У пациента 43-х лет, имеется сахарный диабет первого типа в стадии декомпенсации, уровень глюкозы натощак: 17,2 ммоль/л. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

2. У пациентки 62-х лет, системный остеопороз. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3. У пациента 54-х лет, аденокарцинома левой околоушной слюнной железы. Состоит на учете у онколога, получает комбинированное лечение. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4. Пациентка, 27 лет, хронические заболевания отрицает, состоит на учете у гинеколога, беременность 16-я неделя. Явилась с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

5. Пациент, 32 года, хронические заболевания отрицает. В полости рта: неудовлетворительная гигиена полости рта, наддесневые и поддесневые зубные отложения. От консультации пародонтолога отказывается. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

6. У пациента 29 лет, хронический тонзиллит. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет;

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации;

7. Одним из обязательных элементов конструкции внутрикостной части имплантата, представляющих собой анкера, площадки, отверстия, является:

1) антикоррозийная защита;

2) ротационная защита;

3) термическая защита;

4) защита от контаминации.

8. Стандартная высота одноэтапных винтовых имплантатов составляет:

1) 5-14 мм

2) 7-16 мм

3) 9-18 мм

4) 10-15 мм

9. К низкой степени косметических факторов риска при проведении дентальной имплантации относится:

1) тонкая десна;

2) «десневая» улыбка;

3) зона прикрепленной кератинизированной десны более 5 мм;

4) выраженные десневые сосочки соседних зубов.

10. Укажите оптимальное соотношение коронки и внутрикостной части имплантата:

1) 1:1

2) 1:1,5

3) 1:2

4) 1:3

11. Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как  
называется эта имплантация?

1) эндодонто-эндооссальная;

2) эндооссальная;

3) субпериостальная;

4) эндооссально-субпериостальная.

12. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

1) эндодонто-эндооссальная;  
2) эндооссальная;

3) субпериостальная;

4) эндооссально-субпериостальная.

13. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена дан­ному больному?

1) эндодонто-эндооссальная;

2) эндооссальная;

3) субпериостальная;

4) эндооссально-субпериостальная.

14. Больному предлагается проведение импланта­ции с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?

1) эндодонто-эндооссальная;  
2) эндооссальная;

3) субпериостальная;

4) эндооссально-субпериостальная.

15. Врач, изготавливая эндодонто-эдооссальны имплантат должен знать, что размеры имплантат расположенного в кости, т.е. суммарная длина внутрикорневой и внутрикостной его частей, должны быть:

1) меньше, чем внекостная часть зуба;

2) равны с внекостной частью зуба;

3) больше, чем внекостная часть зуба.

16. Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь следующую форму:

1) штифта;

2) пластинки;

3) седловидную форму.

17. Металлические пластиночные эндооссальные имплантаты чаще используются для:

1) одностадийной имплантации;

2) двухстадийной имплантации;

3) как для одно-, так и для двухстадийной имплантации.

18. Цилиндрические металлические эндооссальные имплантаты могут использоваться только для:

1) одностадийной имплантации;

2) двухстадийной имплантации;

3) как для одно-, так и для двухстадийной имплантации.

19. Во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантации?

1) в один этап;  
2) в два этапа;

3) как в один, так и в два этапа.

20. При обследовании больного, установлено, что он болен сифилисом. Больной настаивает на проведении дентальной имплантации в настоящее  
время. Укажите, какое должно быть мнение врача о времени проведения дентальной имплантации?

1) противопоказаний для операции нет;

2) имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

21. Больной болен тяжелой формой сахарного диабета, но настаивает на проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача на  
пожелания больного?

1) противопоказаний для операции нет;

2) имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

22. У больной имеется системный остеопороз. Она обратилась к врачу с настойчивым требованием о проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

1) противопоказаний для операции нет;

2) имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные общие противопоказаниядля проведения операции.

23. Больная, находящаяся на третьем месяце бере­менности, обратилась к врачу с просьбой прове­дения дентальной имплантации. Какое должно быть  
высказано правильное мнение врача по этомуповоду?

1) противопоказаний для операции нет;

2) имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать требования к материально-техническому обеспечению стоматологических медицинский организаций при оказании стоматологической помощи с импользованием дентальных имплантатов.
2. Уметь сформулировать показания к дентальной имплантации.
3. Знать абсолютные, относительные местыне и общие противопоказания к имплантации.
4. Уметь оценить основные типы архитиктоники челюстных костей.

**Практическое занятие №63**

Тема: Хирургический этап лечения при проведении дентальной имплантации.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Методики рентгенологического исследования при дентальной имплантации.
2. Предоперационная подготовка. Обезболивание, премедикация.
3. Оборудование, инструменты и расходные материалы.
4. Виды дентальной имплантации: одноэтапная, двухэтапная, отсроченная, непосредственная.
5. Конструкционные свойства имплантатов. Внутрикостная часть, внекостная часть. Поверхность имплантата. Стерилизация. Соединение элементов имплантата

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1.** Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВи, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1,2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

**Задача № 2.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

**Задача 3.** В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет. Жалобы: на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложненного кариеса 1.7; 1.5; 2.4; 2.6; и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съемным пластиночным протезом на нижней челюсти. На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7 -1.5; 2.4 -2.6; соответствуют клиническим требованиям. 1.8; 2.8 отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.

2. Варианты ортопедического лечения.

3. Способы улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.

4. Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.

5. Показания и противопоказания.

**Задача 4.** В клинику ортопедической стоматологии больная 59 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верней челюсти, боль, в области зуба 4.7. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съѐмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.7 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съѐмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки. На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2х2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичного кариеса не определяется, краевое прилегание пломбы хорошее. Кариозная полость на зубе 4.5, заполнена размягченным дентином.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения

5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

**Задача 5.** Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5х0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 1.1 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?

2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?

3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

5. Оцените объѐм операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

**Задача 6.** Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся кпереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантомограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания.

3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания.

4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов.

5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

**Задача 7**. На прием к врачу стоматологу пришел пациент 50 лет с жалобами на значительную подвижность зубов верхней и нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что пациенту в 35 лет был поставлен диагноз диабет II типа. Объективно: на всех группах зубов верхней и нижней челюсти обильное количество мягкого зубного налета, подвижность всех зубов II степени, из Re-граммы – в области зубов 11, 12, 13, 23, 22, 21, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 – равномерная убыль костной ткани на 1/3 корня зуба. В области зубов 35, 36, 37, 47 – пародонтальные карманы. Зубы 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 44, 45, 46, 47 – отсутствуют (ранее удалены по поводу осложнений кариеса).

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите возможную причину возникновения подвижности зубов.

3. Назовите причину возникновения пародонтальных карманов и методы их диагностики.

4. Разработайте и опишите комплексный план реабилитации пациента с целью третичной профилактики стоматологических заболеваний.

5. Опишите возможные осложнения при данной клинической ситуации.

**Тестовые задания:**

1. Укажите значимое требование, предъявляемое к имплантационным материалам:

1) коррозийная стойкость;

2) высокий коэффицент теплопроводности;

3) токсичность;

4) распространенность в природе.

2.При выраженном психоэмоциональном возбуждении, связанным с чувством страха, тревоги и боязни боли, перед стоматологическим вмешательством применяются:

1) адреноблокаторы;

2) вазодилататоры;

3) нейротропы;

4) транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

3. Какой бор используется для создания глубины и направления положения имплантата?

1) шаровидный;

2) маркерный;

3) пилотный;

4) фиссурный.

4. Какой инструмент используется для нарезания резьбы для имплантата?

1) фреза Линдеманна;

2) нарезной метчик;

3) конический зенкер;

4) короткое трехгранное сверло.

5. Какой инструмент служит для расширения кортикального слоя кости?

1) конический зенкер;

2) фреза Линдеманна;

3) пилотный бор;

4) короткое трехгранное сверло.

6. Для окончательного сверления под имплантаты малого диаметра и предварительного сверления под имплантаты большего диаметра используется:

1) нарезной метчик;

2) конический зенкер;

3) фреза Линдеманна;

4) короткое трехгранное сверло.

7. При проведении остеотомии формирующими фрезами не рекомендуется увеличивать новый диаметр бора более чем на:

1) 0,1 мм;

2) 0,3 мм;

3) 0,5 мм;

4) 1 мм.

8. Дентальные имплантаты, разработанные российскими учеными, представлены фирмой:

1) Alpha Bio

2) Straumann

3) Astra Tech

4) NDI Medical

9. Основные технологические способы изготовления имплантатов не включают в себя:

1) литье;

2) фрезерование;

3) прокатка;

4) штамповка.

10. Недостатком методики фрезерования при изготовлении имплантатов является:

1) механическое напряжение;

2) изменение параметров упругости основной части материала;

3) низкая частота обработки поверхности имплантата;

4) невозможность контроля структуры материала.

11. У больного имеется злокачественная опухоль околоушной железы, но он настаивает на прове­дении ему дентальной имплантации. Какое должно  
быть мнение врача по этому поводу?

1) противопоказаний к операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

12.У больного при обследовании установлен диагноз гальваноза, но он высказывает свою настойчивую просьбу о проведении ему дентальной  
имплантации металлическим имплантатом. Какое должно быть мнение врача на проведение этой операции у больного?

1) противопоказании к операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

13. В результате обследования у больной выявлено идиопатическое заболевание с прогрессирующим поражением тканей пародонта, но она настаивает на проведение у нее дентальной имплантации.Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

1) противопоказаний к операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

14. К врачу обратился больной с просьбой прове­дения ему дентальной имплантации. При осмотре и беседе установлено, что у пациента низкая  
гигиеническая культура и выражено нежелание к поддержанию гигиены полости рта. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения этой опе­рации?

1) противопоказаний к операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;

3) имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

15. К врачу обратился больной с просьбой проведе­ния ему дентальной имплантации. При обследо­вании выяснено, что у больного в зоне предпола­гаемой имплантации имеется одонтогенная киста. Больному предложено и он согласился, чтобы ему провели цистэктомию с заполнением костного  
дефекта остеотропным препаратом. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения больному зубной имплантации в настоящий момент?

1) противопоказаний для проведения операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;

3) имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

16. К врачу обратился больной с просьбой прове­дения ему дентальной имплантации. При обсле­довании установлено, что у него имеется хрони­ческий гипертрофический тонзиллит. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в данное время?

1) противопоказаний для проведения операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;

3) имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

17. К врачу обратился больной с просьбой проведе­ния ему дентальной имплантации. При обследо­вании у него выявлено неудовлетворительное  
состояние гигиены полости рта. Больной высказалжелание и пообещал устранить этот недостаток. Какое должно быть мнение врача по поводу прове­дения операции в настоящее время?

1) противопоказаний для проведения операции нет;

2) имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;

3) имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

**Проверка практических навыков:**

1. Знать санитарно-гигиенические требования к организации стоматологической поомщи с использованием дентальный имплантатов.
2. Знать закономерности и уметь интерпретировать изображения на ортопантомаграммах, цифровых внутриротовых рентгенограммах, внеротовых рентгенограммах челюстей и томограммах.
3. Уметь подготовить пациента к проведению имплантации.
4. Уметь подобрать соответствующий по размеру имплантат в используемой имплантационной системе.
5. Иметь представление о немедленной и отсроченной дентальной имплантации.

**Практическое занятие №64**

Тема: Хирургический протокол лечения с использованием дентальных имплантатов.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Подготовка к лечению с использованием иплантатов.
2. Выбор типа, размера дентальных имплантатов и их расположение.
3. Хирургический протокол выполнения операций. Этапы и техника операций и установка имплантатов.
4. Немеделнная и остроченная нагрузка на дентальные имплантаты.
5. Особенности при лечении с помощью пластиночных имплантатов.
6. Назначение и виды хирургических шаблонов.
7. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.
8. Сроки лечения при дентальной имплантации.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5х0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 1.1 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?

2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?

3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

5. Оцените объѐм операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

**Задача 2.** Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся кпереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантомограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания.

3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания.

4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов.

5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

**Задача 3.** В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 62 года. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4 зубов разрушилась, коронка 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад. Коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена (ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробной препаровке по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1 -1,5 мм по отношению к десневому краю. Подвижности корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 отмечается 2-3 степени. Корневой канал корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен. Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины корня зуба. Зубы 13 - 2.3, 4.2, 4.1, 3.3 имеют множественные композитные реставрации с поддесневыми кариозными полостями при зондировании. Зубы 1.3 – 2.3 имеют подвижность 1 степени.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Составьте план ортопедического лечения.

3. Сформулируйте план парадонтологического лечения.

4. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

5. Составьте план терапевтического лечения

**Задача 4.** В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С., 77 лет. Жалобы: на затруднѐнное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют. Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность зубов 1.3,1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – I степени. Слизистая оболочка щек, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и неба бледно-розовая, умеренно увлажнена. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на 1/4 в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всѐм протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всѐм протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, 4. 2, 4.4 – следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения.

5. Назовите метод определения высоты нижнего отдела лица, в чем заключается сущность данного метода

**Задача № 5.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

**Задача № 6.** Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? 4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

**Задача 7.** В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 51год. Жалобы: затрудненное пережевывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съемный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съемный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены. Слизистая оболочка десен, неба, щек и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7,1.4,1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3,2.4,2.7. На зубах 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объеме наблюдаются твердые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На зубах 3.4, 4.4 имеются композитные пломбы. Остаточный корень зуба 4.8. На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на ¼ длины корней. Каналы зубов 3.4, 4.4, запломбированы на половину длины корневого канала.

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.

5. Какие манипуляции необходимы в качестве подготовительного этапа к протезированию (план терапевтического и хирургического лечения).

**Тестовые задания:**

1. Основополагающим принципом хирургического этапа дентальной имплантации является:

1) атравматичная техника;

2) точное планирование;

3) полный сбор анамнеза;

4) доступность.

2. Внутрикостный элемент дентального имплантата устанавливается в глубь ложа ниже альвеолярного гребня на:

1) 0,1-0,5 мм

2) 0,5-1 мм

3) 1-1,5 мм

4) 1,5-2 мм

3. Каким инструментом пропиливают компактный слой кости, на длину, соответствующую размерам пластиночного имплантата?

1) пилотным бором;

2) дисковой пилой;

3) фрезой;

4) шаровидным бором.

4. Какой инструмент используется для определения направления, параллельности и глубины ложа имплантата?

1) ключ-трещотка;

2) метчик;

3) глубиномер;

4) штихель.

5. При каких условиях методом выбора является использование пластиночных имплантатов?

1) при широком гребне;

2) при достаточной высоте кости;

3) при достаточной толщине кости;

4) при узком гребне.

6. Преимуществом пластиночных имплантатов, по сравнению с винтовыми и цилиндрическими является:

1) лучшие отдаленные результаты;

2) атравматичность;

3) дешевизна;

4) биосовместимость.

7. Назначение хирургического шаблона при проведении дентальной имплантации:

1) максимально точно спланированное расположение имплантата;

2) уменьшение времени препарирования костного ложа;

3) возможность препарирования без водяного охлаждения;

4) возможность препарирования костного ложа на максимальных оборотах.

8. Как называется вид хирургического шаблона, производимого специально под хирургическое сверло диаметром до 2 мм?

1) под пилотное сверло;

2) под ключ;

3) под полный протокол;

4) под все сверла.

9. Как называется методика, при которой оперативный доступ осуществляется через иссеченный участок слизистой?

1) открытая;

2) «бескровная»;

3) лоскутная;

4) слизисто-надкостничная.

10. При обширных вмешательствах, для профилактики кровотечений в пред-и послеоперационный период, рекомендовано применение:

1) прямых антикоагулянтов;

2) непрямых антикоагулянтов;

3) ангиостабилизаторов и гемостатиков;

4) антиагрегантов.

11. Во фронтальном отделе челюсти используются ли пластиночные имплантаты?

1) да;  
2) нет.

12. На какую глубину должна погружаться верхняя часть горизонтальной внутрикостной пластинки металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка че­люсти?

1) находится должен на одном уровне с краем гребня;

2) не более чем на 1 мм;

3) не менее чем на 2—3 мм.

13. Какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?

1) промежутка может и не быть;

2) не более 1 мм;  
3) не менее 3 мм.

14. В каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?

1) в любом случае;

2) при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;

3) если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

15. В каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окру­жающей костью?

1) в любом случае;

2) при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;

3) если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

16. Если при образовании костного ложа между ее стенкой и имплантатом имеется щель, то чем ее следует заполнить?

1) йодоформным тампоном;

2) антибиотиком;

3) остеотропными материалами (кергап или др.);

4) ничем заполнять не следует.

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь выбрать тип, размер дентальных имплантатов и наметить их расположение.
2. Иметь представление об этапах и технике выполнения операции установки имплантатов.
3. Иметь представление о немеделнной и остроченной нагрузке на дентальные имплантаты.
4. Знать особенности лечения с помощью пластиночных имплантатов.
5. Иметь прдеставлние о назначении и видах хирургических шаблонов.
6. Уметь проводить медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

**Практическое занятие №65**

Тема: Дополнительные вмешательства при дентальной имплантации.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Дополнительные хирургические вмешательства. Подготовка слизистой оболочки.
2. Направленная костная регенерация. Виды мембран. Аугментация
3. Виды костной пластики. Аутокостная пластика
4. Виды остеопластических материалов для оптимизации остеоинтеграции
5. Операции при недостаточном объеме кости на верхней челюсти.
6. Операции при недостаточном объеме кости на нижней челюсти. Бонспридиниг. Транспозиции и латерализация нижнелуночкового нерва нерва

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1.** Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВи, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1,2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

**Задача № 2.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

**Задача № 3.** Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6, был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? 4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

**Тестовые задания:**

1. Перенос места прикрепления мимических мышц за пределы альвеолярного отростка представляет собой операцию:

1) френолотомия;

2) френулоэктомия;

3) вестибулопластика;

4) пластика тяжей.

2. Как называется вид костной пластики, при которой кость берется у самого пациента?

1) аутогенная;

2) аллогенная;

3) ксеногенная;

4) аллопластическая.

3. Неприменяемым участком аутокости скелета для пластики челюстей является:

1) рёбра;

2) гребень подвздошной кости;

3) большеберцовая кость;

4) трапециевидная.

4. При проведении закрытого синус-лифтинга, высота альвеолярного отростка до дна верхнечелюстной пазухи должна быть не менее:

1) 5-6 мм;

2) 7-8 мм;

3) 8-9 мм;

4) 9-10 мм.

5. К операции при недостаточном объеме костной ткани на верхней челюсти относят:

1) резекция части альвеолярного отростка верхней челюсти;

2) открытый синус-лифтинг;

3) транспозиция нижнелуночкового нерва;

4) альвеолэктомия.

6. Требование, предъявляемое к мембранам:

1) способность образовывать фиброзную ткань;

2) способствовать прорастанию эпителия;

3) биосовместимость;

4) образовывать неплотный контакт.

7. К нерезорбируемым мембранам относится:

1) e-PTFE

2) Bio-Gade

3) Resolut

4) Polyglactin-910

8. Материалы, способные вызывать остеогенез и цементогенез, называются:

1) инертные;

2) остеонейтральные;

3) остеоиндуктивные;

4) остеокондуктивные.

9. Адаптации костных блоков способствует:

1) непрочная фиксация;

2) компактоостеотомия;

3) инконгруэнтные поверхности;

4) наличие щелевидных пространств.

10. Цель транспозиции нижнечелюстного нерва:

1) возможность проведения дентальной имплантации без костной пластики;

2) возможность установки имплантатов на всю высоту тела нижней челюсти;

3) возможность использования «шортов»;

4) возможность применения пластиночных имплантатов.

**Проверка практических навыков:**

1. Иметь представление об остеопластических материалов для восстановления дефектов костной ткани челюсти.
2. Иметь представление о хирургических методах забора аутотрасплантата и этапах винирной аутокостной пластики.
3. Знать методы увеличения объема костной ткани челюстей перед дентальной имплантацией.
4. Иметь представление о синус-лифтинге.

**Практическое занятие №66**

Тема: Ошибки и осложнения после дентальной имплантации.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Критерии успеха дентальной импланации по Альбрехтсону
2. Ошибки и осложнения дентальной имплантации.
3. Причины переломов имплантатов. Тактика лечения. Профилактика
4. Воспалительные осложнения после дентальной имплантации.
5. Осложнения после синуслифтинга
6. Нарушения интеграции. Ремоделирование кости
7. Косметические недостатки после имплантологического лечения. Способы их устранения.
8. Периимплантит. Причины, клиника, лечение

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**В клинику ортопедической стоматологии больная 59 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верней челюсти, боль, в области зуба 4.7. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съѐмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.7 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съѐмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки. На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2х2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичного кариеса не определяется, краевое прилегание пломбы хорошее. Кариозная полость на зубе 4.5, заполнена размягченным дентином.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения

5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

**Задача 2.** Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5х0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 1.1 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?

2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?

3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

5. Оцените объѐм операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

**Задача 3.** Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся кпереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантомограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания.

3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания.

4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов.

5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

**Задача 4**. На прием к врачу стоматологу пришел пациент 50 лет с жалобами на значительную подвижность зубов верхней и нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что пациенту в 35 лет был поставлен диагноз диабет II типа. Объективно: на всех группах зубов верхней и нижней челюсти обильное количество мягкого зубного налета, подвижность всех зубов II степени, из Re-граммы – в области зубов 11, 12, 13, 23, 22, 21, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 – равномерная убыль костной ткани на 1/3 корня зуба. В области зубов 35, 36, 37, 47 – пародонтальные карманы. Зубы 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 44, 45, 46, 47 – отсутствуют (ранее удалены по поводу осложнений кариеса).

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите возможную причину возникновения подвижности зубов.

3. Назовите причину возникновения пародонтальных карманов и методы их диагностики.

4. Разработайте и опишите комплексный план реабилитации пациента с целью третичной профилактики стоматологических заболеваний.

5. Опишите возможные осложнения при данной клинической ситуации.

**Задача 5.** На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 28 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 31, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

1. Назовите возможные причины возникновения данной симптоматики.

2. К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

3. Опишите возможные дополнительные методы обследования при заболеваниях ВНЧС.

4. Перечислите методы первичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

5. Перечислите методы вторичной профилактики при заболеваниях ВНЧС.

**Тестовые задания:**

1. Проприоцептивная чувствительность у имплантата возникает при усилии равном:

1) 3 г;

2) 5 г;

3) 7 г;

4) 9 г.

2. К критериям успеха дентальной имплантации по Альбрехтсону не относят:

1) срок функционирования менее 8 лет;

2) отсутствие негативных симптомов;

3) отсутствие прогрессирующей резорбции костной ткани;

4) отсутствие повреждений соседних анатомических структур.

3. К поздним осложнениям воспалительного характера относят:

1) расхождение швов;

2) отек;

3) периимплантит;

4) гематому.

4. К интраоперационным осложнениям относят:

1) мукозит;

2) одонтогенный синусит;

3) гематому;

4) перелом щечной или небной кортикальной пластинки.

5. К послеоперационным осложнениям относят:

1) гематому;

2) перелом инструмента;

3) перфорация дна гайморовой пазухи;

4) перфорация дна носовой пазухи.

6. К интраоперационным осложнениям при проведении синус-лифтинга относится:

1) образование гематомы;

2) отек;

3) одонтогенный синусит;

4) повреждение мембраны Шнайдера.

7. К причинам переломов имплантатов относится:

1) изготовление консольных мостовидных протезов на верхнюю челюсть с опорой на имплантаты;

2) выбор диаметра имплантата в соответствии с предполагаемой биомеханической нагрузкой;

3) правильно выверенные окклюзионные контакты;

4) правильно выбранная ортопедическая конструкция.

8. Реимплантация проводится не раньше, чем через:

1) 2 недели;

2) 3 недели;

3) 6 недель;

4) 12 недель

9. При периимплантите глубина зондирования составляет:

1) менее 2 мм;

2) менее 4 мм;

3) 5 мм;

4) более 6 мм.

10. К третьему классу периимплантита относится:

1) умеренно выраженное снижение горизонтального уровня кости с образованием вертикального дефекта кости по периметру имплантата;

2) умеренное снижение уровня кости с образованием изолированного одностороннего вертикального дефекта костной ткани на границе раздела имплантат/кость;

3) незначительное горизонтальное снижение уровня кости с образованием минимального дефекта окружающей имплантат костной ткани;

4) выраженное снижение горизонтального уровня кости и образование вертикального дефекта вокруг имплантата с резорбцией одной из стенок кости альвеолярного отростка.

**Проверка практических навыков:**

1. Занть непосредственные и отдаленные осложнения импланталогического лечения
2. Иметь прдеставление об ошибквх и осложнениях дентальной имплантации.
3. Знать причины переломов и тактику ведению больных при переломе имплантатов.
4. Знать воспалительные осложнения после дентальной имплантации.
5. Уметь диагностировать осложнения после синуслифтинга.
6. Уметь диагностировать перимплантит.
7. Знать классификацию, этиалогия, патогенез и лечение перимплантитов.

**Практическое занятие №67**

Тема: Общие принципы протезирования на имплантатах. Конструкции протезов на имплантатах.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Планирование ортопедического лечения на имплантатах
2. Последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования металлокерамическими зубными протезами с опорой на одноэтапные имплантаты.
3. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
4. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 62 года. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4 зубов разрушилась, коронка 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад. Коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена (ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробной препаровке по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1 -1,5 мм по отношению к десневому краю. Подвижности корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 отмечается 2-3 степени. Корневой канал корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен. Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины корня зуба. Зубы 13 - 2.3, 4.2, 4.1, 3.3 имеют множественные композитные реставрации с поддесневыми кариозными полостями при зондировании. Зубы 1.3 – 2.3 имеют подвижность 1 степени.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Составьте план ортопедического лечения.

3. Сформулируйте план парадонтологического лечения.

4. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

5. Составьте план терапевтического лечения

**Задача 2.** В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С., 77 лет. Жалобы: на затруднѐнное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют. Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность зубов 1.3,1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – I степени. Слизистая оболочка щек, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и неба бледно-розовая, умеренно увлажнена. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на 1/4 в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всѐм протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всѐм протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, 4. 2, 4.4 – следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения.

5. Назовите метод определения высоты нижнего отдела лица, в чем заключается сущность данного метода

**Задача 3.** В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Ж. 51год. Жалобы: затрудненное пережевывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 3,5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть и, спустя месяц после удаления, съемный пластиночный протез с гнутыми кламмерами на нижнюю челюсть. Съемный протез сломался при жевании около двух лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены. Слизистая оболочка десен, неба, щек и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.7,1.4,1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3,2.4,2.7. На зубах 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объеме наблюдаются твердые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На зубах 3.4, 4.4 имеются композитные пломбы. Остаточный корень зуба 4.8. На рентгенограмме наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на ¼ длины корней. Каналы зубов 3.4, 4.4, запломбированы на половину длины корневого канала.

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи лечения.

3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

4. Составьте альтернативный план ортопедического лечения.

5. Какие манипуляции необходимы в качестве подготовительного этапа к протезированию (план терапевтического и хирургического лечения).

**Задача 4.** В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Т. 50 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект в области передних зубов. Анамнез заболевания: Утратила жевательные зубы на нижней челюсти более 10 лет назад. Ортопедическое лечение не проводилось. Зубы на верхней и нижней челюстях имеют атрофию костной ткани на 1/3. Зубы 31, 32, 41 – выдвинуты в вертикальном направлении на 1,5-2 мм, атрофия костной ткани ½, подвижность 1-2 степени. Корни зубов 16, 25, 35, 38 – разрушены ниже уровня десневого края на 2 мм. Полностью разрушена бифуркация корней зубов 16, 38. ИРОПЗ зубов 17, 27, 37 - 0,6-0,7. В области фронтальных зубов отмечаются зубные отложения. Слизистая оболочка челюстей бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Гиперемирована, слегка отечна в области фронтальных зубов, а также разрушенных зубов. Высота нижнего отдела лица в состоянии центральной окклюзии - снижена относительно физиологического покоя на 5 мм.

1. Поставьте диагноз

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения

3. Составьте план ортопедического лечения.

4. Составьте план хирургического лечения

5. Составьте план терапевтического лечения

**Задача 5.** В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Г., 75 лет. Жалобы: на плохую фиксацию полного сьемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть и частичного сьемного протеза на нижнюю челюсть. Анамнез заболевания: утратил зубы верхней челюсти более 10 лет назад, тогда же был изготовлен полный сьемный протез. Жевательная группа зубов нижней челюсти была удалена около 5 лет назад по поводу осложненного кариеса. Был изготовлен частичный сьемный пластиночный протез на нижнею челюсть с гнутыми кламмерами на зубы 44; 33. Зубы 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 имеют II степень подвижности. Отмечается выраженная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих зубов. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области зубов 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 гиперемирована, наличие наддесневых зубных отложений. По рентгенологическим данным выявлены вертикальные костные карманы в области зубов 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 равномерная костная атрофия на 1/2 длины корней. Отмечается неудовлетворительная фиксация ранее изготовленного полного съѐмного протеза на в/ч, связанную с несоответствием протезного ложа протезу. Высота нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии снижена на 6-7мм от положения физиологического покоя.

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.

3. Предложите один из возможных планов лечения.

4. Составьте план терапевтического лечения.

5. Перечислите какие функциональные пробы необходимо провести при изготовлении верхнего полного съѐмного пластиночного протеза.

**Задача 6.** В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет. Жалобы: на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Анамнез заболевания: 2 года назад проводилось лечение по поводу осложненного кариеса 1.7; 1.5; 2.4; 2.6; и протезирование мостовидными протезами на верхней челюсти и съемным пластиночным протезом на нижней челюсти. На нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 1.7 -1.5; 2.4 -2.6; соответствуют клиническим требованиям. 1.8; 2.8 отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.

2. Варианты ортопедического лечения.

3. Способы улучшения фиксации протезов на беззубой челюсти.

4. Дополнительные метод обследования при проведении методики имплантации.

5. Показания и противопоказания.

**Тестовые задания:**

1. Для изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, расстояние между зубными дугами верхней и нижней челюсти должно быть не менее:

1) 2 мм;

2) 5 мм;

3) 7 мм;

4) 10 мм.

2. Медиодистальное расстояние между имплантатами должно составлять:

1) 2 мм;

2) 4 мм;

3) 8 мм;

4) 10 мм;

3. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделена должна быть не менее:

1) 2 мм;

2) 4 мм;

3) 6 мм;

4) 8 мм.

4. Расстояние между имплантатом и рядом стоящим зубом должно составлять:

1) 2 мм;

2) 4 мм;

3) 6 мм;

4) 8 мм.

5. Высота костной ткани над нижнечелюстным каналом не должна быть менее:

1) 2 мм;

2) 4 мм;

3) 8 мм;

4) 10 мм.

6. После снятия оттиска и определении центральной окклюзии, приступают к:

1) отливке металлического каркаса;

2) припасовке металлического каркаса;

3) изготовлению рабочей модели и моделированию восковой композиции;

4) определению цвета.

7. После проверки металлокерамической коронки в полости рта приступают к:

1) индивидуальному окрашиванию и глазурированию;

2) определению цвета;

3) проверке окклюзионных контактов;

4) фиксации.

8. После отливки металлического каркаса приступают к:

1) определению цвета;

2) припасовке металлического каркаса;

3) определению центральной окклюзии;

4) фиксации

9. Какой материал предпочтительнее использовать для снятия оттиска при двухэтапной имплатации:

1) альгинатный;

2) гипс;

3) силиконовый;

3) цинкоксидевгенольный

10. Неплотное прилегание абатмента к внутрикостной части имплантата, служащее местом скопления микробиологического налета приведет к:

1) перимплантиту;

2) перелому имплантата;

3) перелому винта;

4) перелому карскаса.

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь планировать ортопедическую реабилитацию пауиентов с применением методов дентальной имплантации.
2. Иметь представление об ортопедическом лечении пациентов с применением методов дентальной имплантации при полном отсутствии зубов.
3. Уметь оформлять медицинскую документацию.

**Практическое занятие №68**

Тема: Одноэтапный и двухэтапный подходы к дентальной имплантации.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков, анализ и оценка ортопантомограмм, компьютерных томограмм при планировании дентальной имплантации).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности одноэтапного и двухэтапного подхода к дентальной имплантации.
2. Конструкции протезов при одиночных дефектах зубных рядов.
3. Конструкции протезов при включенных дефектах зубных рядов.
4. Конструкции протезов при концевых дефектах зубных рядов.
5. Конструкции протезов при полном отсутствии зубов.
6. Особенности протезирования на имплантатах при немедленной нагрузке.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Особенности одноэтапного и двухэтапного подхода к дентальной имплантации.
2. Конструкции протезов при концевых дефектах зубных рядов.
3. Особенности протезирования на имплантатах при немедленной нагрузке.

**Проверка практических навыков:**

1. Иметь представление о конструкции протезов при одиночных дефектах зубных рядов.
2. Иметь представление о конструкции протезов при включенных дефектах зубных рядов.
3. Иметь представление о конструкции протезов при концевых дефектах зубных рядов.
4. Иметь представление о конструкции протезов при полном отсутствии зубов.

**Модуль 6. Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей**

**Практическое занятие №69**

Тема: Этиология, клиника, диагностика, методы лечения острых и хронических артритов ВНЧС. Анкилоз ВНЧС. Контрактура ВНЧС.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Анатомия ВНЧС.
2. Классификация заболеваний ВНЧС.
3. Клинико-рентгенологическое обследование больных с заболеваниями ВНЧС.
4. Клиническая картина острого и хронического артрита (серозный, гнойный, специфический, ревматоидный).
5. Остеоартроз. Клиническая картина, диагностика, лечение.
6. Этиология и патогенез анкилозов ВНЧС.
7. Клинические проявления анкилозов ВНЧС.
8. Консервативные и хирургические методы лечения анкилозов ВНЧС.
9. Контрактура ВНЧС.
10. Клиническая картина контрактуры ВНЧС
11. Рубцовая контрактура ВНЧС. Клиническая картина лечение.
12. Синдром болевой дисфункции. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, жалуется на ограниченное открывание рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружний слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

* 1. О каком заболевании идет речь?

1. План лечения.

**Задача 2.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височ­но-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей пра­вой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х1,5 см, пальпация этой зоны болез­ненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симп­том нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 33 лет, обратился с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа, ограничение открывания рта до 1,7 см, широкое открывание рта усиливает боль в ВНЧС справа. Из анамнеза выявлено, что боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Отек мягких тканей околоушной области справа нарастал и появилось ограничение подвиж­ности нижней челюсти. Боль сконцентрировалась в области ВНЧС справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает дифтерию, гайморит. За восемь месяцев до получения травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но боли в ВНЧС, не было. Подвижности кости в месте перелома скуловой дуги не определяется, пальпируется некоторое утолщение. При рентгенологическом исследовании на протя­жении бывшего перелома определяется полная костная консолидация. В настоящее время по общему статусу больной здоров. При осмотре опре­деляется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоуш­ной области, у козелка ушной раковины имеется небольшая гематома. Пальпация этой зоны болезненна. В полости рта: прикус ортогнатический. Открывание рта осуществляется без отклонений нижней челюсти в сторо­ны. Симптом нагрузки положительный в области ВНЧС справа. Целост­ность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании ВНЧС контрастируется трещина в области суставного от­ростка справа, слепо заканчивающаяся в области полулунной вырезки нижней челюсти, слева - суставной отросток без изменений. При сомкну­тых челюстях суставная щель расширена с правой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больной, 43 лет, обратился с жалобами на боль в околоушных облас­тях и ограничение открывания рта до 2,0 см, попытка шире открыть рот вызывает резкое усиление боли в области височно-нижнечелюстного су­става (ВНЧС) справа и незначительное понижение слуха с правой сторо­ны. Открывание рта сопровождается попеременным смещением нижней челюсти в стороны. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тош­ноты, рвоты не было. Через несколько часов после травмы возник отек и ограничение открывания рта. Из перенесенных заболеваний пациент от­мечает воспаление легких, частые ОРЗ, за семь месяцев до полученной травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но болезненности и отека мягких тканей в околоушной области слева не было. При пальпации нижняя челюсть при небольшом усилии может пе­ремещаться в любом направлении, сопровождаемая хрустом и резко уси­ливающейся болью в области ВНЧС с двух сторон. При рентгено­логическом исследовании контурируются линии перелома суставных от­ростков нижней челюсти со смещением. Лицо асимметрично из-за отека мягких тканей околоушных областей и смещения подбородка кзади. При пальпации зоны отека болезненны, подвижности суставных головок не определяется. В полости рта отмечается несмыкание зубов во фронталь­ном отделе, нарушения целостности альвеолярных отростков не обнаружено. Симптом нагрузки резко положителен с обеих сторон в области суставных отростков.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 23 лет, обратилась с жалобами на боль в области височно- нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с двух сторон, возникшую после пере­несенного гриппа. В течение последних семи дней движения нижней челюстью ограничены. Из анамнеза выявлено, что боль в области ВНЧС и отек околоушной области возникли несколько позже перенесенного грип­па. Открывание рта не превышало 1,5 см, появилось тугоподвижность нижней челюсти по утрам. Из перенесенных заболеваний пациентка отме­чает частые гриппозные состояния, ангины. Год назад перенесла воспале­ние легких. В настоящее время по общему статусу пациентка здорова. При осмотре определяется слабо выраженная отечность мягких тканей в об­ласти ВНЧС с двух сторон. Подвижность суставных головок определяется при трансверзальных движениях нижней челюсти, что усиливает болевые ощущения в ВНЧС. В полости рта: прикус ортогнатический. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При рентгенологическом исследова­нии ВНЧС отмечаются неизмененные костные структуры, суставные щели имеют нечеткую, местами завуалированную картину.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Какое осложнение возможно при неадекватном лечении и методы его устранения?

**Задача 6.** Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

**Задача 7.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение откры­вания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. При рентгенологическом исследовании ранее диагностирован фиброзный ан­килоз ВНЧС. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюс­ти, аппендэктомию в возрасте 16 лет. В настоящее время выражена де­формация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. Опишите возможные варианты лечения.

**Задача 8.** Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозмож­ность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и ниж­него свода преддверия полости рта.

1. Какие методы лечения можно применить? Какой метод наиболее показан в данном случае?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 9.** После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множествен­ные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

* 1. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.

**Задача 10.** После простудного заболевания у больной, 30 лет, развилось ограни­ченное болезненное открывание рта, боли слева, усиливающиеся при гло­тании. Лечилась полосканиями полости рта, боли не уменьшились. Врач- отоларинголог рекомендовал обратиться к стоматологу, который обнару­жил гиперемию и отек слизистой оболочки ретромолярной области спра­ва, 48 прорезался одним дистальным бугром.

* + 1. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для установления диагноза и составления плана лечения?

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечение пациентов с острыми и хроническими артритами ВНЧС.
  2. Планирование лечения пациентов с анкилозами ВНЧС.
  3. Планирование лечения пациентов с контрактурой ВНЧС.

**Практическое занятие №70**

Тема: Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей. Пластика местными тканями.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Понятия о пластической (косметической) хирургии.
2. Основные этапы развития восстановительной хирургии лица.
3. Классификация врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица.
4. Планирование восстановительных операций.
5. Показания и противопоказания к проведению восстановительных операций.
6. Клиническое обследование больных перед проведением восстановительной операции.
7. Роль отечественных ученых в развитии восстановительной хирургии.
8. Пластика местными тканями. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
9. Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур встречных треугольных лоскутов. Расчет коэффициентов удлинения.
10. Виды местно-пластических операций. Преимущества и недостатки.
11. Устранение рубцов, кожных складок, укороченной уздечки губы, языка.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Основные этапы развития методов восстановительных операций.
2. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
3. Виды местно-пластических операций.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щеч­ной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральней от медиального угла глаза.

* + - 1. Составьте план обследования и лечения.
      2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
      3. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

**Задача 2.** Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса со­баки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см, откол коронок зубов 42, 31, подвижность зуба 31, отсутствие зуба 32.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зубов 42, 41, 31, 32?

**Задача 3.** Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу подбородочной области слева. Угол рта опущен.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Укажите вид местно-пластической операции?

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции по методу А.А. Лимберга.

**Практическое занятие №71**

Тема: Пластика лоскутами на питающей ножке. Устранение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области тканями круглого стебельчатого лоскута Филатова. Ошибки и их осложнения, их предупреждение и устранение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Показания к применению метода пластики лоскута на питающей ножке при проведении местно-пластических операций.
2. Типы лоскутов на питающей ножке (лоскут на одной питающей ножке, на двух питающих ножках, опрокидывающийся лоскут, артериаризированный лоскут, удвоенный лоскут).
3. Пластика лоскутами на ножке для закрытия дефектов губ, щек и других отделов лица.
4. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем.
5. Выбор места для формирования стебля Филатова.
6. Техника операции. Этапы пластики филатовским стеблем.
7. Послеоперационный уход, «тренировка» и перемещение ножек стебля.
8. Формирование стебля с одновременной пересадкой одной его ножки.
9. Ошибки и их осложнения, их предупреждение и устранение.
10. Ринопластика филатовским стеблем по методу Ф.М. Хитрова.

**Тестовые задания:**

1. Методом пластики по А.А. Лимбергу называется перемещение

1) лоскутов на питающей ножке

2) встречных треугольных лоскутов

3) круглого стебельчатого лоскута

4) лоскута на сосудистом анастомозе

5) свободного кожного лоскута

2. Определите оптимальный пластический материал для возмещения изъяна на лбу:

1) дермато-жировой лоскут со стопы с использованием микрохирургической техники

2) свободная пересадка расщепленной кожи

3) свободная пересадка кожи в полную толщу

4) использование консервированного кожного аллотрансплантата

5) свободная пересадка дермо-жирового лоскута

3. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

4. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

5. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1) на питающей ножке

2) встречных треугольных

3) круглого стебельчатого

4) на сосудистом анастомозе

5) свободная пересадка

6. При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть:

1) 1:3 2) 1:4 3) 1:5 4) 1:8 5) 2:3

7. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

8. При наличии укороченных рубцов, изъянов кожи или слизистой оболочки, если сохранилось около них достаточное количество неповрежденных тканей, какой вид пластики целесообразно применить:

1) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

2) пересадка лоскута на ножке из отдаленных участков тела

3) местнопластические операции

4) свободная пересадка расщепленного кожного трансплантата

5) свободная пересадка полнослойного кожного трансплантата

9. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

10. При перемещении фигур встречных треугольных лоскутов первый шов накладывается на:

1) дно раневой поверхности

2) подкожную клетчатку раневой поверхности лоскута

3) вершину лоскута

4) край раневой поверхности

5) не имеет значения

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование операции пластика лоскутами на питающей ножке.

**Практическое занятие №72**

Тема: Свободная кожная пластика. Пересадка хряща, фасций, слизистой оболочки, жировой ткани. Преимущества и недостатки свободных трансплантатов. Костная пластика челюстных костей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Исторические данные о пересадке кожи.
2. Виды свободных кожных трансплантатов.
3. Возможности применения ауто-, алло- и имплантации (эксплантации) в различных тканях челюстно-лицевой области.
4. Показания к свободной пересадке кожи. Техника операции.
5. Пластика расщепленным кожным лоскутом.
6. Недостатки и преимущества тонких кожных лоскутов и лоскутов во всю толщу.
7. Контурная пластика хрящом.
8. Свободная пересадка фасций, слизистой оболочки, жировой ткани.
9. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей.
10. Способы фиксации пересаженных трансплантатов.
11. Аутопластика нижней челюсти.
12. Аллопластика нижней челюсти. Материалы для аллопластики нижней челюсти.
13. Замещение дефектов нижней челюсти реконструктивными титановыми пластинами.

**Тестовые задания:**

1. Свободной пересадкой кожи называется:

1) перенос кожи стебельчатого лоскута

2) пересадка кожного аутотрансплантата

3) перемещение кожного лоскута на ножке

4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

5) деэпидермизация

2. Период приживления свободного трансплантата состоит из следующих последовательных фаз:

1) плазматическое питание – собственная реваскуляризация – адаптация

2) адаптация – плазматическое питание – реваскуляризация

3) реваскуляризация – адаптация

4) плазматическое питание – реваскуляризация

5) прорастанное новообразование сосудов ложа в трансплантат – возникновение анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

3. Реваскуляризация свободных трансплантатов при их пересадке осуществляется за счет:

1) прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат, образование анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

2) непосредственного присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

3) прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

4) прорастания новообразованных сосудов в трансплантат, непосредственного присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

5) плазматического питания, прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

4. За счет чего осуществляется «питание» свободного трансплантата в первые сутки после его пересадки:

1) циркуляция тканевой жидкости из почвы и запаса питательных веществ в трансплантате

2) запаса питательных веществ в трансплантате, прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

3) запаса питательных веществ в трансплантат, образования анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

4) циркуляция тканевой жидкости из почвы и присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

5) циркуляция тканевой жидкости из почвы и образования анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

5. При пересадке свободных кожных трансплантатов, подшивание их к раневой поверхности нужно производить в направлении от:

1) края трансплантата к краю раневой поверхности

2) края раневой поверхности к трансплантату

3) дна раневой поверхности к раневой поверхности трансплантата

4) раневой поверхности трансплантата к дну ложа

5) не имеет принципиального значения

6. В каких из перечисленных областей целесообразно производить забор полнослойного кожного трансплантата при пересадке его на лицо:

1) область живота и спины

2) околоушножевательная область, заушная, наружная поверхность плеча

3) область шеи, боковой поверхности грудной клетки

4) заушная область, надкостничная и подключичная, внутренняя поверхность плеча

5) наружная и внутренняя поверхности бедра и плеча, надключичная

7. Приживление свободного кожного трансплантата определяют:

1) толщина лоскута, его размеры, характер раневой поверхности, техника операции, повязка

2) размеры лоскута, васкуляризация раневой поверхности, повязка

3) толщина лоскута, характер раневой поверхности, техника операции, повязка

4) характер раневой поверхности, техника операции, повязка

5) толщина лоскута, характер раневой поверхности, техника операции

8. К свободным сложным трансплантатам относятся:

1) кожно- хрящевой, слизисто-хрящевой, дермо-жировой

2) хрящевой, кожно-мышечный васкуляризированный, кожно-мышечно-костный

3) кожно-жировой на ножке, кожно-мышечный-костный на ножке, слизисто-мышечный

4) костно-хрящевой, кожный, кожно-мышечный на сосудистой ножке

5) кожно-слизисто-мышечный на ножке, кожно-хрящевой, кожно-жировой и волосяной на сосудистой ножке

9. Какой из перечисленных способов является оптимальным для устранения сквозного изъяна хрящевого отдела носа размером от 7 до 35 мм по свободному краю с изъяном кожи вокруг:

1) сложный трансплантат из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи

2) операция Суслова

3) лоскут с носогубной борозды

4) лоскут со лба

5) местно-пластическая операция

10. Какая область является оптимальной для забора свободного кожного трансплантата при пересадке его на область век:

1) внутренняя поверхность плеча 2) живот

3) боковая поверхность грудной клетки 4) шея заушная область

5) заушная область

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование операции свободная кожная пластика.
2. Планирование операции костная пластика челюстных костей.

**Практическое занятие №73**

Тема: Лоскуты на микрососудистом анастомозе, применяемые в челюстно-лицевой хирургии. Показания, противопоказания. Свободная пересадка комбинированных трансплантатов. Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этапы хирургической операции с использованием микрососудистых анастомозов.
2. Шовный материал для микрохирургических операций.
3. Показания к использованию микрососудистых свободных трасплантатов.
4. Свободная пересадка комбинированных трансплантатов.
5. Классификация основных видов аномалий и деформаций челюстей.
6. Планирование лечения с учетом I, II и III скелетного класса.
7. Предоперационное обследование и подготовка при планировании комплексного лечения деформаций челюстей.
8. Виды дистракционных аппаратов.
9. Показания к дистракционному методу лечения больных с дефектами челюстей.
10. Сроки активации и продолжительность дистракционного метода лечения.

**Тестовые задания:**

1. Какой из перечисленных изъянов носа можно устранить операцией Суслова:

1) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю от 0,7 до 3,5см

2) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю свыше 3,5см

3) тотальный изъян хрящевого отдела носа

4) несквозной изъян хрящевого отдела носа

5) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю не более 0,7мм

2. Каким из выше перечисленных способов можно устранить сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю не более 7мм:

1) местнопластическая операция 2) операция Суслова

3) лоскутом с носогубной борозды 4) лоскутом со лба

5) свободная пересадка кожи

3. Ринопластику филатовским стеблем целесообразно применить при:

1) тотальных изъянах носа и частичных сквозных изъянах хрящевого отдела носа по свободному краю свыше 4,5см

2) сквозных частичных изъянах крыльев носа 3) изъяны кончика носа

4) изъяны кожи носа 5) несквозные изъяны носа

4. Что обозначает термин изотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами одного вида

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация между организмами разных видов

5) трансплантация небиологического субстрата

5. К свободным сложным трансплантатам относятся:

1) кожно-хрящевой, слизисто-хрящевой, дермо-жировой

2) хрящевой, кожно-мышечный васкуляризированный, кожно-мышечно-костный

3) кожно-жировой на ножке, кожно-мышечный-костный на ножке, слизисто-мышечный

4) костно-хрящевой, кожный, кожно-мышечный на сосудистой ножке

5) кожно-слизисто-мышечный на ножке, кожно-хрящевой, кожно-жировой и волосяной на сосудистой ножке

6. Какой из перечисленных способов является оптимальным для устранения сквозного изъяна хрящевого отдела носа размером от 7 до 35 мм по свободному краю с изъяном кожи вокруг:

1) сложный трансплантат из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи

2) операция Суслова 3) лоскут с носогубной борозды

4) лоскут со лба 5) местно-пластическая операция

7. Что означает термин «свободная пересадка кожного трансплантата»:

1) пересадка трансплантата, состоящего из тканей различного зародышевого происхождения

2) пересадка трансплантата на ножке

3) пересадка аллогенного трансплантата

4) пересадка тканей небиологического субстрата

5) пересадка аллогенного трансплантата с аутогенным

8. Показания для пересадки сложного трансплантата из ушной раковины:

1) частичные сквозные изъяны хрящевого отдела носа и ушных раковин

2) изъяны кожи носа 3) изъяны слизистой носа

4) изъяны перегородки носа 5) несквозные изъяны носа

9. В каких случаях производится пересадка сложного трансплантата из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи:

1) частичный сквозной изъян хрящевого отдела носа, сочетающийся с изъяном кожи вокруг

2) несквозные изъяны носа

3) изъяны кожи и хряща без повреждения слизистой носа

4) изъяны перегородки носа

5) изъяны кончика носа

10. Каким способом можно устранить изъян кожи носа:

1) местнопластическими операциями

2) местнопластическим операциями и свободной пересадкой кожного трансплантата

3) лоскутом на ножке со лба

4) сложным трансплантатом из ушной раковины

5) лоскутом с носогубной борозды

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование операции свободная пересадка комбинированных трансплантатов.

**Практическое занятие №74**

Тема: Оперативные вмешательства при аномалиях и деформациях нижней челюсти. Оперативные вмешательства при дефектах и деформаций верхней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Сроки хирургических вмешательств при деформациях и аномалиях на нижней челюсти.
2. Клинические проявления и хирургические методы лечения нижней прогнатии и ретрогнатии
3. Клинические проявления и хирургические методы лечения глубокого и открытого прикуса.
4. Особенности послеоперационного ведения больных.
5. Сроки хирургических вмешательств при деформациях и аномалиях на верхней челюсти.
6. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней прогнатии.
7. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней ретрогнатии.
8. Особенности послеоперационного ведения больных.

**Тестовые задания:**

1. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

2. Средняя треть лица у больных с верхней макрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

3. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

4. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

5. Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят для:

1) жесткой фиксации

2) выдвижения челюсти вперед

3) увеличения объема средней трети лица

4) исключения смещения челюсти в исходное положение

5) остановки кровотечения

6. После остеотомии челюстей назначают остеотропный антибиотик:

1) пенициллин 2) олететрин 3) линкомицин

4) тетрациклин 5) эритромицин

7. Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является:

1) ретрогнатия

2) микрогнатия

3) несимметричная макрогнатия

4) чрезмерное развитие подбородочного отдела

5) нижнечелюстная макрогнатия

8. При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют:

1) 1.4, 2.4 2) 1.3, 2.3 3) 1.5, 2.5 4) 1.4, 2.5 5) 4.5, 3.5

9. Причина развития рецидива при любом виде остеотомии верхней челюсти:

1) термическая травма кости 2) послеоперационная гематома

3) травма сосудисто-нервного пучка 4) повреждение надкостницы

5) технические погрешности при перемещении фрагментов

10. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ключицы 2) костей стопы 3) бедренной кости

4) гребешка подвздошной кости 5) плечевой кости

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с аномалиями и деформациями нижней челюсти.
2. Планирование лечения пациентов с аномалиями и деформациями верхней челюсти.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытие  м темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка**«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»**выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме зачета**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| **Незачтено** | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями. |
| **Зачтено** | Выставляется за правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора.  Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.  Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме экзамена**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |

**3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Хирургическая стоматология» проводится по зачетным и экзаменационным билетам.

**Образец зачетного билета**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  направление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология»  дисциплина «Хирургическая стоматология»  **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**  **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии. 2. Хронический периостит. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.   **II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.   1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения. | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  д.м.н, профессор  Декан стоматологического факультета  д.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  Н.Б. Денисюк |

**Образец экзаменационного билета**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  направление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология»  дисциплина «Хирургическая стоматология»  **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**  **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Предрасполагающие факторы возникновения острого одонтогенного остеомиелита челюсти. 2. Хирургические способы устранения ороантральных свищей.   **II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 26, обнаружено сообще­ние с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни зуба 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.  1. Поставьте диагноз.  2. Определите тактику поведения врача в данной ситуации.  3. Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом? | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  д.м.н, профессор  Декан стоматологического факультета  д.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  Н.Б. Денисюк |

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Компьютерный класс, информационная система Университета, лекционная аудитория.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Модуль 1. Обезболивание в стоматологии**

1. Физиологические механизмы боли и действия местных анестетиков.
2. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при анафилактическом шоке.
3. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии.
4. Инфильтрационная анестезия зубов под слизистую оболочку на нижней челюсти. Обезболивание нижних резцов. Обезболивании нижнего клыка, премоляров и нижних моляров.
5. Сбор анамнеза и подготовка пациента к анестезии. Оценка соматического состояния пациента.
6. Апикальная анестезия под надкостницу на верхней челюсти с вестибулярной стороны. Обезболивание резцов, клыков, премоляров и моляров на верхней челюсти.
7. Психотерапевтическая подготовка пациента с тревожным состоянием незначительной степени. Комфорт для пациента.
8. Апикальная анестезия под надкостницу на нижней челюсти с вестибулярной стороны. Обезболивание резцов, клыков, премоляров и моляров на нижней челюсти.
9. Обезболивание нижних резцов, клыка и премоляров.
10. Анатомо-топографическая характеристика ветвей верхнечелюстного нерва и клетчаточных пространств у бугра верхней челюсти и в крылонебной ямке.
11. Показания к местному обезболиванию в терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста.
12. Обезболивание нижних резцов. Обезболивание центрального и бокового резцов. Обезболивание нижних резцов, клыка и премоляров.
13. Апикальная анестезия под надкостницу со стороны полости рта.
14. Анатомо-топографическая характеристика ветвей нижнечелюстного нерва и заднебокового отдела лица.
15. Инструменты для проведения местной анестезии в стоматологии. Многоразовые шприцы. Одноразовые пластмассовые шприцы, их подготовка к работе.
16. Параапикальное обезболивание первого, второго, третьего нижнего моляра.
17. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии.
18. Внутрипульпарная анестезия. Внутрикостная (спонгиозная) анестезия.
19. Методика комбинированного инфильтрационного обезболивания — введение обезболивающего раствора под слизистую оболочку и под надкостницу.
20. Показания и противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации.
21. Препараты для местного обезболивания. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков группы сложных эфиров [кокаин, дикаин (тетракаин), анестезин (анесталгин), новокаин (прокаин)].
22. Современный инструментарий для проведения местной анестезии в стоматологии.
23. Модификации спонгиозной анестезии. Спонгиозная интрасептальная анестезия нижних моляров.
24. Виды инъекторов. Компьютеризированный и безигольный инъекторы. Показания и противопоказания к их применению. Клинико-фармакологическая характеристика новокаина (прокаина).
25. Проводниковая анестезия. Костные отверстия, целевые пункты и связанные с ними проводниковые анестезии.
26. Карпульный шприц. Иглы к карпульным шприцам. Карпулы. Подготовка карпульного шприца к работе.
27. Правила проведения проводниковой анестезии. Показания к проводниковой анестезии.
28. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков группы амидов [лидокаин, прилокаин (ксилонест, цитонест)].
29. Проводниковое обезболивание верхней челюсти.
30. Возникновение осложнений при применении карпульных инъекторов и их предупреждение.
31. Инфраорбитальная анестезия. Техника проведения внутриротовой инфраорбитальной анестезии между центральным и боковым резцами.
32. Модификация внутриротовой инфраорбитальной анестезии: продвижение иглы между клыком и первым премоляром. Техника проведения внутриротовой инфраорбитальной анестезии между клыком и первым премоляром.
33. Препараты для местной анестезии группы амидов [тримекаин (мезокаин), пиромекаин (бумекаин)].
34. Внеротовой классический метод инфраорбитальной анестезии. Внеротовой метод инфраорбитальной анестезии.
35. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков группы амидов [мепивакаин (карбокаин, мепивастезин, скандонест)].
36. Туберальная анестезия. Резцовая анестезия. Внутриканальная резцовая анестезия.
37. Палатинальная анестезия. Техника проведения анестезии.
38. Крылонебная анестезия палатинальным путем (центральная проводниковая анестезия).
39. Продолжительность действия местных анестетиков. Применение анестетиков с различным содержанием вазоконстрикторов.
40. Техника введения анестетика в крылонебный канал. Внеротовой доступ по П.М. Егорову.
41. Неинъекционная анестезия слизистой оболочки полости рта.
42. Проводниковое обезболивание нижней челюсти.
43. Основные и дополнительные методы местного обезболивания в амбулаторной стоматологической практике.
44. Виды и способы обезболивания в стоматологии.
45. Техника проведения мандибулярной анестезии. Аподактильная мандибулярная анестезия.
46. Аподактильная мандибулярная анестезия по А.Е. Верлоцкому. Возможные ошибки введения иглы при мандибулярной анестезии.
47. Общее обезболивание в амбулаторной стоматологии, показания и противопоказания.
48. Торусальная анестезия по М.М. Вейсбрему. Методика «высокой» анестезии нижнеальвеолярного нерва.
49. Инфильтрационное обезболивание. Методика и виды инфильтрационного обезболивания.
50. Методика блокады нижнего луночкового нерва по Гоу-Гейтсу, по Вазирани-Акинози.
51. Назофарингиальный, эндотрахиальный, внутривенный наркоз. Премедикация.
52. Ментальная анестезия. Модификация внутриротовой ментальной анестезии. Внутриротовой классический способ ментальной анестезии. Модификация внутриротовой ментальной анестезии.
53. Виды инфильтрационной анестезии в полости рта.
54. Выключение щечного нерва. Выключение язычного нерва. Внеротовая мандибулярная анестезия по Берше-Дубову. Техника выполнения анестезии по Берше-Дубову.
55. Внутрислизистая, подслизистая, интрапапиллярная анестезии. Техника обезболивания.
56. Поднадкостничная, интрасептальная, интралигаментарная анестезии. Техника обезболивания.
57. Обезболивание на верхней челюсти.
58. Ошибки и осложнения местного обезболивания в стоматологии, вызванные нарушением техники его проведения.
59. Инфильтрационное обезболивание альвеолярного отростка. Виды инфильтрационной анестезии альвеолярного отростка.
60. Осложнения местного обезболивания, вызванные неправильным выбором препарата.
61. Тактика врача при неудачном местном обезболивании. Правовая ответственность врача.
62. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при обмороке, коллапсе, крапивнице.
63. Показания и противопоказания к применению сосудосуживающих средств при местной анестезии. Продолжительность действия местных анестетиков. Применение анестетиков с различным содержанием вазоконстрикторов.
64. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при ангионевротическом отеке Квинке, бронхиальной астме.
65. Карпульный шприц. Иглы к карпульным шприцам. Виды игл. Карпулы. Подготовка карпульного шприца к работе.
66. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при гипертоническом кризе, ишемической болезни сердца, приступе стенокордии, остром инфарктном миокарде, кровотечении.
67. Проводниковое обезболивание на нижней челюсти.
68. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при случайном инъекционном введении агрессивных жидкостей, обтурационной асфиксии.
69. Клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков группы амидов [артикаин (ультракаин, септонест, альфакаин), бупивакаин (маркаин, дуракаин), этидокаин].
70. Медикаментозные препараты для купирования неотложных состояний. Техника сердечно-легочной реанимации (СЛР).
71. Инфильтрационная анестезия с язычной стороны на нижней челюсти.
72. Диагностика ранних и поздних признаков клинической смерти. Приемы восстановления и поддержки проходимости верхних дыхательных путей.
73. Инфильтрационное обезболивание под слизистую оболочку альвеолярного отростка, зубов верхней челюсти и резцов, клыков и премоляров нижней челюсти.
74. Принципы купирования неотложных состояний. Диагностика, принципы организации первой врачебной помощи при сахарном диабете, диабетической (гипергликимической) коме и гипогликимической коме, приступе эпилепсии, истерии и тиреотоксическом кризе до прибытия бригады скорой помощи.
75. Техника проведения непрямого массажа сердца (НМС).
76. Инфильтрационная анестезия зубов под слизистую оболочку на нижней челюсти. Обезболивание нижних резцов, клыков, премоляров и моляров.

**Модуль 2. Оперативные вмешательства в полости рта**

1. Иннервация зубов и тканей челюстно-лицевой области.
2. Физиологические механизмы боли и действия местной анестезии.
3. Сбор анамнеза и подготовка пациента к анестезии.
4. Оценка соматического состояния пациента.
5. Психотерапевтическая подготовка пациента с тревожным состоянием незначительной степени.
6. Вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие обезболивания в стоматологии.
7. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
8. Осмотр челюстно-лицевой области (лица, полости рта).
9. Пальпация тканей челюстно-лицевой области.
10. Перкуссия зубов и костей лица.
11. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
12. Понятие «диагноз», виды диагнозов.
13. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
14. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
15. Последовательность заполнения медицинской документации при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.
16. Помещения хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники и санитарно-гигиенические требования к ним.
17. Штаты хирургического отделения (кабинета) стоматологических поликлиник разных категорий.
18. Хирургический инструментарий в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
19. Оборудование в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
20. Медикаментозные средства в хирургическом отделении стоматологической поликлиники и правила их хранения.
21. Обязанности стоматолога-хирурга.
22. Обязанности медицинской сестры хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники.
23. Обязанности санитарки хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники.
24. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
25. Показатели работы врача стоматолога-хирурга.
26. Пути распространения инфекции в хирургическом стоматологическом кабинете и челюстно-лицевом стационаре.
27. Методы обработки рук врача стоматолога-хирурга.
28. Методы обработки операционного поля на лице и в полости рта.
29. Методы обработки хирургических стоматологических инструментов: дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
30. Хранение стерильных инструментов и материалов в хирургической стоматологической поликлиники.
31. Уборка и дезинфекция помещений хирургического отделения стоматологической поликлиники, обеззараживание воздуха.
32. Методы контроля стерильности инструментов, перевязочного материала, рук врача и операционного поля.
33. Особенности обработки инструментов после приема больных инфицированных ВИЧ-инфекцией и вирусом гепатита.
34. Меры защиты медицинского персонала хирургического стоматологического кабинета от инфицированных.
35. Особенности асептики и антисептики при оказании хирургической стоматологической помощи на дому и в полевых условиях.
36. Медикаментозные средства, обладающие местно-анестезирующим действием. Их физико-химические свойства.
37. Механизм действия местных анестетиков (новокаина, тримекаина, лидокаина, дикаина и др.).
38. Лекарственные формы местных анестетиков, способы применения, разовые дозы. Правила хранения медикаментозных средств для местного обезболивания.
39. Сосудосуживающие средства, применяемые одновременно с местными анестетиками, механизм их действия, высшие разовые дозы, показания к применению.
40. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание в ЧЛО.
41. Проводниковое обезболивание в ЧЛО. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания.
42. Потенцированное местное обезболивание. Показания, противопоказания к его применению.
43. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков.
44. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
45. Показания для применения карпулированных анестетиков.
46. Особенности инфильтрационной анестезии при удалении зубов на верхней челюсти.
47. Особенности инфильтрационной анестезии при удалении зубов на верхней челюсти.
48. Методика блокирования подглазничного нерва.
49. Методика блокирования носонебного нерва.
50. Методика блокирования большого небного нерва.
51. Методика блокирования верхних задних альвеолярных нервов.
52. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению.
53. Методика блокирования нерва у подбородочного отверстия.
54. Методика блокирования нерва у нижнечелюстного отверстия.
55. Методика блокирования щечного и язычного нервов.
56. Обезболивание нижнего альвеолярного нерва и язычного нервов по Егорову.
57. Методика блокирования нижнечелюстного нерва у овального отверстия.
58. Методика блокирования нижнечелюстного нерва по Берше-Дубову.
59. Методика инфильтрационной анестезии при операциях на нижней челюсти.
60. Блокада нижнечелюстного нерва по Гоу-Гейтсу.
61. Местные осложнения при проведении инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
62. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на верхней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
63. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
64. Причины, клиника, оказание помощи и предупреждение обморока у больных в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники.
65. Причины и клиника лекарственной интоксикации после местной анестезии в челюстно-лицевой области, оказание помощи, профилактика.
66. Причины и клиника аллергической реакции, анафилактического шока у больных после местного обезболивания, оказание помощи, профилактика.
67. Причины, клиника гипертонического криза у больных после местного обезболивания в челюстно-лицевой области, оказание помощи, профилактика.
68. Причины и клиника острого нарушения кровообращения после местного обезболивания, оказание помощи, профилактика.
69. Премедикация при проведении обезболивания в амбулаторных условиях.
70. Особенности общего обезболивания при операциях на лице и в полости рта.
71. Показания к общему обезболиванию в стоматологической поликлинике и стационаре.
72. Лекарственные средства для масочного, эндотрахеального, внутривенного и внутримышечного наркоза.
73. Подготовка больного к общему обезболиванию.
74. Наблюдение за больным после общего обезболивания.
75. Осложнения наркоза.
76. Подготовка больного к операции.
77. Подготовка полости рта больного к операции (санация полости рта).
78. Обработка операционного поля.
79. Послеоперационный уход за стоматологическим больным.
80. Разрезы и методика их проведения при различных патологических процессах в полости рта.
81. Виды швов: узловатый, погружной, косметический, разгружающий.
82. Наложение швов на раны в полости рта.
83. Особенности операций на лице и в полости рта.
84. Показания к удалению зуба.
85. Противопоказания к удалению зуба.
86. Операция удаления зуба, этапы.
87. Обработка раны после удаления зуба.
88. Заживление раны после удаления зуба.
89. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти (признаки угла, изгиба ручек, формы щечек).
90. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на верхней челюсти.
91. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти.
92. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью щипцов.
93. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью элеватора, долота, бормашины.
94. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти.
95. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на нижней челюсти.
96. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти.
97. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью щипцов.
98. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью элеватора, долота, бормашины.
99. Показания для проведения атипичного удаления зубов и корней.
100. Методика проведения атипичного удаления на верхней челюсти.
101. Методика проведения атипичного удаления на нижней челюсти.
102. Удаление зубов и корней с помощью долота, элеваторов, бормашины.
103. Ведение послеоперацинной раны у пациентов после сложного удаления зуба или его корня.
104. Удаление элеватором корней зубов после предварительной альвеолотомии.
105. Удаление элеватором корня зуба после предварительной трепанации альвеолярного отростка в проекции верхней трети корня.
106. Оптимизация репаративного остеогенеза после удаления зубов.
107. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, геморрагические диатезы, системные заболевания) к операции удаления зуба.
108. Подготовка больных с иммунодефицитом к удалению зуба.
109. Особенности удаления зубов у больных сахарным диабетом.
110. Удаление зуба у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией и сочетанной черепно-мозговой травмой.
111. Удаление зуба у онкостоматологических больных, в плане лечения которых предусмотрена дистанционная гамма-терапия.
112. Местные осложнения, возникающие во время удаления зубов.
113. Причины осложнений, возникающих во время удаления зубов.
114. Тактика врача при переломе удаляемого зуба или его корня; перелом или вывих соседнего зуба.
115. Лечение вывиха нижней челюсти.
116. Клиника и тактика врача при переломе нижней челюсти и отрыве бугра верхней челюсти.
117. Клиника и диагностика перфорации верхнечелюстной пазухи.
118. Тактика врача при перфорации и проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху.
119. Методика остановки кровотечения из лунки при удалении зуба; возможные причины.
120. Профилактика и оказание помощи при общих осложнениях: обмороке, коллапсе и анафилактическом шоке.
121. Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.
122. Причины местных осложнений, возникающих после удаления зуба.
123. Лечение альвеолита и луночковых болей.
124. Неврологические нарушения после удаления зуба. Их лечение и профилактика.
125. Луночковые кровотечения. Причины, лечение, профилактика.
126. Классификация и сравнительная частота воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
127. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтитов.
128. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита, клиническая картина и лечение.
129. Хронические периодонтиты, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение, показания к сохранению или удалению зуба.
130. Показания к операциям: резекции верхушки корня, ампутации корня зуба, гемисекции.
131. Техника выполнения операций: резекции верхушки корня, ампутации корня зуба, гемисекции.
132. Осложнения при резекции верхушки корня зуба: резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня.
133. Подготовка зуба к реплантации и техника операции.
134. Иммобилизация пересаженного зуба.
135. Особенности приживления зубов и прогноз.
136. Аутотрансплантация зуба, аллотрансплантация зубов.

**Модуль 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области**

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого гнойного периостита.
2. Клиническая картина и лечение периостита верхней челюсти.
3. Особенности клинической картины и лечения абсцесса твердого неба.
4. Клиническая картина и лечение периостита нижней челюсти.
5. Хронический периостит. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
6. Классификация аномалий прорезывания зубов.
7. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости – перекоронит.
8. Этиология, патогенез, клиническая картина острого перикоронита.
9. Клиническая картина гнойного перикоронита.
10. Хронический перикоронит.
11. Позадимолярный периостит. Клиника, дифференциальная диагностика.
12. Лечение перикоронита и позадимолярного периостита.
13. Осложнение перикоронита и позадимолярного периостита.
14. Клиническая картина при неполном прорезывании зуба (полуретинированный зуб). Лечение.
15. Дистопия зубов, клинические проявления, показания к удалению зуба.
16. Ретенция зубов, клинические проявления, показания к оперативному вмешательству.
17. Особенности удаления ретенированных зубов на верхней и нижней челюсти.
18. Классификация остеомиелита челюсти (гематогенный, одонтогенный, контактный, травматический, огнестрельный).
19. Этиология, патогенез и патологическая анатомия одонтогенного остеомиелита челюсти.
20. Предрасполагающие факторы возникновения острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
21. Клиническое течение острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
22. Особенности течения остеомиелита на верхней и нижней челюстях.
23. Особенности течения одонтогенного остеомиелита в юношеском возрасте.
24. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и остеомиелита челюстей.
25. Принципы лечения острого одонтогенного остеомиелита (хирургические вмешательства, медикаментозная и физиотерапия, симптоматическое лечение).
26. Клиническая картина подострой стадии остеомиелита челюсти.
27. Клинические варианты течения хронического одонтогенного остеомиелита.
28. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита.
29. Лечение хронического остеомиелита.
30. Осложнения остеомиелита.
31. Профилактика остеомиелита челюсти.
32. Анатомия лимфатической системы лица и шеи.
33. Классификация лимфаденитов.
34. Этиология, клиника, патологическая анатомия, дифференциальная диагностика и лечение лимфангитов.
35. Этиология, клиника, патологическая анатомия, дифференциальная диагностика и лечение острого лимфаденита лица и шеи.
36. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика хронических лимфаденитов.
37. Лечение хронических лимфаденитов лица и шеи.
38. Клиническая картина аденофлегмоны. Лечение.
39. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области.
40. Хирургическая анатомия верхнечелюстной пазухи.
41. Этиология и патогенез одонтогенных синуситов.
42. Острый одонтогенный синусит, клиника, диагностика и лечение.
43. Хронический одонтогенный синусит, клиника, дифференциальная диагностика, методы консервативного лечения.
44. Оперативные методы лечения хронических синусотов.
45. Осложнения после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.
46. Клиника, диагностика перфораций верхнечелюстной пазухи.
47. Одонтогенные свищи верхнечелюстной пазухи, клинические проявления, диагностика.
48. Показания к оперативному вмешательству.
49. Хирургические способы устранения ороантральных свищей.
50. Профилактика одонтогенных верхнечелюстных синуситов, перфораций и свищей верхнечелюстной пазухи.
51. Этиология, патогенез, патологическая анатомия актиномикоза челюстно-лицевой области.
52. Клинические формы актиномикоза лица, шеи, челюстей и полости рта.
53. Клиническая картина кожной, подкожной, слизистой, подслизистой форм актиномикоза.
54. Однонтогенная актиномикозная гранулема. Диагностика, принципы лечения.
55. Подкожно-межмышечная форма актиномикоза. Диагностика, принципы лечения.
56. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза лимфатических узлов.
57. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза периоста.
58. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза челюстей.
59. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза слюнных желез, языка.
60. Диагностика и дифференциальная диагностика актиномикоза миндалин, верхнечелюстной пазухи.
61. Комплексное лечение актиномикоза челюстно-лицевой области.
62. Профилактика актиномикоза.
63. Этиология, патогенез патологическая анатомия туберкулеза челюстно-лицевой области.
64. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза челюстно-лицевой области.
65. Клиническая картина туберкулеза кожи, слизистой оболочки полости рта.
66. Первичный и вторичный туберкулезный лимфаденит.
67. Туберкулез слюнных желез.
68. Туберкулез челюстей.
69. Принципы лечения туберкулеза челюстно-лицевой области.
70. Этиология, патогенез сифилиса челюстно-лицевой области.
71. Клиническая картина первичного, вторичного, третичного периода сифилиса.
72. Диагностика и дифференциальная диагностика сифилиса. Принципы лечения.
73. Этиология, патогенез и патологическая анатомия фурункула и карбункула лица.
74. Клиническая картина фурункула лица, принципы лечения.
75. Клиническая картина карбункула лица, принципы лечения.
76. Профилактика фурункула и карбункула лица.
77. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения сибирской язвы.
78. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения рожи лица.
79. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиническая картина, принципы лечения номы лица.
80. Профилактика сибирской язвы.
81. Профилактика рожи лица.
82. Профилактика номы лица.
83. Клинические методы обследования слюнных желез.
84. Рентгенографическое исследование.
85. Сиалаграфия.
86. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика болезни Микулича, клинические проявления, лечение.
87. Синдром Шегрена, клинические проявления, диагностика и лечение.
88. Хирургическая анатомия слюнных желез.
89. Методы исследования слюнных желез, контрастная рентгенография.
90. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез.
91. Дифференциальная диагностика острых неспецифических заболеваний слюнных желез.
92. Эпидемический паротит, клиника, диагностика и лечение.
93. Острый неэпидемический паротит, клиника и диагностика.
94. Послеоперационный паротит.
95. Острое воспаление подчелюстных слюнных желез.
96. Лечение острых неэпидемических сиалоаденитов.
97. Хроническое воспаление слюнных желез.
98. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
99. Слюннокаменная болезнь, диагностика и лечение.
100. Калькулезный сиаладенит, клиническое проявление.
101. Лечение слюннокаменной болезни, оперативный уход при удалении слюнных камней.
102. Этапы удаления подчелюстной слюнной железы.
103. Механизм образования слюнных свищей.
104. Классификация и методы исследования слюнных свищей.
105. Клинические проявления и дифференциальная диагностика слюнных свищей.
106. Лечение слюнных свищей консервативными или хирургическими методами.
107. Кисты слюнных желез, клиника и лечение.
108. Этиология и патогенез невралгий тройничного нерва.
109. Клиника и невралгия I ветви тройничного нерва.
110. Клиника и невралгия II ветви тройничного нерва.
111. Клиника и невралгия III ветви тройничного нерва.
112. Лечение невралгий тройничного нерва.
113. Клинические проявления, дифференциальная диагностика невралгий тройничного нерва с невритом, прозопальгическими болями, одонталгией и синдромом патологического прикуса.
114. Консервативное и хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.
115. Последствия поражения лицевого нерва.
116. Паралич мимической мускулатуры.
117. Показания к оперативному методу лечения (сшивание нерва, фасциальная, мышечная и кожная пластика).
118. Методы лечения невритов тройничного нерва.
119. Топографическая анатомия скуловой, подглазничной и щечной области.
120. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса.
121. Клиническая картина абсцесса и флегмоны скуловой, подглазничной и щечной области.
122. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне скуловой, подглазничной и щечной области.
123. Комплексное лечение больных с абсцессамии флегмонами скуловой, подглазничной и щечной области.
124. Топографическая анатомия височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
125. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса.
126. Клиническая картина абсцесса и флегмоны височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
127. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
128. Комплексное лечение больных с абсцессамии флегмонами височной области, крыловидно-небной и подвисочной ямок, языка.
129. Топографическая анатомия поднижнечелюстного и подподбородочного треугольника, околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.
130. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в поднижнечелюстном и подподбородочном треугольнике, околоушно-жевательной и подмассетериальной областях.
131. Клиническая картина абсцесса и флегмоны поднижнечелюстного и подподблородочного треугольника.
132. Клиническая картина абсцесса и флегмоны околоушно-жевательной и подмассетериальной области.
133. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного и подподбородочного треугольника, околоушно-жевательной и подмассетериальной областей.
134. Топографическая анатомия крыловидно-нижнечелюстного пространства подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространства.
135. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в крыловидно-нижнечелюстном пространстве, в подъязычной и позадичелюстной областях, окологлоточном пространстве.
136. Клиническая картина абсцесса и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространства.
137. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной и позадичелюстной областей, окологлоточного пространств.
138. Топографическая анатомия клетчаточных пространств дна полости рта.
139. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.
140. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцесса и флегмоны глазницы, флегмоны дна полости рта, гнилостно-некротической флегмоны лица и шеи.
141. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага при флегмоне дна полости рта и гнилостно-некротические флегмоне лица и шеи.
142. Причины возникновения внутричерепных одонтогенных осложнений.
143. Клиника тромбофлебита вен лица.
144. Пути распространения инфекции в кавернозный синус.
145. Клиника и диагностика тромбоза кавернозного синуса.
146. Профилактика внутричерепных осложнений.
147. Предрасполагающие факторы возникновения одонтогенного сепсиса. Основные клинические проявления одонтогенного сепсиса.
148. Клинические проявления септического шока. Основные принципы лечения одонтогенного сепсиса и септического шока.
149. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса.
150. Клинические проявления токсикоинфекционного шока при воспалительных заболеваниях лица и шеи.
151. Клинические проявления контактного одонтогенного медиастинита.
152. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика и комплексное лечение одонтогенного медиастинита.
153. Профилактика сепсиса и медиастинита.

**Модуль 4. Детская хирургическая стоматология**

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Виды местного обезболивания, особенности его проведения у детей.
3. Показания и противопоказания к общему и местному обезболиванию при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей.
4. Определение понятия премедикация. Цель и задачи премедикации.
5. Схемы премедикации перед стоматологическим вмешательством у детей разных возрастных групп (3-6 лет; 6-15 лет).
6. Осложнения местного характера при проведении местной анестезии.
7. Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов у детей и подростков.
8. Особенности операции удаления молочных и постоянных зубов у детей при острых воспалительных процессах.
9. Удаление зубов по ортодонтическим показаниям.
10. Осложнения во время и после операции удаления зубов у детей.
11. Предупреждение и лечение осложнений при удалении зубов.
12. Сверхкомплектные зубы. Клиническая картина, показания к хирургическому лечению.
13. Местные и общие факторы, приводящие к задержке прорезывания зубов.
14. Ретенированные зубы. Клиническая картина, показания к хирургическому лечению.
15. Тактика врача-стоматолога при наличии сверхкомплектных и ретенированных зубов у детей.
16. Этиология, патогенез, клиническая картина острого серозного периостита. Диагностика, лечение.
17. Клиническая картина острого гнойного периостита. Диагностика, лечение.
18. Клиническая картина хронического периостита. Диагностика, лечение.
19. Этиология, патогенез, клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита. Диагностика, лечение.
20. Этиология, патогенез, клиническая картина острого гематогенного остеомиелита. Диагностика, схема обследования больного, лечение.
21. Клиническая картина хронического остеомиелита у детей. Диагностика, лечение.
22. Клиническая картина травматического остеомиелита. Формы заболевания. Лечение.
23. Показания к госпитализации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
24. Этиология одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей.
25. Классификация лимфаденитов по этиологии и течению.
26. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острого серозного лимфаденита.
27. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острого гнойного лимфаденита.
28. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронического лимфаденита.
29. Клиника, диагностика и лечение аденофлегмона челюстно-лицевой области.
30. Клиника, диагностика и лечение абсцессов челюстно-лицевой области.
31. Клиника, диагностика и лечение флегмон челюстно-лицевой области.
32. Классификация кист челюстей.
33. Патогенез одонтогенных кист воспалительного и невоспалительного происхождения.
34. Клиническая картина радикулярной и фолликулярной кист челюсти.
35. Дифференциальная диагностика кист.
36. Операция цистотомия и цистэктомия: техника выполнения, показания.
37. Ведение послеоперационного периода у детей, прооперированных по поводу кист челюстей.
38. Причины повреждения мягких тканей полости рта и лица у детей.
39. Особенности первичной хирургической обработки ран лица.
40. Ожоги и отморожения. Клиническая картина, лечение, осложнения.
41. Общие показания к пластическим операциям в детском возрасте.
42. Вывихи и переломы зубов у детей: лечение, методы иммобилизации.
43. Ушибы и переломы костей лица у детей, методы фиксации костных отломков, сроки заживления переломов.
44. Возможные осложнения и методы их предупреждения.
45. Принципы реабилитации детей, перенесших травму челюстно-лицевой области.
46. Эмбриональное развитие лица и челюстей. Возможные причины нарушения эмбрионального развития лица и челюстей. Эндогенные и экзогенные факторы риска.
47. Анатомические и функциональные нарушения при врожденных пороках развития лица, расщелины верхней губы и неба.
48. Классификация врожденных пороков развития лица, расщелины верхней губы и неба.
49. Медико-генетическое консультирование больных и их родственников как метод профилактики врожденных пороков развития.
50. Принципы комплексного лечения детей при врожденной расщелине верхней губы и неба.
51. Операция при деформациях губы и носа после хейлопластики.
52. Показания к хирургическому лечению вторичных деформаций челюстей у больных с расщелинами неба.
53. Специалисты, осуществляющие диспансерное наблюдение, лечение, реабилитацию детей врожденной патологией челюстно-лицевой области.
54. Клиническая картина, диагностика и лечение врожденных кист и свищей челюстно-лицевой области и шеи.
55. Клиническая картина, диагностика и лечение дермоидных и эпидермоидных кист.
56. Короткая уздечка языка. Клиника, хирургическое лечение. Обезболивание при операциях. Ведение больного после операции.
57. Короткая уздечка верхней губы. Клиника, хирургическое лечение. Обезболивание при операциях. Ведение больного после операции.
58. Мелкое преддверие рта. Клиника, хирургическое лечение. Обезболивание при операциях. Ведение больного после операции.
59. Клинико-рентгенологическое обследование детей с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
60. Классификация, этиология, патогенез заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
61. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
62. Лечение остеоартрита, остеоартроза, костного анкилоза, неоартроза.
63. Вторичный деформирующий остеоартроз. Причины развития. Клиника, диагностика. Комплексное лечение.
64. Этиология и патогенез функциональных заболеваний ВНЧС у подростков. Юношеская дисфункция ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
65. Воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
66. Особенности опухолей у детей.
67. Классификация опухолей.
68. Клиническая картина, диагностика и лечение сосудистых образований - гемангиома, лимфангиома.
69. Клиническая картина, диагностика и лечение фибромы, папилломы.
70. Клиническая картина, диагностика и лечение одонтогенных опухолей челюстей.
71. Клиническая картина, диагностика злокачественных опухолей мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей.
72. Принципы лечения злокачественных опухолей мягких тканей, органов полости рта и челюстных костей у детей.
73. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.
74. Онкологическая настороженность детского стоматолога.
75. Принципы комплексной реабилитации детей с новообразованиями челюстно-лицевой области.

**Модуль 5. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта**

1. История развития дентальной имплантологии в России и за рубежом. Обследование стоматологического больного при планировании имплантологического лечения.
2. Дополнительные хирургические вмешательства. Подготовка слизистой оболочки.
3. Реакция костной ткани на функциональную нагрузку (увеличение функциональной нагрузки, снижение функциональной нагрузки).
4. Назначение и виды хирургических шаблонов. Сроки лечения при дентальной имплантации.
5. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантатах.
6. Направленная костная регенерация. Виды мембран. Аугментация.
7. Атрофия и остеопороз челюстей.
8. Особенности при лечении с помощью пластиночных имплантатов.
9. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
10. Виды костной пластики. Аутокостная пластика.
11. Особенности протезирования на имплантатах при немедленной нагрузке.
12. Виды остеопластических материалов для оптимизации остеоинтеграции.
13. Операции при недостаточном объеме кости на верхней челюсти.
14. Конструкции протезов при одиночных дефектах зубных рядов.
15. Классификация дентальных имплантатов. Морфо-физиологические основы дентальной имплантации.
16. Операции при недостаточном объеме кости на нижней челюсти. Бонспридиниг. Транспозиции и латерализация нижнелуночкового нерва.
17. Реабилитация пациентов с помощью дентальных имплантатов.
18. Хирургический протокол. Этапы.
19. Последовательность клинико-лабораторных этапов протезирования металлокерамическими зубными протезами с опорой на одноэтапные имплантаты.
20. Конструкции протезов при включенных дефектах зубных рядов.
21. Биохимические и термодинамические свойства имплантационных материалов.
22. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.
23. Особенности одноэтапного и двухэтапного подходов к дентальной имплантации.
24. Ошибки и осложнения дентальной имплантации.
25. Определение понятия остеоинтеграции. Факторы, влияющие на остеоинтеграцию. Оптимизация остеоинтеграции.
26. Причины переломов имплантатов. Тактика лечения. Профилактика.
27. Показания к применению дентальных имплантатов. Абсолютные, относительные противопоказания и факторы риска.
28. Воспалительные осложнения после дентальной имплантации.
29. Осложнения после синуслифтинга.
30. Конструкции протезов при полном отсутствии зубов.
31. Базовые конструкции неразборных имплантатов. Стандартные размеры современных неразборных имплантатов.
32. Нарушения интеграции. Ремоделирование кости.
33. Конструкционные свойства имплантатов. Внутрикостная часть, внекостная часть. Поверхность имплантата. Стерилизация. Соединение элементов имплантата.
34. Планирование ортопедического лечения на имплантатах.
35. Предоперационная подготовка. Обезболивание, премедикация.
36. Косметические недостатки после имплантологического лечения. Способы их устранения.
37. Оборудование, инструменты и расходные материалы.
38. Базовые конструкции разборных имплантатов. Стандартные размеры современных разборных имплантатов.
39. Виды дентальной имплантации: одноэтапная, двухэтапная, отсроченная, непосредственная.
40. Периимплантит. Причины, клиника, лечение.

**Модуль 6. Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей**

1. Особенности гистологического строения кожных покровов лица и слизистой оболочки полости рта.
2. Основные анатомические структуры кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области и шеи.
3. Какие методы объективного обследования используются для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи?
4. Основные дополнительные методы обследования для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи?
5. Физиологические особенности влияют на репаративно-регенеративный потенциал тканей челюстно-лицевой области и шеи?
6. Основные цели пластической хирургии челюстно-лицевой области.
7. Основные задачи пластической хирургии челюстно-лицевой области.
8. Основные исторические этапы развития пластической восстановительной и реконструктивной хирургии.
9. Основные разделы пластической хирургии челюстно-лицевой области в зависимости от цели.
10. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и шеи.
11. Показания для проведения восстановительных и реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.
12. Местные противопоказания для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области.
13. Общие противопоказания для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области.
14. Группы больных с возможными типами психоневрологического статуса реакции на проведение пластических операций.
15. Основные биологические принципы пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи.
16. Основные принципы планирования пластических операций челюстно лицевой области и шеи.
17. Дополнительные методы обследования, которые могут использоваться при планировании пластических операций в области лица и шеи.
18. Основные оперативно-технические принципы восстановительных и реконструктивных операций челюстно-лицевой области и шеи.
19. На какие основные группы подразделяются пластические оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области в зависимости от особенностей оперативно-технических приемов?
20. Дайте определение понятия «лоскут».
21. Дайте определение понятия «трансплантат».
22. Заживление вторичным натяжением.
23. Лоскут из скальпа.
24. Лоскут из щеки (шейно-лицевой лоскут).
25. Лоскут «О-Т».
26. Лоскут «O-Z».
27. Лоскут «О-Т».
28. Лоскут в виде ноты.
29. Двудольный лоскут.
30. Лобный лоскут.
31. Носогубный лоскут.
32. Осложнения после использования лоскутов. Профилактика и лечение.
33. Отсроченный лоскут.
34. Длительное растягивание тканей.
35. Быстрое интраоперационное растягивание.
36. Показания к растягиванию тканей.
37. Обычное растягивание тканей.
38. Быстрое интраоперационное раястягивание.
39. Осложнения после растягивания тканей.
40. Кожно-мышечный лоскут с большой грудной мышцы.
41. Кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
42. Нижний островковый кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
43. Верхний лоскут с трапециевидной мышцей.
44. Боковой островковый кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
45. Кожно-мышечный лоскут с грудино-ключично-сосцевидной мышцей.
46. Кожно-мышечный лоскут с подкожной мышцей.
47. Кожно-мышечный лоскут с широчайшей мышцей спины.
48. Лоскут из височной мышцы.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Модуль 1. Обезболивание в стоматологии**

**Задача 1.** Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 2.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Задача 3.** К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 4.** Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 5.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 6.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 7.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Задача 8.** Пациенту, 55 лет, с вторичной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 34, 35 зубовпо поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был око­ло года назад.

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

**Задача 9.** Пациентке, 20 лет, предстоит удаление ретенированного и дистопированного зуба 48. Сопутствующая патология отсутствует.

1. Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

**Задача 10.** У пациента, 32лет, двусторонний перелом нижней челюсти в области зубов 32, 33и в области мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

1. Какие способы обезболивания нужно провести для наложения гнутых проволочных бимаксилярных шин с зацепными петлями?

**Модуль 2. Оперативные вмешательства в полости рта**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 60 лет, поступила с просьбой в целях протезирования уда­лить зубы 16, 27. Местно: вторичная частичная адентия. Зубы 16, 27 на 1/2 длины кор­ней, зубы ранее леченые, подвижность II-III степени, отмечается атрофия костной ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления зубов 16, 27?
3. Особенности вывихивающих движений при удалении моляров на верхней челюсти.

**Задача 4.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на постоянную травму щеки слева коронковой частью зуба 28. Местно: зуб 28 расположен жевательной поверх­ностью в щечную сторону. На слизистой оболочке щечной области слева, соответственно проекции коронковой части зуб 28, определяется декубитальная язва, размером 0,5x0,5 см, резко болезненная, покрытая фибринозным напетом, слизистая оболочка по периферии язвы незначительно отечна и гиперемирована.

1. Какие щипцы используют для удаления зуба 28?
2. Какой инструмент может быть использован для удаления зуба 28?
3. Особенности удаления зубов 18, 28.

**Задача 5.** Больная, 55 лет, поступила с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32, не­возможность приема пищи. Местно: определяется у зубов 42, 41, 31, 32 подвижность II-III степени. При рентгенологическом исследовании отмечается атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используют для удаления нижних резцов?
3. Особенности удаления зубов 42, 41, 31, 32.

**Задача 6.** Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного зуба 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюст­ной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть зуба 27. При рентгенологическом исследовании зуба 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни зуба 27, при ревизии лунки обна­ружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как уста­новить клинически наличие перфорации?
3. Тактика врача в данном случае?

**Задача 7.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 26, обнаружено сообще­ние с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни зуба 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику поведения врача в данной ситуации.
3. Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом?

**Задача 8.** Больной, 48 лет, во время удаления корней зуба 16 произошло проталки­вание небного корня верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка зуба 16 пустая, имеется сообщение в области лунки зуба 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти в определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины данного осложнения?
3. Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 9.** Больную, 26 лет, беспокоят постоянные боли в области зуба 38.Зуб ранее лечен. Местно: зуб 38частично разрушен, изменен в цвете, перкуссия болез­ненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие щипцы используются при удалении зуба 38?
3. Особенности удаления зуба 38.

**Задача 10.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на разрушение коронковой части зуба 27. Зуб ранее лечен. Местно: у зуба 27 коронковая часть разрушена, кор­ни не разъединены, слизистая оболочка без видимой патологии.

1. Какие инструменты можно использовать для удаления корней верхних моляров?
2. Какие дополнительные мероприятия необходимо предпринять для удаления корней при невозможности их удаления щипцами?

**Модуль 3. Воспалительные заболевания**

**Задача 1.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодически возни­кающую припухлость в области зуба 22. Местно: отмечается незначительная болезненность при перкуссии зуба 22, глубокая кариозная полость, при ЭОД зуб не реагирует. При рентгенологическом исследовании: канал корня зуба 22 не запломбирован, в области верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими границами, размером 0,5x0,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операцией?
3. Какая операция показана в данном случае и какова техника ее выполнения?

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°С. При по­ступлении: температура тела 38.0°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в склад­ку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 17, 16.Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

**Задача 4.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подборо­дочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: темпе­ратура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, соби­рается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспоко­ит, отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Задача 5.** Больной, 27 лет, поступил с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Травму получил в автомобильной катастрофе. В анамне­зе: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно бес­покоит тошнота, потеря аппетита, жажда, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная, допол­нительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больно­го выражен посттравматический отек левой половины лица, множествен­ные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На втором этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5°С, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъ­юнктивального мешка. Появился отек обоих век правого глаза, экзо­фтальм слева. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижать­ся. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отме­чается резкая боль. Движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
2. Укажите какие, наиболее серьезные осложнения могут развиться в данном случае.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Какие признаки несущественны для данного заболевания?

**Задача 6.** Больной, 28 лет, в состоянии алкогольного опьянения был избит не­известными на улице пять дней назад. К врачу до настоящего момента не обращался. При обращении жалуется на постоянные ноющие боли в пра­вой височной области, иррадиирующие в затылочную, теменную области и шею. Также жалуется на резко болезненную припухлость в правой ви­сочной области, ограничение открывания рта, боли и ограничение боко­вых движений нижней челюсти. Наиболее интенсивно перечисленные симптомы нарастали в течение последних суток. При объективном обсле­довании определяется одутловатость лица за счет множественных отеков, подкожных и внутрикожных гематом. Имеются множественные ссадины, царапины, находящиеся в стадии эпителизации. Открывание рта до 1,5 см, болезненное, боковые движения отсутствуют, при попытке боковых дви­жений возникает резкая боль в правой височной области. В правой височ­ной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфиль­трат, занимающий 2/3 области. Кожа над ним резко гиперемирована, в складку не собирается. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При внутриротовом осмотре множественные корни разрушенных зубов, обилие поддесневых и наддесневых зубных отложений, явления выра­женного гингивита. При рентгенологическом обследовании кроме множе­ственных очагов хронического периодонтита выявляется гомогенное за­темнение обеих верхнечелюстных пазух. Данных за наличие перелома костей лицевого и мозгового черепа не выявлено.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем связано развитие данного заболевания.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.

**Задача 7.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной при­пухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, слегка уплотненная, слабо болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области паль­пируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: зубы 48, 46, 45, 34, 35, 36, 38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъ­язычной области пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. С чем, по Вашему мнению, может быть связано возникновение абсцесса?

**Задача 8.** Больной, 65 лет, обратился с жалобами на наличие слабо болезненной припухлости под языком. Из анамнеза: припухлость впервые обнаружил около 20 дней назад, когда появилась незначительная болезненность. Принимал антибиотики, однако, положительной динамики не отмечалось. Обратился к стоматологу по месту работы. Поставлен диагноз: абсцесс подъязычной области. Произведен разрез. В течение пяти дней после это­го выраженной положительной или отрицательной динамики также не отмечалось. Однако после вскрытия абсцесса отмечает ограничение от­крывания рта, болезненность при глотании. У больного дополнительно выяснено, что перед вскрытием абсцесса стоматолог удалил корни зуба 47. Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. В подъязычной области мягкие ткани инфильтрированы больше справа. Границы инфильтрата нечеткие. Пальпация слабо болез­ненна. Слизистая оболочка над инфильтратом немного отечна, слабо гиперемирована, цианотична. В центре инфильтрата имеется разрез длиной около 1,5 см. Отделяемого нет. Слизистая оболочка в области крыловид­но-челюстной складки справа незначительно отечна. Медиальная крыло­видная мышца справа уплотнена, болезненна. Инфильтрации тканей в этой области не определяется.

1. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?
4. Укажите несущественные признаки заболевания, дайте им объяснение.

**Задача 9.** Больной, 28 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: слепое осколочное ранение позадичелюстной области и верхне-боковой области шеи слева. В результате ранения больной перенес массивную кровопотерю. Диагности­рован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удале­но инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали быстро нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю передне-боковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боли в области раны усиливались, затем присоединились боли в области груд­ной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боли в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. Каких данных не достает для уточнения диагноза?

**Задача 10.** Больной, 43 лет, 2 недели назад обратился в медсанчасть по месту работы по поводу фурункула верхней губы. Врачом была назначена по­вязка с ихтиоловой мазью на область фурункула. В течение последующих трех дней больной к врачу не обращался, самостоятельно пытался удалить некротический стержень, после чего его состояние стало резко ухудшаться. Появились головные боли, слабость, озноб, температура повышалась до 38,5°С. Нарастал отек правой половины лица. Бригадой скорой помощи больной доставлен в челюстно-лицевое отделение. При поступлении состояние средней тяжести, отмечается выражен­ная интоксикация, озноб, температура тела 39,5°С. Выраженный отек средней зоны лица справа. В области верхней губы абсцедирующий фу­рункул со сформировавшимся стержнем, выделяется гной. По ходу угловой вены справа пальпируется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожа над ним гиперемирована напряжена, имеет синюшный оттенок. Коньюктива век отечна гиперемированна. Движение глазных яблок свободное, безболезненное. Больному произведено вскрытие гнойно-некротического очага в области фурункула и по ходу угловой вены. Несмотря на проведенное местное общее противовоспалительное лечение состояние больного про­должало ухудшатся. Присоединились признаки выпадения функций черепно-мозговых нервов: глазодвигательного, блокового и отводящего, что сопровождалось септикопиемическим состоянием. Развился отек век и экзофтальм с двух сторон, нарушение зрения.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите основные признаки, характеризующий данный вид осложнения.
3. Консультация каких специалистов необходима при лечении данного больного.

**Модуль 4. Детская хирургическая стоматология**

**Задача 1.** У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 7I, 7V зубы по поводу хронического периодонтита, ко­торый лечению не подлежит.

1. Ваши мероприятия по обезболиванию?

**Задача 2.** Родители пациента, 16 лет, с болезнью Дауна обратились к Вам с просьбой по поводу санации полости рта у сына. После осмотра, со значи­тельными трудностями, Вам удалось установить, что пациенту необходи­мо лечить множественный средний кариес зубов и удалить пять разру­шенных зубов по поводу хронического периодонтита.

1. Посовещавшись с анестезиологом, какой вид и способ обезболивания Вы выберете для проведения санации полости рта в один сеанс?

**Задача 3.** У больного 3-х лет имеется полная расщелина твердого и мягкого неба.

1. Какой вид и способ обезболивания показан при проведении радикальной уранопластики?

**Задача 4.** Больная В., 16 лет, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли и припухлость в области нижней челюсти слева. Больна в течение 1 года, когда появились ноющие боли в 3.6 зубе, который был в начале депульпирован и запломбирован. После этого через 1,5 месяца появилась припухлость в области альвеолярного отростка и тела нижней челюсти, постоянные ноющие боли. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, определяется асимметрия лица за счет деформации левой половины нижней челюсти, при пальпации – тело челюсти утолщено, болезненно. Лунка 3.6 зуба полностью эпителизировалась. Анализы крови и мочи без существенных изменений. На рентгенограмме определяется большое количество мелких и средних очагов деструкции костной ткани в области тела нижней челюсти слева. Кортикальная пластинка по краю тела челюсти разрушена, надкостница утолщена.

1. Поставьте предварительный диагноз (МКБ-10).
2. Методы профилактики данной патологии.
3. Алгоритм выполнения основных врачебных манипуляций.
4. Составьте протокол ведения пациента с данной патологией. действия.

**Модуль 5. Имплантология и реконструктивная хирургия**

**Задача 1.** Пациент С., 53 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на затрудненный прием пищи из-за отсутствия зубов в боковом отделе нижней челюсти слева. Из анамнеза был несъемный протез с опорами на 34, 37 зубах. Около недели назад протез был снят, 34 зуб удален в связи с полным разрушением коронковой части и невозможностью его использования для ортопедической конструкции.

Общее состояние здоровья удовлетворительное, сопутствующих заболеваний не отмечает.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. определите наличие показаний и противопоказаний для лечения с помощью дентальной имплантации.
4. Назовите этапы и сроки лечения в случае применения имплантатов.

**Задача 2.** Пациентка П., 42 лет. Обратилась с жалобами на припухлость левой щеки, болезненность в области верхней челюсти слева.

Анамнез: две недели назад был удален зуб 25 по поводу хронического периодонтита с непосредственной дентальной имплантацией. Удаление зуба было сложным. Через 3 дня появилась боль в области имплантата и соседнего 26 зуба. Проведено противовоспалительное лечение. Боль прекратилась. Два дня назад после переохлаждения появилась болезненность в области лунки имплантата, припухлость десны.

Данные объективного исследования: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,2°С. Конфигурация лица изменена за счет отека тканей левой щеки, пальпация этой области болезненна. В полости рта в области лунки 25 переходная складка умеренно сглажена за счет инфильтрации. Пальпация болезненна. Слизистая оболочка отечна и гиперемирована в этой области. При пальпации тканей в области имплантата 25 выделяется гной из-под десневого края. Имплантат с формирователем десны.

1. Проведите дообследование пациентки.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечение.
4. Дайте прогноз для дентального имплантата, здоровья пациентки.

**Задача 3.** Пациентка Н., 35 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику с целью получения лечения и восстановления жевательной эффективности. Жалобы на неудобство при жевании из-за отсутствия части зубов верхней челюсти слева. Со слов пациентки зубы были удалены около года назад из-за разрушения коронок и осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена. Кожные покровы физиологического розового оттенка. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Открывание рта – на 3,5-4 см, без парафункций. В полости рта отсутствуют 25 26 зубы. Отмечается умеренно выраженная атрофия альвеолярного отростка этой локализации с сужением гребня до 3-5 мм. Пальпация безболезненна. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая. При рентгенологическом исследовании деструктивных изменений костей лица нет, определяется нормальная пневматизация верхнечелюстной пазухи слева. Высота нижней стенки верхнечелюстной пазухи – 1-2 мм.

1. Дообследуйте пациентку.
2. Поставьте диагноз
3. Предложите варианты лечения и выберите оптимальный.
4. Каков план лечения в случае дентальной имплантации?
5. Какие дополнительные вмешательства потребуются?
6. Расскажите ход операции.
7. Какие осложнения возможны?

**Задача 4.** Пациентка Р., 65 лет, обратилась с жалобами на нарушение жевания, речи и эстетики из-за полного отсутствия зубов на верхней и нижней челюстях. Пользуется полными съемными протезами в течение более 5 лет. Протез на верхней челюсти фиксируется хорошо, протез на нижней челюсти плохо фиксируется. Соматический фоновых заболеваний не отмечает

Объективно: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Нижняя треть лица снижена из-за полного отсутствия зубов. Кожные покровы обычного розового оттенка, высыпаний не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Пальпация мягких тканей и костей лица патологических изменений не выявило. Открывание рта на 3,5-4 мм. Прикус не фиксирован. В полости рта выраженная атрофия кости альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. На нижней челюсти зона прикрепленной десны практически полностью отсутствует. При пальпации нижней челюсти определяется выраженная атрофия кости по толщине и высоте. Слизистая оболочка полости рта достаточно увлажнена, бледно- розового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
3. Предложите возможные варианты восстановления жевательной функции.
4. Определите наличие условий и показания для применения метода all-on-four.
5. Расскажите об этапах лечения при применении метода all-on-four.

**Задача 5.** Пациент Р., 63 лет, обратился с жалобами на дискомфорт при жевании из-за отсутствия части зубов верхней челюсти справа. Зубы удалены по поводу осложненного кариеса более 3 месяцев назад. Страдает хроническим пиелонефритом, гипертонической болезнью. Ранее были установлены имплантаты на нижней челюсти

Объективно: Конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Прикус не фиксирован. Атрофия кости альвеолярного отростка верхней челюсти умеренно выраженная по высоте. Слизистая оболочка полости рта бледно розовая. Зубы 18 27 под искусственными коронками. В 28 зубе обширная пломба. Перкуссия безболезненна.

На ОПТГ отмечается разрежение кости вокруг корней 18, 27, 28 зубов с нечеткими контурами.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к дентальной имплантации.
3. Какие варианты лечения можете предложить.
4. Выберите оптимальный вариант лечения.
5. Опишите этапы лечения.

**Задача 6.** Пациентка Г., 48 лет обратилась с жалобами на дискомфорт и недостаточное пережевывание пищи из за отсутствия части зубов на нижней и верхней челюсти, эстетический дискомфорт. Зубы удалены в связи с осложненным кариесом более года назад. Фоновой соматической патологии не отмечает

Объективно: Конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Открывание рта в пределах 4 см, без парафункции. Прикус ортогнатический. Умеренная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих 25, 46 зубов. На ОПТГ костно-деструктивных изменений не определяется. Слизистая оболочка умеренно увлажнена, бледно-розового цвета

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. Определите показания и противопоказания к дентальной имплантации.
3. Какой вид дентальной имплантации показан данной пациентке?
4. Каковы сроки и этапы лечения?

**Задача 7.** Пациентка Ш., 57 лет Жалобы на дискомфорт и недостаточное пережевывание пищи из-за отсутствия части зубов на верхней челюсти. Зубы удалены в связи с осложненным кариесом. Ранее проводилась дентальная имплантация

Объективно: Конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Открывание рта в пределах 4 см, без парафункции. Прикус ортогнатический. Умеренная атрофия кости альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих 17 16 15 зубов. Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренна увлажнена, высыпаний нет. На оптг костно-деструктивных изменений не определяется, высота нижней стенки верхне-челюстной пазухи справа 1-3 мм. Отмечается отек слизистой оболочки пазухи

1. Поставьте диагноз.
2. Дообследуйте пациентку.
3. Составьте план лечения.
4. Какое дополнительное вмешательство необходимо?
5. Каковы сроки лечения?

**Задача 8.** Пациент Д., 45 лет Жалоб особых нет. 4 месяца назад была проведена дентальная имплантация непосредственно после удаления зубов

Объективно: Конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Кожа бледно розовая. Прикус ортогнатический. Раны вокруг формирователей десны зажили. Перкуссия безболезненна. Отмечается незначительная подвижность 21 имплантата. Вращение вокруг оси при нагрузке не получилось (торк ~30 ньютон). Слизистая оболочка розовая. На прицельной рентгенограмме вокруг 21 22 имплантатов деструктивных изменений не отмечается.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите причину подвижности имплантата, наличие осложнения.
3. Определите тактику лечения.

**Задача 9.** В стоматологическую клинику обратился пациент М., 40 лет, с жалобами на дискомфорт при жевании в области установленного имплантата, боль в области имплантата.

Анамнез заболевания: 4 месяца назад был установлен одноэтапно имплантат 2.5. Пациент на перевязки не ходил, режим не соблюдал.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, цвет кожных покровов не изменен, при пальпации регионарные лимфатические узлы не изменены.

В полости рта: имплантат 2.5 с формирователем десны, слизистая вокруг гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации, незначительное гнойное отделяемое, при зондировании в области имплантата определяется резорбция костной ткани длиной 3,5 мм с вестибулярной стороны. Прикус фиксирован.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
3. Определите дальнейшую тактику лечения пациента.
4. Реимплантация: определение понятия, показания, сроки выполнения.
5. Остео- и фиброинтеграция: определение, механизм, сроки.

**Задача 10.** В стоматологическую клинику обратился пациент М., 40 лет, с жалобами на дискомфорт при жевании пищи из-за отсутствия зубов.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, цвет кожных покровов не изменен, при пальпации регионарные лимфатические узлы не изменены.

В полости рта: зубы 26, 27 отсутствуют, слизистая в области отсутствующих зубов бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, определяется умеренная атрофия кости. Прикус фиксирован.

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Составьте план обследования пациента, консультация какого специалиста может потребоваться?
3. Составьте план лечения с использованием дентальной имплантации, укажите роки реабилитации.
4. Составьте план последующей ортопедической реабилитации пациента.
5. Дополнительные вмешательства на верхней челюсти при недостатке объема костной ткани: открытый и закрытый синус-лифтинг, показания, методика выполнения.

**Модуль 6. Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щеч­ной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральней от медиального угла глаза.

* + - 1. Составьте план обследования и лечения.
      2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
      3. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

**Задача 2.** Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса со­баки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см, откол коронок зубов 42, 31, подвижность зуба 31, отсутствие зуба 32.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зубов 42, 41, 31, 32?

**Задача 3.** Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу подбородочной области слева. Угол рта опущен.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Укажите вид местно-пластической операции?

**Задача 4.** Больному, 35 лет, изготовлен пластмассовый съемный протез на нижнюю челюсть, однако пользоваться им больной не смог. При обследовании отмечается наличие ложного сустава в области угла нижней челюсти справа. В анамнезе – полгода назад перелом нижней челюсти справа в области угла.

1. Составьте план обследования больного.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больному, 35 лет, десять лет назад была произведена операция удаления опухоли в области нижней челюсти слева, после которой остался дефект нижней челюсти в области ее тела слева. Фрагменты сместились по направления друг к друг, подвижны. Костная пластика не проводилась, так как больной страдал заболеванием желудочно-кишечного тракта. Лечился у гастроэнтеролога. В настоящее время обратился с просьбой произвести костно-пластическую операцию в области нижней челюсти слева.

1. Составьте план дополнительного обследования и лечения.
2. Укажите особенности ухода и питания больных в послеоперационном периоде?

**Задача 6.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с целью дальнейшего лечения. Из анамнеза выяснено, что пять лет назад была произведена радикальная операция по поводу удаления злокачественной опухоли в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Дефект мягких тканей щечной области справа был закрыт филатовским стеблем.

1. Какие сведения из анамнеза необходимо уточнить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести?
3. От чего зависит план лечения?
4. Какие противопоказания существуют для костно-пластических операций?

**Задача 7.** Больной, 25 лет, обратился в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица. При осмотре отмечается утолщение нижнего края нижней челюсти и подбородока, прикус адаптирован, ортогнатический. Диагностируется чрезмерное развитие тела челюсти. Лечение хирургиче­ское: остеотомия тела нижней челюсти (вертикальная или ступенчатая).

1. Нужны ли корригирующие операции?

**Задача 8.** Больная, 24 лет, обратилась в клинику с жалобами на затрудненное откусывание пищи, неясность произношения губных звуков при разгово­ре, отмечающееся с 15-летнего возраста. Лечилась у ортодонта. Больная отмечает, что в детстве любила сосать палец, язык, пустышку. При осмотре определяется неполное смыкание губ. Губы смыкаются с трудом. Прикус открытый, зубной контакт в области первых моляров. Подборо­дочная часть нижней челюсти выступает вперед. Диагностируется откры­тый прикус. Лечение хирургическое.

1. Какие методы обследования необходимо произвести, что необходимо выполнить для подготовки к операции?
2. Что является предпочтительнее, остеотомия ветви: межкортикальная, продольная (вертикальная, клиновидная остеотомия) или остеотомия тела нижней челюсти с удалением зубов 36, 46?

**Задача 9.** Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица. В детстве пациентка перенесла остеомиелит тела нижней челюсти справа. С 13 лет отмечает искривление нижнего отдела лица справа. При осмотре определяется уменьшение размеров тела ниж­ней челюсти справа. Средняя линия подбородка смещена вправо на 1,5 см. Прикус не нарушен, адаптирован, ортогнатический. Открывание рта сво­бодное.

* 1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае -остеотомия нижней челюсти или контурная пластика?

**Задача 10.** Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечи­лась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела ниж­ней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см вправо от средней линии и кзади. Прикус, перекрестный. Открывание рта свободное.

1. Укажите основной метод лечения.

**Тестовые задания для подготовки к промежуточной аттестации**

1. Иннервация мимических мышц

1)тройничным нервом;

2)лицевым нервом;

3)тройничным и лицевым нервами;

4)ушно-височным и тройничным нервами;

5)лицевым и ушно-височным нервами.

2. Отток лимфы от зубов верхней челюсти происходит в

1)поднижнечелюстные, околоушные, затылочные иподбородочные лимфоузлы;

2)поднижнечелюстные, околоушные, и подбородочныелимфоузлы;

3)поднижнечелюстные и околоушные лимфоузлы;

4)околоушные, затылочные и подбородочные лимфоузлы;

5)поднижнечелюстные и подбородочные лимфоузлы.

3. Где располагается большое небное отверстие

1)в центре небного шва;

2)на небе между центральными резцами;

3)в месте перехода альвеолярного отростка в небо на уровне 15, 25 зубов;

4)в месте перехода альвеолярного отростка в небо на уровне 17, 18, 27,28 зубов кпереди на 5мм от заднего края твердого неба;

5)на уровне 18, 28 зубов вблизи заднего края твердого неба.

4. Назовите поверхности, которые имеет верхняя челюсть

1)передняя, латеральная, глазничная;

2)передняя, латеральная, дно в\ч пазухи, глазничная;

3)передняя, подвисочная, глазничная, носовая;

4)передняя, медиальная, верхняя, латеральная;

5)передняя, задняя, верхняя, медиальная, латеральная.

5. Назовите отростки верхней челюсти

1)скуловой, альвеолярный, лобный;

2)альвеолярный, скуловой, небный;

3)альвеолярный, скуловой, небный, лобный, носовой;

4)альвеолярный, скуловой, небный, лобный;

5)носовой, альвеолярный, скуловой, небный.

6. Какие стенки имеет верхнечелюстная пазуха

1)переднюю, медиальную, нижнюю, орбитальную;

2)заднюю, латеральную, переднюю, медиальную, верхнюю;

3)медиальную, передне-латеральную, задне-латеральную,нижнюю, глазничную;

4)передне-латеральную, заднюю, медиальную, нижнюю,верхнюю;

5)медиальную, верхнюю, передне-латеральную, нижнюю.

7. Из каких образований состоит твердое небо

1)медиальная пластинка вертикального отростка основнойкости, небный отросток в\ч;

2)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости, медиальная пластинка вертикального отросткаосновной кости;

3)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости, сошник;

4) небный отросток в\ч, сошник;

5)небный отросток в\ч, горизонтальная пластинка небнойкости.

8. Дно полости рта образовано совокупностью мягких тканей, расположенных между

1)слизистой оболочкой подъязычной области и кожей;

2)языком и кожей;

3)языком и челюстно-подъязычной мышцей;

4)языком и подъязычной костью;

5)слизистой оболочкой полости рта и челюстно-подъязычной мышцей.

9. Ветвью какой крупной артерии является подъязычная артерия

1) верхнечелюстной; 2) подчелюстной; 3) лобной;

4)скуловой; 5) носовой.

10. Через какое отверстие на основании черепа выходит верхнечелюстной нерв

1)овальное; 2) круглое; 3) рваное; 4) сфеноидальное; 5) затылочное.

11. Какие ветви 2-ой ветви тройничного нерва отходят от него в крыло-небном участке

1) подглазничный нерв;

2) скуловой, подглазничный, крыло-небные;

3) задние верхние альвеолярные;

4) средняя менингеальная ветвь, подглазничный, скуловой;

5) крыло-небные нервы, задние верхние альвеолярные, подглазничный, скуловой, средняя менингеальная ветвь.

12. Где чаще всего на нижней челюсти располагается ментальное отверстие

1) под клыком; 2) между клыком и первым моляром;

3) под первым моляром; 4) между первым и вторым премолярами;

5) между верхушками корней премоляров.

13. Расспрос больного начинают

1) с анамнеза жизни;

2) анамнеза болезни;

3) осмотра органов и тканей полости рта;

4) рентгенологического исследования;

5) выяснения жалоб.

14. Объективное обследование включает

1) жалобы больного, пальпацию и дополнительные методы;

2) опрос, пальпацию и дополнительные методы;

3) осмотр и дополнительные методы;

4) перкуссию, пальпацию и дополнительные методы;

5) жалобы, осмотр и перкуссию.

15. Перкуссия применяется для определения состояния

1) зуба; 2) зубаи пародонта; 3)зуба и мягких тканей полости рта;

4) пародонта и мягких тканей полости рта; 5) периодонта.

16. Осмотр больного включает: визуальный осмотр, пальпацию, перкуссию и

1) анамнез заболевания; 2) зондирование; 3) жалобы больного;

4) анамнез жизни; 5) оценку сопутствующей патологии

17. Лимфатические узлы в норме

1) пальпируются, болезненны;

2)пальпируются, безболезненны;

3)пальпируются, спаяны с окружающими тканями;

4) не пальпируются;

5) пальпируются, подвижны.

18.Укажите все правильные ответы. Бимануальной пальпацией исследуют

1) альвеолярные отростки; 2) переходную складку; 3)мягкое нёбо;

4) твердое нёбо; 5) подчелюстную область.

19. Укажите все правильные ответы. Определение состояния больного может определиться как

1) хорошее; 2)удовлетворительное; 3) средней тяжести;

4) тяжелое; 5) крайне тяжелое.

20. Укажите все правильные ответы. Конфигурация лица изменяется за счет

1) перелома костей лицевого скелета; 2) отека мягких тканей;

3)инфильтрации мягких тканей; 4)опухоли;

5) ограниченного открывания рта.

21. Укажите все правильные ответы. Обследование полости рта включает осмотр

1) преддверия; 2)собственно полости рта; 3) задней стенки глотки;

4) зубного ряда; 5) угла нижней челюсти.

22. Укажите все правильные ответы. Анамнез жизни включает данные

1) о развитии болезни; 2) вредных привычках; 3) перенесенных заболеваниях;

4) наследственности; 5) профессиональных вредностях.

23. Укажите все правильные ответы. Обследование челюстно-лицевой области включает

1) электрофорез; 2) пальпацию лимфатических узлов;

3) пальпацию мягких тканей и костей лица; 4) пальпацию головки нижней челюсти;

5) рентгенографию.

24. Укажите все правильные ответы. К дополнительным методам исследования относят

1) перкуссию;

2) рентгенографию;

3) клинический анализ крови;

4) определение уровня глюкозы в крови и моче;

5) пальпацию регионарных лимфатических узлов.

25. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

1) I-й; 2) II-й; 3) III-й; 4) IV-й; 5)V-й

26. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

1) I-й4 2) II-й; 3) III-й; 4) IV-й; 5)V-й

27.Ресничный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?

1) первой;

2) второй;

3) третьей.

28.Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой ветвью тройничного нерва?

1) первой;  
2) второй;

3) третьей.

29.1 ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

30.II ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;  
2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

31.Количество лимфоцитов в мазке крови здорово­го взрослого человека (на 100 клеток):

1) 5-10%;

2) 10—15%;

3) 20—40%;

4) 40—50%.

32.Количество эозинофилов в мазке крови здоро­вого взрослого человека (на 100 клеток):

1) 0-5%;

2) 5-10%;

3) 10-15%.

33.Количество сегментоядерных нейтрофилов крови здорового взрослого человека (на 100 кле­ток):

1) 20-30%;

2) 30—40%;

3) 45—70%;

4) 70—80%.

34.Количество моноцитов крови здорового взрос­лого человека(на 100 клеток):

1) 0-5%;

2) 3-10%;

3) 10—20%;

4) 20—30%.

35.Количество эритроцитов у здоровых людей (хЮ12 в 1 л) составляет:

1) 2-3;

2) 3-4;

3) 4,5—5;

4) 6-7.

36.Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в хирургической стоматологии:

1) внутриротовая, окклюзионная рентгенография (вприкус);

2) панорамная рентгенография;

3) рентгеноскопия;

4) томография — панорамная томография;

5) ангиография.

37.Рентгенографические методы, применяемые для диагностики онкозаболеваний слюнных желез:

1) ортопантомография;

2) сиалография;

3) лимфография;

4) телерентгенография;

5) электрорентгенография.

38.Какое количество рентгеноконтрастного ве­щества вводится в околоушную железу при сиалографии?:

1) 1 мл;

2) 1,5—2 мл;

3) 3—4,5 мл

39.Какое количество рентгеноконтрастного ве­щества вводится в поднижнечелюстную железу при сиалографии?:

1) 1 мл;

2) 1—1,5 мл;

3) 2—3 мл

40.При острых воспалительных процессах наблю­дается:

1) нейтрофильный сдвиг вправо;

2) нейтрофильный сдвиг влево;

3) эозинофилия;

4) моноцитопения;

5) лимфоцитоз.

41.Водорастворимое вещество для сиалографии:

1) верографин;

2) йодолипол.

42.Водонерастворимое вещество для сиалогра­фии:

1) йодолипол;

2) верографин;

3) кардиотраст;

4) уротраст.

43.При нормальнофункционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

1) 3—5 минут;

2) 10—20 минут;

3) 2—3 часа;

4) 2—3 дня;

5) 2—3 месяца.

44.Нормальнофункционирующая железа пол­ностью освобождается от масляного рентгеноконт­растного вещества через:

1) 3—5 минут;

2) 1 —2 часа;

3) 2—3 дня;

4) более месяца.

45.В функциональном отношении для сиало­графии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества:

1) масляные;

2) водорастворимые.

46.Количество тромбоцитов у здоровых людей (109 в 1 л) составляет:

1) 100-150;

2) 150—180;

3) 200—400.

47. Наиболее объективным методом установления диагноза глубоко расположенной опухоли мягких тканей или костей является:

1) перкуссия;

2) контактная микроскопия;

3) биопсия и морфологическое исследование;

4) тепловизография;

5) компьютерная томография.

48. Сразу после биопсии удаленные ткани должны быть помещены в:

1) физиологический раствор;

2) спирт 70%;

3) спирт 96%;

4) раствор формалина;

5) ответы 1+4.

49. Наиболее эффективный способ диагностики слюнно – каменной болезни с рентгеноконтрастными конкрементами:

1) томография;

2) тепловизография;

3) обзорная рентгенография;

4) сиалография;

5) способ не предложен.

50. Возможные способы верификации диагноза злокачественной опухоли слюнной железы:

1) эксцизионная биопсия;

2) пункционная биопсия;

3) цитологическое исследование осадка слюны;

4) термовизография или компьютерная томография;

5) все вышеперечисленное.

51. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания:

1) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

2) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

3) история болезни заполняется после нормализации состояния

4) история болезни не оформляется

5) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются или история болезни не заполняется.

52. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

53. Как правильно проводить пальпацию:

1) от «здорового» к «больному» участку тела

2) от «больного» к «здоровому» участку тела

3) только в области «больного» участка тела

4) только в области «здорового» участка тела

5) от периферии к центру

54. Бимануальная пальпация применяется:

1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

2) в челюстно – лицевой области не применяется

3) при патологии тканей полости рта

4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

5) только при локализации процесса в щечной области

55. При перкуссии зубов определяется:

1) болевая реакция

2) некроз пульпы

3) перелом коронки зуба

4) перелом корня зуба

5) подвижность зубов

56. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области:

1) при наличии свищей

2) при переломах челюстей

3) при заболеваниях слюнных желез

4) при флегмонах челюстно-лицевой области

5) при периоститах

57. Бужирование применяется:

1) при травматическом остеомиелите нижней челюсти

2) при стенозе выводного протока околоушных желез

3) при стенозе слезоотводящих путей

4) при дакриоцистите

5) при абсцессах

58. Селективная ангиография это:

1) изучение всего бассейна общей сонной артерии

2) изучение бассейна внутренней сонной артерии

3) изучение бассейна наружной сонной артерии

4) антиография бассейна нескольких ветвей наружной сонной ар­терии

5) антиография бассейна одной ветви наружной сонной артерии

59. Томография используется при обследовании следующих орга­нов челюстно-лицевой области:

1) височно-нижнечелюстной сустав

2) придаточные пазухи носа

3) перечисленное выше

4) слюнные железы

5) нижняя челюсть

60. Рентгенокинематография — это:

1) рентгенография на расстоянии

2) рентгенография в положении лежа

3) рентгенография движущихся объектов

4) рентгенография сидя

5) рентгенологическое обследование, при котором источник вво­дится в полость рта

61. Определите минимальное количество ставок хирургов-стоматологов, необходимое для организации отделения:

1) 3 ставки

2) 4 ставки

3) 5 ставок

4)6 ставок

5) не менее 7 ставок

62. Определите правильный режим стерилизации инструментария в суховоздушной камере (шкафу). При температуре:

1) 1000С в течение 90 минут

2) 1500С 80 минут

3) 1800С 60 минут

4) 2500С 60 минут

5) 3000С 45 минут

63. Предельная продолжительность рабочего дня операционного блока, при которой может быть обеспечено поддержание допустимого уровня бактериальной загрязненности воздуха:

1) 2 часа

2) 4 часа

3) 6 часов

4) 8 часов

5) 10 часов

64. Выберите оптимальную концентрацию раствора хлоргексидина для обработки слизистой оболочки полости рта при удалении зуба:

1) 2%

2) 1%

3) 0,5%

4) 0,2%

5) 0,05%

65. Выберите оптимальную концентрацию спиртового раствора хлоргексидина для обработки рук хирурга:

1) 2%

2) 1%

3) 0,5%

4) 0,2%

5) 0,06%

66. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД

2) туберкулез

3) сифилис

4) гепатит

5) актиномикоз

67. Определите минимально-необходимую норму площади для одного рабочего места хирурга-стоматолога:

1) 10 м2

2) 15 м2

3) 18 м2

4) 23 м2

5) не менее 25 м2

68. На какое количество ставок стоматологов выделяется 1 ставка анестезиолога:

1) 10 ставок

2) 15 ставок

3) 20 ставок

4) 25 ставок

5) не менее 30 ставок

69. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает:

1) анализ интенсивности потока больных по времени

2) нормирование деятельности врачей

3) правильную организацию графика приема врачей

4) четкую работу регистратуры

5) дисциплину персонала

70. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД

2) туберкулез

3) сифилис

4) гепатит

5) актиномикоз

71. Укажите все варианты ответов. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения:

1) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

2) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

3) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартом

4) оценка степени квалификации медицинского персонала

72. Укажите все варианты ответов. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируется за счет:

1) средств местной администрации

2) средств государственных предприятий и учреждений

3) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

4) средств граждан

73. Укажите все варианты ответов. Какие из перечисленных видов медицинского обслуживания детского населения определены Базовой программой обязательного медицинского страхования:

1) диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и лечебных мероприятий

2) организация и проведение профилактических прививок

3) лечение при острых и обострение хронических заболеваний

4) наблюдение врачами стационара за больным ребенком на дому после выписки из больницы

74. Укажите все варианты ответов. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения

2) сертификат

3) лицензия

4) свидетельство об окончании курсов

75. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам:

1) 5 лет

2) 3 года

3) 7 лет

4) 10 лет

5) 1 год

76. Первичная медицинская статистическая документация необходима:

1) для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости впервые в жизни диагностируемым заболеванием)

2) для оперативного управления ЛПУ

3) для выработки конкретного, обоснованного решения

4) для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

5) для всего перечисленного

77. Укажите все варианты ответов. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся:

1) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)

2) показатель систематического наблюдения

3) показатель частоты рецидивов

4) полнота охвата ДН

5) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН

78. Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики правильная:

1) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

2) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы чести и долга, совести и достоинства медицинских работников

3) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

4) верно все перечисленное

79. Основную ответственность за клинический диагноз несет:

1) зубной техник

2) помощник стоматолога (сестра)

3) помощник стоматолога, получивший сертификат

4) врач-стоматолог

5) главный врач стоматологической поликлиники

80. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет:

1) зубной техник

2) помощник стоматолога (сестра) с сертификатом

3) помощник стоматолога (сестра) без сертификата

4) зубной гигиенист

5) стоматолог

81. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию:

1) после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта

2) после того, как помощник проверил надписи на лекарствах

3) после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником

4) только по строгому предписанию врача-стоматолога

82. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях Вашему помощнику позволено:

1) самостоятельно рекомендовать лекарство

2) позволить фармацевту

3) записать на бумаге его просьбу

4) отослать пациента к врачу-стоматологу

5) самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре

83. На какое количество ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 ставка медсестры?

1) 1 ставка

2) 2 ставки

3) 3 ставки

4) 5 ставок

5) не менее 6

84. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо:

1) записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента

2) объяснить пациенту смысл каждой манипуляции

3) соблюдать конфиденциальность проводимых процедур

4) обсудить финансовые расходы с пациентом

85. На какое количество ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 ставка санитарки?

1) 1 ставка

2) 2 ставки

3) 3 ставки

4) 5 ставок

5) не менее 6 ставок

86. Определите оптимальный режим стерилизации стоматологических инструментов в сухожаровом шкафу:

1) 1000С в течение 45 минут

2) 1200С в течение 50 минут

3) 1400С в течение 55 минут

4) 1500С в течение 60 минут

5) 1800С в течение 60 минут

87. Основным недостатком автоклавирования инструментов является:

1) не уничтожает споры

2) недостаточная очистка инструментов

3) повреждение инструментов, особенно режущих

4) затрата времени

88. Сделайте правильный выбор метода контроля за результатом стерилизации инструментов в сухожаровом шкафу:

1) по определению уровня температуры

2) по определению времени обработки

3) по определению уровня температуры и времени стерилизации

4) термоиндикатором

5) по результатам возникающих осложнений

89. Преимущество электрохирургического метода лечения перед обычным хирургическим:

1) нет необходимости производить обезболивание

2) бескровность операции

3) отсутствие послеоперационных болей

4) бактерицидное действие высокочастотного тока

5) простота техники

90.Вирусный гепатит (вирус В) может быть перенесен:

1) аэробными микроорганизмами

2) слюной

3) кровью

4) мочой

5) верно 2 и 3

91. Кто впервые синтезировал новокаин?:

1) A. EinhornиR. Unlfelder;

2) К. Koller;

3) Т. Morris и R. Appleby;

4) J.Sturrock и J.Munn.

92. В каком году синтезирован новокаин?:

1) в 1889 году;

2) в 1900 году;

3) в 1905 году;

4) в 1924 году;

5) в 1931 году.

93. Раствор новокаина легко гидролизуется в какой среде?:

1) кислой;  
2) щелочной;

3) легко в любой среде.

94. Токсичность новокаина при введении в вену уве­личивается?:

1) не увеличивается;

2) увеличивается в 5 раз;

3) увеличивается в 10 раз.

95. Как изменяют артериальное давление растворы новокаина?:

1) не изменяют;

2) понижают;

3) повышают

96. Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина?

1) до 30 мин;

2) около 1 часа;

3) более 2 часов;

4) до 10—12 часов.

97. Препарат, содержащий артикаин:

1) убистезин;

2) наркаин;

3) маркаин;

4) дуракаин;

5) полокаин.

98. Терапевтическая широта тримекаина и ново­каина:

1) одинаковая;

2) у тримекаина шире;

3) у новокаина шире.

99. Для проводниковой анестезии используют ка­кие растворы тримекаина?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3) 5,0%;

4) 10,0%.

100. Лидокаин синтезирован в каких годах:

1) в начале XX века;

2) в 20-хгодах;

3) в 40-хгодах;

4) в 60-х годах.

101. В каких концентрациях лидокаин используется для проводниковой анестезии?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3) 5,0%;

4) 10,0%.

102. В какой процентной концентрации лидокаин ис­пользуется для аппликационной анестезии?:

1) 0,5%;

2) 2,0%;

3)5,0%;

4) 10,0%.

103. Mипивакаин—анестетик, относящийся к группе:

1) сложных эфиров;

2) амидов;

3) артикаина гидрохлорид;

4) этиловый эфир.

104. Мепивакаин используется для проводниковой анестезии в виде:

1) 1 % раствора;

2) 2% раствора;

3) 3% раствора;

4) 5% раствора;

5) 10% раствора.

105. Синоним ультракаина:

1) цитанест;

2) септанест;

3) октокаин.

106. Какой из перечисленных анестетиков является самым безопасным?:

1) новокаин;

2) лидокаин;

3) тримекаин;

4) бупивакаин;

5) прилокаин;

6) мепивакаин.

107. Анестезирующая активность бупивакаина во сколько раз выше, чем у новокаина?:

1) в 2—3 раза выше;

2) в 3—4 раза выше;

3) в 4—6 раз выше;

4) в 7—8 раз выше.

108. Длительность действия бупивакаина:

1) до 30 минут;

2) до1 часа;

3) до 2—3 часов;

4) до 5—6 часов;

5) до 12—13 часов.

109. Для проводниковой анестезии используются следующие концентрации растворов бупивакаина:

1) 0,25%;

2) 0,5—1%;

3) 2%;

4) 5%;

5) 10%.

110. Во сколько раз ультракаинтоксичнее новокаина?:

1) в 2 раза;

2) в 3 раза;

3) в 4—5 раз;

4) в 6—8 раз.

111. Ультракаин изменяет ли артериальное давление?:

1) не изменяет;

2) понижает;

3) немного повышает.

112. Для проводниковой анестезии используются какие растворы ультракаина?:

1) 1%;

2) 2%;

3) 3%;

4) 4%;

5) 5%;

6) 10%.

113. Для инфильтрационной анестезии используются какие растворы ультракаина?:

1) 0,25%;

2) 0,5%;

3) 0,75%;

4) 1,0%.

114. Для инфильтрационной анестезии предназначен:

1) ультракаин Д-С;

2) ультракаин А;

3) ультракаин Д-С форте.

115. В какой форме ультракаина содержится в 2 раза большеа дреналина?:

1) ультракаин Д-С;

2) ультракаин А;

3) ультракаин Д-Сфорте.

116. Какой из анестетиков лучше применять у бере­менных?:

1) новокаин;

2) тримекаин;

3) лидокаин;

4) ультракаин;

5) мепивакаин;

6) прокаин.

117. Анестезин синтезирован:

1) в 1890 г.;

2) в 1905 г.;

3) в 1950 г.;

4) в 1960 г.

118. Анестезин используется для:

1) инфильтрационной анестезии;

2) проводниковой анестезии;

3) аппликационной анестезии.

119. Можно ли ультракаин вводить внутривенно?:

1) можно;

2) нельзя.

120. Дикаин используется в виде какого раствора?:

1) 0,5%;

2) 1—2%;

3) 3-5%;

4) 6—10%.

121. Зона обезболивания при туберальной анестезии:

1) верхние большие коренные зубы

2) верхние и нижние большие коренные зубы

3) верхние большие и менее эффективно малые коренные зубы, слизистая оболочка со стороны преддверия рта

4) все зубы верхней челюсти на стороне выполненной проводниковой анестезии

5) верхние малые коренные зубы и слизистая оболочка твердого неба

122. Зона обезболивания при инфраорбитальной анестезии:

1) верхние большие и малые коренные зубы

2) верхние малые коренные зубы

3) верхние малые коренные зубы, клыки, боковые резцы и слизистая оболочка со стороны преддверия рта

4) боковые резцы, клыки и слизистая оболочка со стороны преддверия рта и твердого неба

5) боковые резцы, клыки и слизистая оболочка со стороны преддверия рта

123. Зона обезболивания при палатинальной анестезии:

1) большие и малые коренные зубы с вовлечением клыка и бокового резца

2) малые коренные зубы и слизистая оболочка твердого неба

3) слизистая оболочка твердого неба

4) ответы 1+3

5) ответы 1+3, слизистая оболочка преддверия рта

124. Зона обезболивания при носо-небной анестезии:

1) центральные, боковые резцы, несколько в меньшей степени клыки, слизистая оболочка передней трети твердого неба

2) клыки, центральные и боковые резцы

3) центральные резцы, слизистая оболочка твердого неба и преддверия рта

4) центральные резцы и слизистая оболочка твердого неба в передней трети

5) центральные и боковые резцы

125. Зона обезболивания при мандибулярной анестезии:

1) от второго большого коренного зуба до бокового нижнего резца

2) слизистая оболочка альвеолярной части язычной стороны, ткани соответствующей половины языка, слизистая оболочка преддверия рта на уровне от 2-го малого коренного зуба до центрального резца

3) большие коренные и малые коренные зубы

4) большие коренные и второй малый коренной зуб

5) ответы 1+2

126. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, диабетом, коронарной недостаточностью, пороком сердца, местным анестетиком выбора является:

1) р-р скандонеста (специальный)

2) р-р скандонеста с норадреналином

3) р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) ультракаин

127. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

128. При проведении инфильтрационной анестезии иглу вводят в ткани:

1) под углом 45 градусов

2) до надкостницы

3) под надкостницу

4) под углом 75 градусов

5) ответы 1+2

129. Проведение инъекции местного анестетика недопустимо:

1) за пределами кабинета, где будет выполняться вмешательство

2) без предварительной оценки состояния больного и оценки фармакотерапевтического и аллергологического анамнеза

3) без предварительной внутрикожной пробы

4) предварительно провести лабораторные иммунологические исследования

5) п.1,п.2

130. Температура анестезирующих средств при проведении местного обезболивания должна быть:

1) не более 35-36 градусов Цельсия

2) приближенной к температуре тела

3) 15-20 градусов Цельсия

4) ответы 1+2

5) 10-15 градусов Цельсия

131. Тройничный нерв является:

1) чувствительным;

2) двигательным;

3) смешанным.

132. К какой ветви тройничного нерва (чувствитель­ной) присоединяются двигательные веточки и де­лают эту ветвь смешанной?:

1) глазничной;

2) верхнечелюстной;

3) нижнечелюстной.

133. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

134. Скуловой нерв II ветви тройничного нерва вхо­дит в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

135. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:

1) лобным нервом;

2) скуловым нервом;

3) подглазничным нервом;

4) нижнечелюстным нервом;

5) язычным нервом.

136. Верхнечелюстной нерв выходит из полости че­репа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шило-сосцевидное отверстие.

137. Нижнечелюстной нерв выходит из полости че­репа через?:

1) овальноеотверстие;

2) шило-сосцевидноеотверстие.

138. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

139. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

140. "Верхнее зубное сплетение" —это:

1) анастомозы слезного и скулового нервов;

2) анастомозы верхних альвеолярных ветвей;

3) анастомозы I, II ветвей тройничного нервов;

4) анастомозы II, III ветвей тройничного нервов.

141. 1 ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

142. II ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

143. III ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв.

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

144. Лицевой нерв—это какая пара черепно-мозговых нервов?:

1) V пара;

2) VI пара;

3) VII пара;

4) VIII пара;

5) IX пара;

6) X пара.

145. Лицевой нерв является:

1) чувствительным нервом;

2) секреторным нервом;

3) вкусовым нервом;

4) двигательным нервом.

146. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:

1) чувствительные волокна;

2) вкусовые и секреторные волокна;

3) симпатические волокна;

4) парасимпатические волокна.

147.Лицевой нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шило -сосцевидное отверстие;

4) foramen caroticum externum.

148.Инфильтрационная анестезия должна начи­наться с:

1) кожи, подкожной клетчатки, а затем подлежащие мягкие ткани;

2) подлежащих мягких тканей, подкожной клетчатки, а лишь затем вводятся анестетики в кожу.

149.Расстояние от нижнеглазничного края до под­глазничного отверстия у взрослых:

1) 1—2 мм;

2) 4—8 мм;

3) 9—12 мм;

4) 13—20 мм.

150.Как необходимо направлять иглу при прове­дении внеротовой инфраорбитальной анесте­зии?:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

151.Имеются ли внеротовые методы инфраорби­тальной анестезии?:

1) да;

2) нет.

152.Как необходимо направлять иглу при прове­дении внеротовой инфраорбитальной анесте­зии?:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

153.Место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитальной анестезии:

1) место проекции корней верхнего центрального и боко­вого резца;

2) над верхним клыком;

3) над верхним первым и вторым премоляром

154.Зона обезболивания инфраорбитальной анес­тезии:

1) только резцы;

2) резцы и клыки;

3) резцы, клыки и премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;

4) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток иего слизистая оболочка с язычной и нёбной стороны,мягкие ткани подглазничной области.

155.Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне центрального верхнего резца при проведении инфраорбитальной анестезии?:

1) да, вполне;

2) недостаточно эффективно.

156.Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне второго верхнего премоляра при проведение инфраорбитальной анестезии?:

1) да, вполне;

2) недостаточно эффективно.

157.Продвигать иглу при проведении туберальной анестезии необходимо на какую глубину?:

1) до 1,0 см;

2) 1,0—1,5 см;

3) 2,0—2,5 см;

4) 3,0—3,5 см.

158.Зона обезболивания при туберальной анес­тезии:

1) верхние премоляры и моляры, а также соответствую­щий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;

2) верхние моляры и соответствующий участок слизис­той оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной и нёбной стороны;

3) верхние моляры и соответствующий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны.

159.В каком направлении продвигаем иглу при проведении туберальной анестезии?:

1) вверх, кнаружи, назад;

2) вверх, кнаружи, вперед;

3) вверх, внутрь, назад;

4) вверх, внутрь, вперед.

160.Вкол иглы при внутриротовом методе прове­дения туберальной анестезии делают:

1) несколько выше переходной складки;

2) по переходной складке;

3) несколько ниже переходной складки.

161.Целевым пунктом туберальной анестезии является:

1) подглазничный нерв;

2) передние верхние альвеолярные нервы;

3) средние верхние альвеолярные нервы;

4) задние верхние альвеолярные нервы.

162.Место выхода задних верхних альвеолярны нервов находится, на каком расстоянии от щечной стенки лунки верхнего зуба мудрости?:

1) до 0,5 см;

2) 1,0—1,5 см;

3) 2,0—2,5 см;

4) 3,0—3,5 см.

163.Место выхода задних верхних альвеолярных нервов находится на каком расстоянии кзади от скуло-альвеолярного гребня?:

1) до 0,5 см;

2) 0,5—1,0 см;

3) 1,5—2,0 см;

4) 2,5—3,0 см.

164.Верхнее зубное сплетение образовано:

1) передними и средними луночковыми нервами;

2) средними и задними луночковыми нервами;

3) передними, средними и задними луночковыми нер­вами.

165.При проведении обезболивания верхнего зубного сплетения вкол иглы делают в какую часть слизистой оболочки переходной складки?:

1) неподвижную часть;

2) по переходной складке;

3) в подвижную часть или по переходной складке.

166.Вкол иглы при проведении анестезии у верх­него зубного сплетения делают над проекцией вер­хушки корней:

1) бокового резца;

2) клыка;

3) бокового резца и клыка;

4) первого и второго премоляра;

5)резца, клыка, премоляров;

6) бокового резца, клыка, премоляров, реже моляров.

167.Большой нёбный нерв является ветвью:

1) I ветви тройничного нерва;

2) II ветви тройничного нерва;

3) III ветви тройничного нерва;

4) крылонёбного ганглия;

5) ушного ганглия.

168.Для проведения резцовой анестезии необхо­димо обезболить какой нерв?:

1) I ветвь тройничного нерва;

2) II ветвь тройничного нерва;

3) Ill ветвь тройничного нерва;

4) большой нёбный нерв от крылонёбного ганглия;

5) носонёбный нерв от крылонёбного ганглия.

169.Носонёбный нерв является ветвью:

1) тройничного нерва;

2) лицевого нерва;

3) крылонёбного ганглия;

4) ушного ганглия.

170.Носонёбный нерв выходит через:

1) большое нёбное отверстие;

2) малое нёбное отверстие;

3) резцовое отверстие;

4) круглое отверстие;

5) овальное отверстие.

171.Большой нёбный нерв выходит через какое от­верстие?:

1) малое нёбное;

2) большое нёбное;

3) через оба отверстия.

172.Большое нёбное отверстие располагается:

1) латеральнее середины лунки крайнего верхнего моляра;

2) по середине лунки крайнего верхнего моляра;

3) медиальнее лунки крайнего верхнего моляра.

173.На каком расстоянии кпереди от заднего края твердого нёба находится большое нёбное отверс­тие?:

1) 1—2 мм;

2) 2—3 мм;

3) около 5 мм;

4) до 1 см;

5) до 1,5 см.

174.Носонёбный нерв иннервирует слизистую оболочку:

1) заднего отдела твердого нёба в пределах моляров;

2) среднего отдела твердого нёба в пределах премоляров;

3) переднего отдела твердого нёба в пределах резцов и клыка.

175.Расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центральных резцов (по данным С.Н. Вайсблата) у взрослых и детей равно:

1) около 5 мм;

2) около 10 мм;

3) около 15 мм;

4) около 20 мм.

176.Расстояние резцового отверстия от альвео­лярного края между верхними центральными рез­цами у взрослых равно:

1) около 5 мм;

2) около 8 мм;

3) около 12 мм;

4) около 15 мм.

177. При проведении нёбной анестезии иглу сле­дует продвигать:

1) спереди назад, сверху вниз;

2) сзади наперед, сверху вниз;

3) спереди назад, снизу вверх;

4) сзади наперед, снизу вверх.

178. При проведении палатинальной анестезии обязательно ли вводить иглу в костный канал:

1) да, обязательно;

2) нет, не обязательно.

179. При проведении палатинальной анестезии отмечается ли обезболивание мягкого нёба?:

1) да;

2) нет.

180.Расстояние резцового отверстия от альвео­лярного края между верхними центральными рез­цами у детей равно:

1) около 5 мм;

2) около 8 мм;

3) около 12 мм;

4) около 15 мм.

181.У взрослых нижнечелюстное отверстие находится на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров?:

1) выше уровня;

2) соответственно уровню;

3) ниже уровня.

182.У пожилых людей нижнечелюстное отверсты, находится, на каком уровне по отношению к альвеолярному краю нижней челюсти?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на уровне;

3) на 1 см ниже уровня.

183.Нижнечелюстное отверстие прикрыто костным выступом — язычком:

1) спереди и сверху;

2) спереди и снизу;

3) сзади и сверху;

4) сзади и снизу.

184.Проекцию нижнечелюстного отверстия на коз можно найти на середине линии, которая соединяет:

1) ножку противозавитка уха и основание края крыла hoi

2) козелок уха и передний край m.masseter на уровне угла рта;

3) козелок уха и передний край прикрепления m.masse к краю нижней челюсти.

185.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у взрослых?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на 0,5 см выше уровня;

3) соответственно уровню;

4) ниже уровня.

186.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у детей?:

1) на 1 см выше уровня;

2) на 0,5 см выше уровня;

3) соответственно уровню;

4) ниже уровня.

187.Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) ме­тоде мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к альвеолярному краю ниж­ней челюсти у пожилых людей:

1) на 1 см выше края;

2) на уровне края;

3) ниже края.

188. При пальцевом способе внутриротовой манди­булярной анестезии на какую глубину вводят иглу для достижения нижнечелюстного отверстия:

1) 0,5 см;

2) 1—1,5 см;

3) 1,5—2 см;

4) 2,5—3,5 см.

189.При пальцевом способе внутриротовой манди­булярной анестезии "выключаются" какие чувстви­тельные ветви?:

1) нижнелуночковый;

2) язычный;

3) щечный;

4) нижнелуночковый и язычный;

5) нижнелуночковый, язычный и щечный;

6) язычный и щечный.

190.Какой ориентир используют для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по спо­собу М.М. Вейсбрема?:

1) нижнечелюстное возвышение;

2) над вершиной большого позадимолярного треуголь­ника;

3) крыловидно-нижнечелюстная складка;

4) область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;

5) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позади молярную верхнечелюстную область.

191.Для проведения обезболивания щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по пе­реходной складке в области:

1) нижнего зуба мудрости;

2) второго нижнего моляра;

3) между вторым и третьим нижними молярами;

4) первого нижнего моляра;

5) второго нижнего премоляра;

6) второго премоляра и первого нижнего моляра;

7) первого нижнего премоляра.

192.Какой путь не относится к внеротовой манди­булярной анестезии?:

1) подчелюстной;

2) подскуловой;

3) крылонёбный;

4) позадичелюстной;

5) впередичелюстной.

193.Глубина продвижения иглы при внеротовом под­челюстном методе мандибулярной анестезии:

1) до 1 см;

2) 1,5—2 см;

3) 2,5—Зсм;

4) 3,5—4 см.

194.На сколько сантиметров нужно отступить от зад­него края нижней челюсти при проведении внерото­вой подчелюстной мандибулярной анестезии?:

1) 0,5 см;

2) 1 см;

3) 1,5 см;

4) 2 см;

5) 2,5 см.

195.При подскуловом методе мандибулярной ане­стезии Берше предложил проводить вкол иглы:

1) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5—2 см ниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2—2,5 см;

3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3—3,5 см;

4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

196.Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову:

1) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5—2 смниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2—2,5 см;

3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3—3,5 см;

4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

197. Ментальное отверстие находится:

1) под клыком;

2) под первым премоляром;

3) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;

4) между вторым премоляром и первым моляром;

5) между первым и вторым моляром.

198.Иглу при проведении ментальной анестезии следует направлять:

1) снизу вверх, сзади наперед, снаружи внутрь;

2) снизу вверх, спереди назад, снаружи внутрь;

3) сверху вниз, сзади наперед, снаружи внутрь;

4) сверху вниз, спереди назад, снаружи внутрь.

199. Зона обезболивания при мандибулярной анестезии:

1) от второго большого коренного зуба до бокового нижнего резца

2) слизистая оболочка альвеолярной части язычной стороны, ткани соответствующей половины языка, слизистая оболочка преддверия рта на уровне от 2-го малого коренного зуба до центрального резца

3) большие коренные и малые коренные зубы

4) большие коренные и второй малый коренной зуб

5) ответы 1+2

200. Зона обезболивания при торусальной анестезии:

1) большие и малые коренные зубы

2) слизистая оболочка преддверия рта, дна рта и ткани соответствующей половины языка

3) большие и малые коренные зубы, ткани передней трети языка

4) все зубы нижней челюсти на соответствующей стороне и слизистая оболочка щеки

5) ответы 1+2

201. При интралигаментарной анестезии с использованием препаратов ряда артикаина игла вводится в круговую связку:

1) под прямым углом

2) под углом 30 градусов

3) под углом 70 градусов

4) под углом 45 градусов

5) вертикально

202. Количество анестетика артикаина при проведении интралигаментарной анестезии составляет:

1) 0,06 мл

2) 0,6 мл

3) 0,1 мл

4) 0,8 мл

5) до ощущения сопротивления

203. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, диабетом, коронарной недостаточностью, пороком сердца, местным анестетиком выбора является:

1) р-р скандонеста (специальный)

2) р-р скандонеста с норадреналином

3) р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) ультракаин

204. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

205. При проведении инфильтрационной анестезии иглу вводят в ткани:

1) под углом 45 градусов

2) до надкостницы

3) под надкостницу

4) под углом 75 градусов

5) ответы 1+2

206. Применение сосудосуживающих средств:

1) уменьшает токсическое действие местных анестетиков

2) пролонгирует эффект анестетика

3) увеличивает выход медиаторов аллергии

4) вызывает токсические реакции

5) все вышеперечисленное

207. Какой анестетик наиболее часто вызывает аллергические реакции:

1) ультракаин

2) тримекаин

3) лидокаин

4) новокаин

5) дикаин

28. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

1) туберальная

2) мандибулярная

3) торусальная

4) у ментального отверстия

5) ответы 2+3+4

209. Наилучший эффект обезболивания при удалении постоянных больших коренных зубов на нижней челюсти достигается анестезией:

1) инфильтрационной в сочетании с аппликационной

2) аппликационной в сочетании с мандибулярной

3) мандибулярной в сочетании с инфильтрационной и аппликационной

4) торусальной в сочетании с аппликационной

5) инфильтрационной

210. При внеротовом способе мандибулярной анестезии вкол иглы производится:

1) в подчелюстной области

2) в подчелюстной области у угла н\ч

3) в подчелюстной области на расстоянии 1 см кпереди от угла н\ч

4) в подчелюстной области на расстоянии 1,5-2 см кпереди от угла н\ч

5) на 2 см кпереди от козелка уха

211. При анестезии по Берше для снятия контрактуры н\ч иглу следует продвигать на:

1) 1см

2) 2-2,5см

3) 3-3,5см

4) 4-4,5см

5) 5см

212. При анестезии по Бершне в модификации М.Д.Дубова достигается:

1) снятие контрактуры н\ч при воспалительных процессах ЧЛО

2) выключение верхнечелюстного нерва

3) выключение нижнечелюстного нерва

4) выключение нижнелуночкового и верхнечелюстного нервов

5) выключение нижнелуночкового и язычкового нервов

213. Абсолютные показания к общей анестезии в поликлинике:

1) характер стоматологического заболевания

2) тип оперативного вмешательства

3) нервно-психические состояния или наличие аллергии к местным анестетикам

4) характер стоматологического заболевания и тип оперативного вмешательства

5) наличие «фонового» соматического заболевания

214. Особенности проведения наркоза в поликлинике:

1) особенностей по сравнению со стационаром нет

2) осуществляется в положении больного сидя, после операции под наркозом больной самостоятельно покидает поликлинику

3) не применяется интубационный наркоз

4) хорошая управляемость

5) минимальный риск

215. Противопоказания для проведения местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме:

1) наличие сопутствующего заболевания – сахарный диабет

2) непереносимость местного анестетика

3) возраст старше 50-ти лет

4) наличие сопутствующего заболевания – гипертоническая болезнь (систолическое давление крови более 160 мм рт ст)

5) разлитой гнойный очаг в мягких тканях лица

216. С какой целью производится постоянное опрыскивание тканей по мере продвигания иглы во время местного обезболивания:

1) чтобы не поранить сосуд

2) чтобы быстрее наступила анестезия

3) чтобы в ткани не попали микроорганизмы

4) чтобы в шприц не попали микроорганизмы

5) чтобы отслоить надкостницу

217.Укажите все варианты ответов. Проводимость каких нервов выключается при обезболивании по Вайсбрему:

1) щечного

2) язычного

3) нижнеальвеолярного

4) скулового

5) небного

218. Укажите все варианты ответов Проводимость каких нервов выключается при обезболивании у нижнечелюстного отверстия:

1) щечного и небного

2) язычного и щечного

3) нижнеальвеолярного и язычного

4) скулового и щечного

5) небного и скулового

219. При какой анестезии пальцем ощупывают место вкола:

1) щечной

2) язычной

3) мандибулярной

4) резцовой

5) небной

220. Больного 62 лет, страдающего сахарным диабетом, беспокоят постоянно ноющие боли при накусывании на второй премоляр на нижней челюсти слева. Определяется очаг деструкции челюсти. Зуб с очагом инфекции решено удалить. Выберите метод анастезии?

1) инфильтрационную

2) подбородочную

3) щечную

4) язычную

5) мандибулярную

6) интрасептальную

221. Какую анестезию надо сделать больному для удаления резцов на нижней челюсти:

1) подбородочную

2) инфильтрационную

3) язычную

4) мандибулярную

5) щечную

222. В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству под наркозом является обязательным:

1) определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства

2) определение показаний к проведению наркоза

3) обследование пациента

4) консультация анестезиолога

5) все вышеперечисленное

223. Инфильтрационная анестезия наименее эффективна при удалении:

1) верхних моляров

2) верхних премоляров

3) нижнего первого моляра

4) нижнего клыка

5) центральных нижних резцов

224. Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика:

1) 1:2000

2) 1:1000

3) 1:3000

4) 1:5000

5) 1:4000

225. Показаниями к премедикации при проведении вмешательств в клинике хирургической стоматологии являются:

1) сопутствующие заболевания системы кровообращения

2) сопутствующие заболевания органов дыхания

3) выраженный страх перед стоматологическим вмешательством

4) обширность стоматологического вмешательства

5) вегетативные нарушения перед вмешательством

226. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, используемые при премедикации:

1) ненаркотические анальгетики

2) наркотические анальгетики

3) препараты бензодиазепонового ряда

4) нестероидные противоспалительные препараты

5) аналептики

227. Наиболее эффективные способы для снятия психоэмоционального напряжения:

1) установление контакта с больным

2) рефлексотерапия

3) рефлексоанальгезия

4) психо-седативная подготовка

5) стимуляция ЦНС

228. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:

1) местное

2) общее (наркоз)

3) комбинированное

4) нейролептанальгезия

5) акупунктура

229. Общим обезболиванием является:

1) атаралгезия

2) эндотрахеальный наркоз

3) проводниковая анестезия

4) вагосимпатическая блокада

5) инфильтрационная анестезия

230.Общим обезболиванием является:

1)внутривенный наркоз

2) стволовая анестезия

3) спинальная анестезия

4) паранефральная блокада

5) вагосимпатическая блокада

231. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезиивнутриротовым способом является:

1) моляры

2) височный гребешок

3) позадимолярная ямка

4) крыловидночелюстная складка

5) премоляры

232. Штыковидными щипцами удаляют:

1) резцы нижней челюсти

2) моляры верхней челюсти

3) премоляры нижней челюсти

4) 3-и моляры нижней челюсти

5) корни и премоляры верхней челюсти

233. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1) резцы нижней челюсти

2) моляры нижней челюсти

3) премоляры верхней челюсти  
4) 3-и моляры верхней челюсти  
5) корни зубов нижней челюсти

234.Во сколько раз ультракаин по силе обезболива­ния эффективнее новокаина?:

1) не эффективнее;

2) в 2 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

235.Во сколько раз обезболивающий эффект ультра­каина выраженнее, чем у тримекаина?:

1) не эффективнее;

2) в 1,5—2 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

236.Во сколько раз обезболивающий эффект ультракаина сильнее, чем у лидокаина?:

1) не эффективнее;

2) в 2—3 раза;

3) в 3—4 раза;

4) в 5—6 раз;

5) в 7—10 раз.

237.Полноценное обезболивание при использова­нии ультракаина наступает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

238.Полноценное обезболивание от новокаина нас­тупает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

239.Полноценное обезболивание при использова­нии тримекаина наступает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

240.Полноценное обезболивание от лидокаина нас­тупает через:

1) 1—3 минуты;

2) 4—5 минут;

3) 6—8 минут;

4) 9—10 минут.

241. Размеры гематомы не зависят от:

1) диаметра сосуда;

2) типа сосуда (артерия или вена);

3) давления в сосуде;

4) свертывающей системы;

5) эластичности и структуры мягких тканей;

6) реактивности организма больного.

242. В первые часы после образования гематомы больному назначают:

1) сухое тепло, согревающие компрессы;

2) холод (лед);

3) УВЧ.СВЧ;

4) препараты гидрокортизона.

243. Когда производят вскрытие постинъекционной гематомы?:

1) всегда;

2) при нагноении или инкапсулировании;

3) только при обширных гематомах.

244. Невралгии возникают при повреждении каких нервов?:

1) двигательных;

2) чувствительных;

3) вкусовых;

4) секреторных.

245. Ишемия кожи возникает в результате действия:

1) определенного вида анестетика;

2) аллергической реакции;

3) вазоконстрикторов.

246. Ишемия кожи требует лечения?:

1) да;

2) нет.

247. Функциональные парезы мимической муску­латуры лица проходят через:

1) 2—3 месяца;

2) 2—3 дня;

3) 2—3 часа;

4) после прекращения действия анестетика.

248. Неврит — это:

1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоэстезией в зоне его иннервации;

2) повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации.

249. Невралгия характеризуется:

1) интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоэсте-зией в зоне его иннервации;

2) повреждение нерва с выпадением функции в зонеиннервации.

250. Диплопия возникает при проведении:

1) туберальной анестезии;

2) мандибулярной анестезии;

3) ментальной анестезии;

4) инфраорбитальной анестезии;

5) анестезии у овального отверстия.

251. Обязательно ли проводить рентгенологичес­кие исследования, если произошла поломка инъек­ционной иглы и ее конец не выступает из мягких тканей?:

1) нет;

2) да;

3) иногда, по желанию врача;

4) иногда, по желанию больного.

252. Инкапсуляция поломанной иглы происходит в сроки:

1) 1—2 дня;

2) 4—7 дней;

3) 8—10 дней;

4) 12—14дней.

253. Удалять инородное тело (глубоко расположен­ную поломанную иглу) возможно в сроки не ранее:

1) 1—2 дня;

2) 4—7 дней;

3) двух недель.

254. Выберите 1 правильный ответ. Местное осложнение после проведения проводникового обез­боливания:

1) неврит

2) невралгия

3) вазопатия

4) кровотечение из лунки

5) потеря зрения

255. Для больных, подверженных аллергии, анестетиком выбора является:

1) 2% р-р скандонеста (специальный)

2) 2% р-р скандонеста с норадреналином

3) 3% р-р скандонеста без норадреналина

4) септанест с эпинефрином

5) 4% р-р септанеста без вазоконстриктрора

256. Через 1 минуту после введения анестетика у пациента появилось головокружение, ощущение удушья, пульс слабого наполнения, снижение артериального давления, редкое поверхностное дыхание. Зрачки сужены. Клиническая картина соответствует:

1) кардиогенному шоку

2) анафилактическому шоку

3) обмороку

4) сердечной астме

5) гипертоническому кризу

257. Прикусывание губы и ожоги в полости рта горячей пищей вероятнее всего обусловлены:

1) привычкой принимать горячую пищу

2) перенесенным ишемическим инсультом

3) нарушением чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного и язычного нервов после эндоневрального введения анестетика при удалении зуба на нижней челюсти

4) постинекционной гематомой

5) затрудненным прорезыванием зуба мудрости

258. Постинъекционные некрозы:

1) чаще возникают на твердом небе

2) чаще возникают в области крыловидно-челюстной складки

3) в результате введения новокаина

4) в результате любого анестетика

5) п.1, п3

259. При переломе инъекционной иглы в амбулаторной практике тактика хирурга предусматривает:

1) извлечение иглы глазным магнитом

2) извлечение иглы широким оперативным доступом

3) госпитализация пациента

4) рентгендиагностика

5) п.1, п.4

260. Повреждение какого кровеносного сосуда приводит к гематоме при проведении туберальной анестезии:

1) лицевой артерии

2) лицевой вены

3) верхнечелюстной артерии

4) верхнечелюстной вены

5) венозного сплетения крыло-небной ямки

261. После анестезии у нижнеглазничного отверстия возникла диплопия. Ваши действия по отношению к больному:

1) наблюдение за больным до нормализации зрения

2) разрез по переходной складке слизистой оболочки с целью оттока анестетика

3) немедленная госпитализация больного

4) назначение физиотерапии

262. При возникновении гематомы после проведения инъекции в первые сутки необходимо:

1) приложить лед на место образования гематомы

2) подействовать сухим теплом

3) наложить водочный компресс

4) немедленно начать УВЧ-терапию

5) дренировать гематому

263. Действия амбулаторного хирурга-стоматолога при поломке иглы и попадании ее в мягкие ткани ЧЛО:

1) попытаться извлечь иглу зажимом через дополнительный разрез

2) сделать разрез тканей в надежде, что «потом игла сама выйдет»

3) госпитализация больного в отделение челюстно-лицевой хирургии

4) попытаться извлечь иглу магнитом

5) сделать дополнительный разрез тканей и применить магнит

264. Длительная контрактура нижней челюсти, потеря чувствительности, невралгические боли характерны для:

1) быстрого введения анестетика в ткани

2) проведения обезболивания инактивированным анестетиком

3) введения другого вещества вместо анестетика

4) ранения нервного ствола при проведении выключения нижнечелюстного нерва

5) поломка иглы при проведении обезболивания к нижнечелюстному отверстию

265. С какой целью производится постоянное опрыскивание тканей по мере продвигания иглы во время местного обезболивания:

1) чтобы не поранить сосуд

2) чтобы быстрее наступила анестезия

3) чтобы в ткани не попали микроорганизмы

4) чтобы в шприц не попали микроорганизмы

5) чтобы отслоить надкостницу

266. При введении обезболивающего раствора не следует вводить его под надкостницу, так как в этих случаях:

1) наступает длительная ишемия тканей

2) происходит ранение сосудов и развивается гематома

3) раствор быстро попадает в кровеносное русло

4) в результате отслоения надкостницы возможно наступление послеинъекционных болей

5) может сломаться инъекционная игла

267. Каковы осложнения при туберальной анестезии:

1) полом иглы

2) образование гематомы

3) неврит

4) птоз век

5) пункция верхнечелюстной пазухи

268. При несоблюдении аспирационной пробы во время введения иглы в ткани при местном обезболивании происходит:

1) полом иглы

2) отлом коронки зуба

3) ишемия участка мягких тканей

4) анафилактическая реакция

5) образование гематомы в следствии ранения сосудов

269. Больного 62 лет, страдающего сахарным диабетом, беспокоят постоянно ноющие боли при накусывании на второй премоляр на нижней челюсти слева. Определяется очаг деструкции челюсти. Зуб с очагом инфекции решено удалить. Выберите два вида анастезии:

1) инфильтрационную

2) подбородочную

3) щечную

4) язычную

5) мандибулярную

6) интрасептальную

270. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

1) цианозом

2) сонливостью

3) судорогами

4) тошнотой и рвотой

5) все вышеперечисленное

271. Через 1 минуту после введения анестетика у пациента появилось головокружение, ощущение удушья, пульс слабого наполнения, снижение артериального давления, редкое поверхностное дыхание. Зрачки сужены. Клиническая картина соответствует:

1) кардиогенному шоку

2) анафилактическому шоку

3) обмороку

4) сердечной астме

5) гипертоническому кризу

272. Потеря сознания, частый пульс малого наполнения, снижение артериального давления, удушье, расширение зрачков являются характерными признаками:

1) анафилактического шока   
2) кардиогенного шока

3) коллапса

4) сердечной астмы

5) обморока

273. Первую степень риска анафилактического шока имеют больные, в анамнезе которых:

1) отрицание лекарственной аллергии, но имеются инфекционно-аллергические заболевания, обостряющиеся при приеме отдельных пищевых продуктов и использовании веществ бытовой химии

2) имеются данные о легких аллергических реакциях к отдельным веществам бытовой химии и пищевым продуктам

3) имеется отягощенный фармакотерапевтический анамнез

4) п.2, п.3

274. Результатом чего является развитие обморочного состояния после анестетика:

1) ишемии миокарда

2) развития гипотонии

3) повышения артериального давления крови

4) сокращения пульсового давления

5) гипоксии головного мозга

275. Побледнение кожи и видимости слизистой характерно для:

1) обморока

2) анафилактического шока

3) аллергической реакции на анестетик

4) коллапса

5) гипертонического криза

276. Гиперемия кожных покровов и видимой слизистой оболочки полости рта характерна для:

1) коллапса

2) аллергической реакции

3) обморока

4) анафилактического шока

5) бронхиальной астмы

277. Для обморока характерны признаки:

1) гиперемия кожи лица

2) потеря сознания

3) редкий пульс

4) частый пульс

5) узкий зрачок

6) широкий зрачок

278. Для начальной стадии анафилактического шока характерны признаки:

1) появление сыпи

2) затрудненное дыхание

3) потеря сознания

4) гиперемия кожи лица

5) возбуждение, беспокойство

279. Укажите клинические признаки характерные для А-обморока, В- анафилактического шока

1) потеря сознания

2) частый пульс

3) редкий пульс

4) побледнение кожи лица

5) цианоз

6) затрудненное, учащенное дыхание

280. Выберите все клинические признаки характерные для: А- аллергическая реакция, В- острая сердечно-сосудистая недостаточность.

1) бледность кожи лица

2) гиперемия кожи лица

3) отек губ, век

4) беспокойство, возбуждение

5) дыхание замедленное

6) сознание затруднено

7) сознание спутанное

8) дыхание учащенное

281.Выберите все клинические признаки характерные для: А- обморок, В- сердечно-сосудистый коллапс

1) потеря сознания

2) сознание сохранено

3) бледность кожи лица

4) частый пульс

5) редкий пульс

6) широкий зрачок

7) дыхание поверхностное, глубокое

282. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является  
1) обморок   
2) гематома   
3) контрактура

283. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика  
1) тризм   
2) двигательное возбуждение, судороги   
3)гиперемия в области введения анестетика

284. При передозировке адреналина больному необходимо ввести  
1) внутривенно 1 мл атропина   
2) внутривенно 1 мл мезатона   
3)внутримышечно 1 мл норадреналина   
  
285. Во время коллапса сознание  
1) сохранено   
2)не сохранено   
  
286. Коллапс - это  
1)аллергическая реакция на антиген   
2)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса   
3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания 

287. Во время коллапса кожные покровы  
1)сухие, бледные   
2) влажные, бледные   
3) сухие, гиперемированные   
4) влажные, гиперемированные 

288. Пульс во время коллапса  
1) частый, нитевидный   
2) нитевидный, редкий   
3) частый, хорошего наполнения   
4) редкий, хорошего наполнения 

289. Артериальное давление во время коллапса  
1) повышено   
2) понижено 

290. Дыхание во время коллапса  
1) глубокое   
2) поверхностное 

291. Анафилактический шок - это  
1)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса   
2) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген   
3)проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания 

292. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется  
1) стоматологом   
2) средним медицинским персоналом   
3) врачами специализированной службы   
  
293. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца  
1) 30   
2) 60   
3)90   
  
294. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются  
1) на эпигастрии   
2) на нижней трети грудины   
3) на средней трети грудины 

295. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида  
1) 1%   
2) 10%   
3) 0.1%

296. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят  
1) синусит   
2) альвеолит   
3) остеомиелит   
4) анафилактический шок

297. Общим осложнением при обезболивании является:

1) кровотечение

2) контрактура

3) обморок

4) некроз

5) гематома

298. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

1) внутривенно 1 мл атропина

2) внутривенно 1 мл мезатона

3) внутримышечно 1 мл норадреналина

4) внутримышечно баралгин

5) внутривенно героин

299. Коллапс - это:

1) аллергическая реакция на антиген

2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

300. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные

2) влажные, бледные

3) сухие, гиперемированные

4) влажные, гиперемированные

5) нормальные

301.К видам общего обезболивания относят:

1) внутрипульпарное

2) спонгиозное

3) нейролептаналгезию

4) интралигаментарное

5) проводниковое

302. При общем обезболивании происходит:

1) обратимое торможение ЦНС

2) необратимое торможение ЦНС

3) блокада периферических нервных рецепторов

4) блокада основного нервного ствола

5) возбуждение ЦНС

303. Для премедикации применяют препараты:

1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества

2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества

3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики

4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества

5) анальгетики + антибиотики

304. Укажите, правильную комбинацию ответов. Эндотрахеальный наркоз применяется при ...

1) оперативных вмешательствах у детей раннего возраста; 2) операциях у психически неуравновешенных или душевнобольных; 3) обширных операциях; 4) отказе больного от операции под местной анестезией; 5) выраженных рубцах в зоне операции.

1) все ответы верны;

2) все ответы не правильны;

3) 1, 2, 3;

4) 3, 4, 5;

305. Укажите, правильную комбинацию ответов.При определении риска проведения наркоза учитывают: 1) возраст больного; 2) пол больного; 3) тяжесть операции; 4) характер основного заболевания; 5) опыт хирурга.

1) все ответы верны;

2) все ответы не правильны;

3) 1, 2, 3;

4) 3, 4, 5;

5) 1, 3, 4.

306. Укажите, правильную комбинацию ответов.Современные газообразные ингаляционные анестетики: 1) закись азота; 2) фторотан; 3) трилен; 4) эфир; 5) ксенон.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

307. Укажите, правильную комбинацию ответов. Газообразные вещества подаются в аппарат ингаляционного наркоза под давлением:

1) 1-2 атм.;

2) 4 – 4.5 атм.;

3) 10-15 атм.;

4) 50-100 атм.;

5) > 100 атм.

308. Баллон с закисью азота окрашен в цвет:

1) голубой;

2) серый;

3) красный;

4) черный;

5) белый.

309. Инструмент, с помощью которого проводят интубацию трахеи:

1) ларингоскоп;

2) лапароскоп;

3) эзофагоскоп;

4) бронхоскоп;

5) гастроскоп.

310. При эндотрахеальном наркозе интубационная трубка должна находиться:

1) над бифуркацией трахеи;

2) в правом главном бронхе;

3) в левом главном бронхе;

4) над голосовыми связками.

311. Укажите, правильную комбинацию ответов. Возможные осложнения при интубации трахеи:1) повреждения зубов клинком ларингоскопа; 2) повреждение голосовых связок; 3) введение интубационной трубки в пищевод; 4) введение интубационной трубки в правый главный бронх; 5) гипоксия при длительной интубации трахеи.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

312. Укажите, правильную комбинацию ответов. Виды общего обезболивания: 1) ингаляционный наркоз; 2) общая внутривенная анестезия; 3) регионарная внутривенная анестезия;4) комбинированная (многокомпонентная) общая анестезия; 5) спинальная анестезия.

1) 1,2,5;

2) 1,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

313. Укажите, правильную комбинацию ответов. Аппаратно-масочный наркоз применяют при операциях: 1) на органах грудной полости; 2) ортопедических; 3) вскрытия поверхностных гнойников; 4) на органах брюшной полости; 5) небольших по объему и травматичности.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

314. Укажите, правильную комбинацию ответов. Показания к применению ларингеальных масок:1) рутинные и экстренные анестезиологические пособия у пациентов с пустым желудком;  2) альтернатива эндотрахеальной интубации; 3) в ситуациях трудной или невозможной интубации трахеи; 4) альтернатива тотальной внутривенной анестезии; 5) после повторной неудачной попытки эндотрахеальной интубации.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

315. Укажите, правильную комбинацию ответов. Преимущества эндотрахеального наркоза: 1) обеспечение свободной проходимости дыхательных путей при нахождении больного на операционном столе в любой позиции; 2) не требуется миорелаксация; 3) исключается заброс содержимого желудка в трахею; 4) обеспечение оптимальных условий для искусственной вентиляции легких; 5) нет опасности гиперкапнии.

1) 1,2,5;

2) 1,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

316. Укажите, правильную комбинацию ответов.Премедикация позволяет достигнуть: 1) подавление психоэмоциональных реакций; 2) подавление нежелательных рефлекторных реакций со сторо­ны блуждающего нерва на сердце; 3) уменьшения секреции бронхиальных желез; 4) усиления действия анестетиков; 5) снижение риска развития бронхоспазма.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

317. Укажите, правильную комбинацию ответов. Премедикация у плановых больных проводится: 1) вечером накануне операции; 2) за 30 – 40 мин до операции; 3) на операционном столе; 4) во время операции; 5) после завершения операции.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

318. Укажите, правильную комбинацию ответов. За сутки до операции с целью премедикации больному назначают: 1) транквилизаторы; 2) снотворное на ночь; 3) атропин; 4) антигистаминные препараты; 5) наркотические аналгетики.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

319. Укажите, правильную комбинацию ответов.У экстренных больных премедикация может проводиться: 1) на операционном столе; 2) за 40 минут до операции; 3)за 1-2 часа до операции; 4) за 3 часа до операции; 5) по ходу операции.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 3,5;

5) 2,4.

320. Укажите, правильную комбинацию ответов. Перед операцией с целью премедикации вводят: 1) транквилизаторы; 2) снотворные; 3) антигистаминные препараты; 4) атропин; 5) промедол.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) 4,5;

5) 2,4.

321. Укажите, правильную комбинацию ответов.Для внутривенного наркоза используют: 1) тиопентал натрия; 2)новокаин; 3) пропофол; 4) промедол; 5) кетамин.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

322. Период пробуждения при дачи наркоза начинается после:

1) просыпания больного;

2) наложения кожных швов;

3) окончания операции;

4) прекращения подачи анестетика, мышечных релаксантов, анальгетиков;

323. Укажите, правильную комбинацию ответов.В анестезиологической карте фиксируют: 1) показа­тели гемодинамики; 2) параметры ИВЛ; 3) вводимые препараты; 4)эта­пы операции; 5) осложнения операции и наркоза.

1) 1,5;

2) 1,4;

3) 1,2;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны.

324. Укажите, правильную комбинацию ответов. Особенности общей тотальной внутривенной анестезии: 1) быстрое введение в наркоз; 2) кратковременность анестезии; 3) трудности контроля глубины наркоза; 4)миорелаксация; 5) кумулятивное действие анестетиков.

1) 1,2,5;

2) 2,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

325. Накануне плановой операции под наркозом независимо от характера заболевания больному выполняют:

1) очистительную клизму;

2) промывание желудка;

3) постановку кровоотсосных банок;

4) катетеризацию мочевого пузыря;

5) ингаляции с антисептиками.

326. Укажите, правильную комбинацию ответов.Для введения в эндотрахеальный наркоз используют: 1) барбитураты; 2) закись азота; 3) кетамин; 4) эфир; 5) севофлуран.

1) 1,2,5;

2) 1,3,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны

327. Укажите, правильную комбинацию ответов.Искусственная вентиляция легких осуществляется при проведении наркоза: 1) аппаратно – масочного; 2) эндотрахеального; 3) внутривенного; 4) эндобронхиального; 5) комбинированного.

1) 1,2,5;

2) 2,4,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

5) все ответы не правильны

328. Пассивное забрасывание желудочного содержимого в ротоглотку называется:

1) рвота;

2) регургитация;

3) рефлюкс;

4) аспирация.

329. Укажите, правильную комбинацию ответов.После наркоза для предупреждения аспирации рвотных масс больного укладывают в кровати: 1) горизонтально на спине; 2) в положении Тренделенбурга; 3) на бок; 4) голову повернуть на бок; 5) с воздуховодом.

1) 1,2,4;

2) 2,3,4;

3) 1,2,3;

4) 3,4,5;

5) 2,4,5.

330. Укажите, правильную комбинацию ответов. Осложнения при интубации трахеи 1) перелом зубов и нижней челюсти; 2) повреждение языка и над­гортанника; 3) повреждение голосовых связок; 4) введение трубки в пищевод; 5) гипоксия.

1) 1,2,5;

2) 2,4,5;

3) 1,2,3;

4) все ответы верны;

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция |  | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-56 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-56 |
| 2 | УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели | Инд.УК3.1. Подбирает команду и организует ее работу на основе партнерского взаимодействия | знать правила организации работы на основе партнерского взаимодействия | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь работать в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Задачи 1-56 |
| владеть навыками общения с персоналом лечебных учреждений, пациентами и их родственниками | Задачи 1-56 |
| 3 | УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни | Инд.УК6.1. Решает задачи собственного профессионального и личностного совершенствования и развития, включая задачи изменения карьерной траектории, на основе самооценки, принципов самовоспитания и самообразования в течение всей жизни | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-56 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-56 |
| 4 | ОПК-2 Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок | Инд.ОПК2.1. Осуществляет самоконтроль и анализ результатов собственной деятельности для выявления и предотвращения профессиональных ошибок | знать этиологию, патогенез и клиническую картину заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь решать профессиональные задачи врача на основе патофизиологического анализа конкретных данных о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях | Задачи 1-56 |
| владеть основными методами оценки функционального состояния организма человека, навыками анализа и интерпретации результатов современных диагностических технологий | Задачи 1-56 |
| 5 | ОПК-4: Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения | Инд.ОПК4.2: Проводит санитарно-просветительскую работу по профилактике наиболее распространенных стоматологических заболеваний среди детей и взрослых | знать теоретические основы организации и проведения мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь организовать и провести мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний | Задачи 1-56 |
| владеть навыками оценки результатов проведенных мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний | Задачи 1-56 |
| 6 | ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Инд.ОПК5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний | знать анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-56 |
| владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-56 |
| 7 | ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | Инд.ОПК6.1. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения наиболее распространенных заболеваний под врачебным контролем на основе знаний о показаниях, противопоказаниях, побочных действиях и возможных осложнениях | знать механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов | Задачи 1-56 |
| владеть навыками назначения немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий | Задачи 1-56 |
| 8 | ОПК-7: Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Инд.ОПК7.2: Оказывает первую врачебную помощь в очаге поражения при неотложных состояниях | знать алгоритмы диагностики состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь организовать и оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций | Задачи 1-56 |
| владеть навыками диагностики состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Задачи 1-56 |
| 9 | ОПК-10: Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными | Инд.ОПК10.1: Организует работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными в условиях поликлинического приема | знать организацию работы младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией | Задачи 1-56 |
| владеть навыками организации работы младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях | Задачи 1-56 |
| 10 | ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента | Инд.ОПК12.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациента со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь разрабатывать план реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-56 |
| владеть составление индивидуального плана реабилитации пациента с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-56 |
| 11 | ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний | Инд.ПК1.3. Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | знать этиологию, патогенез, клинические проявления и методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь производить осмотр пациента, анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия и др.) | Задачи 1-56 |
| владеть навыками проведения осмотра пациента, интерпретацией и анализом результатов осмотра и обследования пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-56 |
| 12 | ПК-3: Способен применять современные методы асептики и антисептики, дезинфекции и стерилизации стоматологических инструментария и оборудования, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений стоматологических организаций, использовать средства индивидуальной защиты для профилактики внутрибольничной инфекции при лечении пациентов | Инд.ПК3.3: Обеспечивает строгое соблюдение правил асептики и антисептики при выполнении диагностических и лечебных стоматологических манипуляций | знать правила асептики и антисептики при выполнении диагностических и лечебных стоматологических манипуляций | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь соблюдать правила асептики и антисептики в челюстно-лицевой хирургии | Задачи 1-56 |
| владеть навыками по соблюдению асептики и антисептики при проведении хирургических манипуляций | Задачи 1-56 |
| 13 | ПК-4 Способен провести по показаниям премедикацию, аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию при лечении стоматологических заболеваний | Инд.ПК4.2. Применяет различные виды местной анестезии (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) анестезию при лечении пациентов с стоматологическими заболеваниями | знать методику проведения аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь выполнять аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию у пациентов при хирургических вмешательствах в полости рта | Задачи 1-56 |
| владеть навыками проведения местной анестезии при лечении пациентов | Задачи 1-56 |
| 14 | ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых | Инд.ПК5.1. Разрабатывает план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Задачи 1-56 |
| владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Задачи 1-56 |
| 15 | ПК-7 Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Инд.ПК7.2. Определяет показания и направляет пациента на консультацию и лечение к врачам-специалистам для его комплексной реабилитации | знать основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь направлять пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к узким специалистам с учетом их общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Задачи 1-56 |
| владеть навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по своей специальности с использованием современных методов реабилитации, разрешенных для применения в медицинской практике | Задачи 1-56 |
| 16 | ПК-9: Способен выполнять профессиональные профилактические процедуры с использованием современных методов и стоматологических материалов для профилактики стоматологических заболеваний | Инд.ПК9.2: Обучает пациента гигиеническому уходу за полостью рта | знать методы санитарно-просветительской работы | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики | Задачи 1-56 |
| владеть навыками проведения санитарно-просветительной работы | Задачи 1-56 |
| 17 | ПК-10: Способен к ведению санитарно-гигиенического просвещения среди населения, обучению пациентов и медицинских работников с целью предупреждения возникновения (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития | Инд.ПК10.3: Пропагандирует здоровый образ жизни для профилактики стоматологических заболеваний | знать заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента | Задачи 1-56 |
| владеть механизмами развития и проявления заболеваний, а также механизмами действия различных принципов лечения и профилактики | Задачи 1-56 |
| 18 | ПК-12: Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | Инд.ПК12.1: Проводит экспертизу временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | знать вопросы экспертизы нетрудоспособности | Вопросы 1-529  Тестовые задания 1-330 |
| уметь оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством | Задачи 1-56 |
| владеть навыками по экспертизе временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | Задачи 1-56 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета и экзамена проводится по билетам.

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:  1-е место  2-е место  3-е место  участие | 3  2  2  1 |

**4.4. Порядок расчета зачетного / экзаменационного рейтинга**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация проводится в форме зачета / экзамена.
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ / по зачетным билетам.
* Экзамен проходит по экзаменационным билетам.
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более.
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (в виде тестирования) и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования. Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

* Зачетный / экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (по билетам) и выражается в баллах от 0 до 30.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.2. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного / экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

4.4.4. В случае неявки на зачет / экзамен, а также получения обучающимся зачетного / экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс/Рэ**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

Рэ – экзаменационный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |