

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:25:40
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Специальность	<u>31.08.74 Стоматология хирургическая</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог-хирург</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «СТОМАТОЛОГИЯ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

Код компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки

		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену
ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Тестовые задания для экзамена
		Устный опрос
		Рефераты
		Эссе
		Ситуационные задачи
		Мануальные навыки
		Контрольные вопросы к экзамену

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1	УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: основные методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию; Уметь: анализировать и оценивать различные ситуации	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на

		Владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/«зачтено»	основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
2	ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: - научные основы здорового образа жизни; влияние наследственных факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, в том числе и на возникновение основных стоматологических заболеваний; - принципы профилактики основных стоматологических заболеваний; основы планирования, внедрения, оценки эффективности программы профилактики стоматологических заболеваний среди населения; Уметь: - анализировать и оценивать состояние здоровья населения и вероятность неблагоприятного влияния на него факторов окружающей среды;	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно»/«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		- анализировать качество питьевой воды, структуру здорового (рационального) питания; - давать рекомендации по организации здорового образа жизни, гигиенического воспитания, профилактики и борьбы с вредными привычками; обучать население практическим навыкам по гигиене рта и методам их контроля. Владеть: знаниями о стоматологической заболеваемости населения России и зарубежных стран и тенденции их развития; методами проведения санитарно-просветительной работы среди окружения и населения; умением использовать полученную информацию для решения вопросов профилактики заболеваний, обусловленных факторами окружающей среды			
3	ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и	Знать: особенности клинического проявления основных стоматологических заболеваний; принципы	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки

	осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	диспансеризации, организационные формы проведения плановой санации полости рта; Уметь: проводить сбор жалоб, анамнеза, осмотр Владеть: знаниями о современных достижениях в области диагностики и профилактики, лечения основных стоматологических заболеваний	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/«зачтено»	решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
4	ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	Знать: методики сбора, статистической обработки и анализа информации о стоматологической заболеваемости населения в целом или отдельных групп; Уметь: вычислять и оценивать уровень и структуру стоматологической заболеваемости Владеть: методиками анализа показателей стоматологического здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения	Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно»/«не зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
5	ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и	Знать: особенности клинического проявления основных стоматологических	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания,

	неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	заболеваний, повреждений и заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых; существующие методы диагностики основных стоматологических заболеваний и зубочелюстно-лицевых аномалий.; Уметь: - проводить сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента; проводить осмотр зубов, оценивать состояние слизистой рта, пародонта, слюнных желез и лимфатических узлов, определять гигиенические и пародонтологические индексы; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить план и объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; ставить диагноз в соответствии с МКБ; - проводить дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний и заболеваний ЧЛО; определять	Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«хорошо»/«зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно»/«не зачтено»	демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	---	--	--	--	--

		необходимость проведения специальных методов исследования стоматологического о хирургического пациента с использованием аппаратных и рентгенологических методов исследования и анализировать полученные данные и использовать их при постановке диагноза. Владеть: - знаниями о современных достижениях медицины в области диагностики основных стоматологических заболеваний; - методами обследования стоматологического о пациента			
6	ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Знать: основы экспертизы временной нетрудоспособности и и медико-социальной экспертизы; правила оформления медицинской документации; порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и и медико-социальной экспертизы; Уметь:			

		внутриротовое обезболивание; - проводить первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области; - накладывать швы на лице и в полости рта; - проводить удаление зубов; - проводить хирургическое лечение периодонтитов, перекоронаритов, периоститов, остеомиелитов; - проводить вскрытие абсцессов и флегмон, фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области; - проводить обработку ран слизистой оболочки рта, костей, мягких тканей лица; - проводить лечение переломов костей лица; - проводить пластику местными тканями, взятыми по соседству с дефектом; - объективно планировать пластические операции; - проводить пластику «лоскутами на ножке»; - проводить пластику лоскутами тканей	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	---	-----------------------------	-------------------------------------	---

		пациента показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	ности компетенции Компетенция не сформирована	«неудовлетв орительно» /«не зачтено»	показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	--	---	---	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Вопросы для устного опроса	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы для устного опроса	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовые задания для экзамена	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания для экзамена	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения,

		изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
5.	Эссе	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой мысли автора эссе по определенной проблеме в форме кратких тезисов, подкрепленные результатами исследований; аналитического	Темы эссе	Содержательные: соответствие содержания заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.

		обзора литературы по заданной теме.		
6.	Мануальные навыки	Средство проверки умений, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины.	Перечень мануальных навыков	Полнота раскрытия темы; знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; овладение мануальными навыками, согласно квалификационной характеристике врача – стоматолога-хирурга
5.	Вопросы для зачета	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом.	Вопросы для зачета	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

Устный опрос

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.

Оценка	Описание
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания для экзамена

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция

Оценка	Описание
	аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Мануальные навыки

Оценка	Описание
Отлично	обучающийся в полном объеме и без ошибок выполняет задание, пользуясь профессионально и литературно грамотным языком делает корректный вывод.
Хорошо	обучающийся без затруднений выполняет задание, не допуская грубых ошибок; пользуется грамотным профессиональным языком, но не может корректно обосновать вывод.
Удовлетворительно	обучающийся испытывает некоторые затруднения в выполнении практического задания и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя; допускает разного рода не грубые ошибки в ходе выполнения работы, интерпретации результатов или обосновании выводов.
Неудовлетворительно	обучающийся испытывает существенные затруднения при выполнении практического задания, допускает частые и грубые ошибки при его выполнении, не в состоянии сделать корректные выводы по проделанной работе.

Вопросы для зачета

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.

Оценка	Описание
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные материалы для текущего контроля

3.1.1. Устный опрос

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи.

УК-1

1. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач–родственники»?

2. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?

3. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии

4. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.

5. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.

6. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.

7. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.

8. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.

9. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.

10. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.

11. Этическое регулирование научных исследований.

12. Деонтологическая этика.

13. История медицинской этики в России и за рубежом.

14. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

15. Внутренний трудовой распорядок в стоматологии, его регулирование.

16. Виды дисциплинарной ответственности в стоматологии.

17. Категории и виды преступлений в стоматологии.

18. Виды юридической ответственности в стоматологии.

19. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.

20. Досудебное и судебное разбирательство правовых конфликтов в стоматологии.

21. Экономическая и правовая привлекательность страхования ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.

22. Этические нормы и правила в стоматологической науке.

23. Этика в генной инженерии.

24. Компромисс здоровья и красоты.

25. Стандартизированные стоматологические технологии и мода (этика компромиссов).

26. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг. Публичное поведение стоматолога в обществе.
27. Административная ответственность медицинских работников.
28. Уголовная ответственность медицинских работников.
29. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.
30. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
31. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
32. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.
33. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
34. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.
35. Нормативная регламентация платных медицинских услуг.
36. Основные принципы организационной структуры стоматологической организации
37. Виды услуг в современной стоматологической организации, оказываемых в рамках аутсорсинга.
38. Основные виды медицинской документации в стоматологической организации,
39. Основные разделы Автоматизированной системы управления стоматологической организацией
40. Особенности бизнес-модели стационаров в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
41. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
42. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС
43. Системный подход в управлении медицинскими организациями.
44. Особенности менеджмента в стоматологии.
45. Особенности структуры медицинских организаций.
46. Лицензирование и аккредитация деятельности медицинских организаций.
47. Управление процессом предоставления медицинских услуг.

ПК-1

48. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесетрической парадигмы?
49. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
50. Моральные проблемы ятрогении.
51. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
52. Основные принципы исчисления для компенсации морального ущерба пациенту.
53. Основные принципы при утверждении гарантий в стоматологии.
54. Мера правовой ответственности за нарушения применения медицинских технологий в стоматологии.
55. Права граждан на охрану здоровья.
56. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
57. Причины жалоб на медицинских работников. Врачебная ошибка. Несчастный случай ятрогении.
58. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
59. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
60. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
61. Права и обязанности медицинских работников.
62. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

- 63. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
- 64. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
- 65. Права пациента в Российской Федерации.
- 66. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
- 67. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
- 68. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
- 69. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
- 70. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
- 71. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ- инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.

ПК-2

- 72. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
- 73. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
- 74. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
- 75. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
- 76. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

- 77. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
- 78. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
- 79. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
- 80. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
- 81. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
- 82. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
- 83. Правонарушения в стоматологии.
- 84. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
- 85. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
- 86. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
- 87. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
- 88. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
- 89. Корпоративная этика стоматологической организации.
- 90. Использование стволовых клеток в стоматологии: этические проблемы и перспективы.
- 91. Этическая и юридическая доктрины информированного согласия в стоматологии.
- 92. Перечислите этические принципы психологического подхода к клиентам.

93. Какие этические принципы важно знать стоматологу для того, чтобы оправдывать социальный статус врача?

94. Как надо разговаривать с пациентом, чтобы ослабить страх перед посещением стоматолога?

95. Какие способы борьбы с дистрессом Вы можете предложить коллегам и пациентам?

96. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач–родственники»?

97. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техники обезволивания используемые в клинике хирургической стоматологии?
2. Комбинированные методы обезболивания
3. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
4. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
5. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
6. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
7. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области
2. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
3. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
4. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
5. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
6. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
7. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

3. Техника удаления зуба.
4. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
5. Профилактика и лечение осложнений во время и после удаления зубов
6. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
7. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
8. Реплантация и трансплантация зуба
9. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции
10. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.
2. Показания к операции резекция верхушки корня зуба и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
3. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.
4. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
5. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.
6. Показания к операции реплантация и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Вывихи нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.
8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

ПК-6

12. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.
13. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

14. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение
3. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
4. Предраки челюстно-лицевой области.
5. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
6. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.
7. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
8. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
9. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
10. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
11. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
12. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
13. Осложнения гнойной инфекции.
14. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
15. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
16. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
17. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
18. Лимфадениты.
19. Аденофлегмона.
20. Острый одонтогенный гайморит.
21. Хронический одонтогенный гайморит.
22. Методики закрытия oroнозального сообщения.
23. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5

1. Понятие об эпидемиологии рака. Основные эпидемиологические «факторы риска».
2. Цель и методы эпидемиологических исследований в онкологии.
3. Эпидемиология отдельных злокачественных опухолей.
4. Структура онкологических учреждений в России. Онкологические диспансеры и их функции.
5. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии.
6. Периоды развития опухоли. Понятие о раннем раке.
7. Принципы раннего распознавания рака.
8. Первичная и вторичная профилактика рака.
9. Иммунодиагностика злокачественных опухолей.
10. Реабилитация онкологических больных. Виды и принципы реабилитации.

ПК-7

11. Методы лечения злокачественных опухолей.
12. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
13. Основные факторы прогноза и их значение в выборе метода лечения.
14. Цель и задачи химиотерапии злокачественных опухолей.
15. Общие показания и противопоказания к химиотерапии.
16. Группы химиопрепаратов и их характеристика.
17. Методы химиотерапии опухолей.
18. Виды химиотерапии опухолей.
19. Осложнения химиотерапии, их лечение и профилактика. Оценка результатов лечения.
20. Рак губы. Клинические формы, стадии, диагностика, лечение. Предраковые заболевания губы.
21. Меланоопасные невусы кожи. Признаки малигнизации. Диагностика. Лечение.
22. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и полости рта.
23. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
24. Предраковые заболевания кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
25. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Виды биопсий. Показания, техника выполнения.
26. Факультативный предрак и фоновые заболевания. Клиника, диагностика, онкологическая настороженность.
27. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и слизистой оболочки полости рта.
28. Лучевой метод лечения рака – цель, принципы выполнения, ограничения метода для излечения от рака.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта.

ПК-5

1. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
2. Основные и дополнительные методы обследования пациентов при лечении с использованием стоматологических имплантатов.
3. Показания и противопоказания (ограничения) стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
4. Общие и местные противопоказания для дентальной имплантации
5. Современные представления об остеопластических материалах и барьерных мембранах, применяемых в дентальной имплантации и при направленной тканевой регенерации
6. Диагностика и планирование имплантации, инструментарий, медикаментозное периоперационное сопровождение.

ПК-7

7. Планирование имплантологического лечения
8. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
9. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
10. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
11. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения

12. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

3.1.2. Тематика рефератов

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи

УК-1

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
3. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
4. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
5. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
6. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
7. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
8. Права и обязанности медицинских работников.
9. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
10. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
11. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
12. Права пациента в Российской Федерации.

ПК-1

10. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесетрической парадигмы?
11. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
12. Моральные проблемы ятрогении.
13. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
14. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.

ПК-2

15. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
16. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
17. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
18. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
19. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

20. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
21. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
22. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
23. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.

24. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техника обезболивания в клинике хирургической стоматологии.
2. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.
3. Комбинированные методы обезболивания. Показания, противопоказания, техника проведения.
4. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессах в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.
6. Неинъекционные методы местного обезболивания.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
3. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.
4. Исследование пункционного материала.
5. Методы функциональной диагностики
6. Телерентгенография.
7. Магнитно-резонансная томография.

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

8. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов, их профилактика и лечение

9. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

10. Удлинение коронковой части зуба. Цистотомия, цистэктомия. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

11. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.

12. Сложное удаление.

13. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.

14. Осложнения после операции удаления зуба.

15. Удлинение коронковой части зуба.

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.

2. Показания к операции резекция верхушки корня зуба и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

3. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.

4. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

5. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.

6. Показания к операции реплантация и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.

2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.

3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

5. Вывихи нижней челюсти.

6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.

7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.

8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.

10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.

11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

12. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.

13. Переломы нижней челюсти.

14. Переломы верхней челюсти.

15. Переломы скуловых костей и дуг.

16. Ожоги, отморожения, лучевые повреждения, комбинированная травма.

17. Причины и механизм неогнестрельной травмы лица, ее особенности и методы обследования пострадавших.

18. Переломы костей и повреждение хрящей носа.

19. Комбинированная травма.

ПК-6

20. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.

21. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

22. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1 Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.

2 Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.

3 Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.

4 Лимфадениты челюстно-лицевой области.

5 Однотогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.

6 Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.

7 Осложнения гнойной инфекции.

8 Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.

9 Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.

10 Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.

11 Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.

12 Лимфадениты.

13 Аденофлегмона.

14 Острый одонтогенный гайморит.

15 Хронический одонтогенный гайморит.

16 Методики закрытия ороентрального сообщения.

17 Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5, ПК-7

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.

2. Предраки челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.

3. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.

4. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.

5. Околокорневые кисты. Клиника, диагностика, лечение.

6. Пародонтомы. Клиника, диагностика, лечение.

7. Свищи и кисты шеи. Клиника, диагностика, лечение.

8. Факультативные формы предраковых заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.

9. Рак губы. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.

10. Рак Нижней челюсти. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

11. Саркомы. Меланома. Клиника, диагностика, лечение.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта ПК-5

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.
6. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
7. Предоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.
8. Виды дентальных имплантационных систем
9. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
10. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР.
11. Одноэтапная и двухэтапная зубная имплантация
12. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов.
13. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.
14. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

ПК-7

15. Планирование имплантологического лечения
16. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
17. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах

3.1.3. Тематика эссе

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи

УК-1

1. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
2. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
3. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.
4. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
5. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
6. Моральные проблемы ятрогении.
7. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

ПК-1

8. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?
9. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
10. Моральные проблемы ятрогении.
11. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
12. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
13. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
14. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
15. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
16. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ- инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.

ПК-2

17. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
18. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
19. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
20. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
21. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

22. Правонарушения в стоматологии.
23. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
24. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
25. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
26. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
27. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
28. Корпоративная этика стоматологической организации.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техники обезволивания используемые в клинике хирургической стоматологии?
2. Комбинированные методы обезболивания
3. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
4. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
5. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
6. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
7. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области
2. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
3. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
4. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
5. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
6. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
7. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

3. Техника удаления зуба.
4. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
5. Профилактика и лечение осложнений во время и после удаления зубов
6. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
7. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
8. Реплантация и трансплантация зуба
9. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции
10. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.
2. Показания к операции резекции верхушки корня зуба и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
3. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.
4. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
5. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.
6. Показания к операции реплантация и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Вывихи нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.
8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

ПК-6

12. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.
13. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

14. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение
3. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
4. Предраки челюстно-лицевой области.
5. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
6. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.
7. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
8. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
9. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
10. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
11. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Иностранные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
12. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
13. Осложнения гнойной инфекции.
14. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
15. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
16. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
17. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.

18. Лимфадениты.
19. Аденофлегмона.
20. Острый одонтогенный гайморит.
21. Хронический одонтогенный гайморит.
22. Методики закрытия oroоnтрального сообщения.
23. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5

1. Понятие об эпидемиологии рака. Основные эпидемиологические «факторы риска».
2. Цель и методы эпидемиологических исследований в онкологии.
3. Эпидемиология отдельных злокачественных опухолей.
4. Структура онкологических учреждений в России. Онкологические диспансеры и их функции.
5. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии.
6. Периоды развития опухоли. Понятие о раннем раке.
7. Принципы раннего распознавания рака.
8. Первичная и вторичная профилактика рака.
9. Иммунодиагностика злокачественных опухолей.
10. Реабилитация онкологических больных. Виды и принципы реабилитации.

ПК-7

11. Методы лечения злокачественных опухолей.
12. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
13. Основные факторы прогноза и их значение в выборе метода лечения.
14. Цель и задачи химиотерапии злокачественных опухолей.
15. Общие показания и противопоказания к химиотерапии.
16. Группы химиопрепаратов и их характеристика.
17. Методы химиотерапии опухолей.
18. Виды химиотерапии опухолей.
19. Осложнения химиотерапии, их лечение и профилактика. Оценка результатов лечения.
20. Рак губы. Клинические формы, стадии, диагностика, лечение. Предраковые заболевания губы.
21. Меланоопасные невусы кожи. Признаки малигнизации. Диагностика. Лечение.
22. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и полости рта.
23. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
24. Предраковые заболевания кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
25. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Виды биопсий. Показания, техника выполнения.
26. Факультативный предрак и фоновые заболевания. Клиника, диагностика, онкологическая настороженность.
27. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и слизистой оболочки полости рта.
28. Лучевой метод лечения рака – цель, принципы выполнения, ограничения метода для излечения от рака.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта. ПК-5

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.

ПК-7

6. Планирование имплантологического лечения
7. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
8. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
9. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
10. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения
11. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

3.1.4. Перечень основных мануальных навыков УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

Содержание манипуляции (навыка)	
1. Организация рабочего места врача-хирурга с учётом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики инфекционных заболеваний.	
2. Оформление документов первичного больного под контролем врача-куратора базы практики	
3. Опрос (жалобы, анамнез).	
5. Оценка состояния полости рта и слизистых оболочек полости рта	
6. Формулирование диагноза	
7. Проведение инфильтрационного и проводникового обезболивания.	
8. Специальные методы обследования хирургических стоматологических больных. Интерпретация результатов лабораторных исследований.	
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство.	
10. Проведение сложных удалений зубов.	
11. Резекция верхушки корня.	
12. Реплантация и трансплантация зуба.	
13. Цистотомия, цистэктомия.	
15. Осмотр, обследование больного:	- осмотр и обследование лица
	- пальпация мягких тканей и костной основы лица
	- пальпация височно-нижнечелюстного сустава
	- определение высоты нижнего отдела лица
	- осмотр зубов, оценка их твердых тканей:
	- определение степени патологической подвижности зубов
	- зондирование, перкуссия зубов
	- электроодонтодиагностика
	- оценка состояния зубных рядов
	- зондирование десневых и пародонтальных карманов

	- определение подвижности и податливости слизистой оболочки
	- чтение рентгенограмм
16. Удаление зуба	- оценка показаний к удалению зуба
	- проведение операции удаления зуба
	- профилактика общих и местных осложнений вовремя и после удаления зубов
	- устранение общих и местных осложнений вовремя и после удаления зубов
17. Зубосохраняющие операции	- Резекция верхушки корня зуба
	- Гемисекция
	- Реплантация
	- удлинение коронковой части зуба
	- цистотомия, цистэктомия
	- профилактика общих и местных осложнений вовремя и после проведения операции
	- Резекция верхушки корня зуба
	- Гемисекция
	- Реплантация
18. Имплантация	- предоперационная подготовка пациентов
	- имплантация различными имплантологическими системами
	- одноэтапная имплантация
	- двухэтапная имплантация
	- предоперационная подготовка пациентов
	- имплантация различными имплантологическими системами
	- одноэтапная имплантация

3.1.5. Ситуационные задачи

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи.

Задача 1

Врач стоматолог отказал пациенту Х., 45 лет в помощи при острой зубной боли, объяснив причину отказа неоправданным внешним видом пациента.

Вопросы:

1. Имел ли врач право отказать пациенту?

2. Как Вы характеризуете действия врача с позиций врачебной этики: Неэтичными? Законными? Морально-обоснованными?

Эталон ответа:

1. Не имел права отказать.

2. С позиции врачебной этики действия врача незаконные.

Задача 2

Главный врач стоматологической организации Тихонов попросил врача стоматолога Петрова прервать прием пациента О. на 15-20 минут, чтобы проконсультировать вне очереди представителя страховой компании, с которой у стоматологической организации сформировались партнерские отношения. Врач Петров поступил, как его и попросил главный врач Тихонов. В результате, когда врач-стоматолог Петров вернулся к приему пациента Осипова, ему пришлось вновь делать проводниковую анестезию. Пациент О. подал жалобу на

действия главного врача в Департамент здравоохранения, в результате рассмотрения которой врач стоматолог П. получил административное взыскание.

Вопросы:

Как следует расценить действия врача Петрова по отношению к пациенту Осипову с точки зрения врачебной этики?

Эталон ответа:

Действия врача с позиции врачебной этики были незаконны.

Задача 3

Стоматолога-хирурга пригласили для консультации по вопросу требований к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности. Хирургический кабинет планируется разместить в помещении площадью 12 м². Стены кабинета хирургической стоматологии планируется на 1,5 м в высоту от пола облицевать кафелем темно-фиолетового цвета, а далее до потолка произвести окраску масляной краской, полы выстлать линолеумом, который будет подниматься на стены на 5–10 см, заделываться со стеной заподлицо и сверху фиксироваться пластиковым плинтусом. Какие требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке будут нарушены в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности?

Эталон ответа:

В открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности будут нарушены следующие требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке: 1) стоматологический хирургический кабинет не может быть открыт в помещении площадью 12 м², так как любой стоматологический кабинет, в том числе и хирургический, должен иметь площадь не менее чем 14 м² на основное стоматологическое кресло и 7 м² на каждое дополнительное; 2) стены стоматологического хирургического кабинета требуется облицовывать кафелем не менее чем на 1,8 м в высоту от пола, причем цвет поверхностей стен и пола в указанном помещении должен быть светлых оттенков с коэффициентом отражения не ниже 40 % (белый, светло-серый, салатный, цвет охры). При этом предпочтение следует отдавать нейтраль- 101 ным светло-серым оттенкам, не влияющим на цветовосприятие оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови и т. д.; 3) в стоматологическом хирургическом кабинете недопустимо пол покрывать линолеумом, который поднимается на стены на 5–10 см и фиксируется сверху пластиковым плинтусом. Все плинтусы должны быть внутренними, то есть расположенными под линолеумом.

Задача 4

В отчете учреждения здравоохранения стоматологического профиля отмечено, что поликлиника относится ко второй категории и в ней имеется от 20 до 24 врачебных должностей.

1. Какая ошибка в отчете учреждения здравоохранения?

2. Что характеризует категория стоматологической поликлиники?

3. Укажите перечень установленных категорий стоматологических поликлиник.

Эталон ответа:

1. В отчете учреждения здравоохранения стоматологического профиля имеется ошибка — несоответствие категории учреждения здравоохранения числу врачебных должностей. В стоматологической поликлинике второй категории должно быть от 25 до 29 врачебных должностей. 2. Категория стоматологической поликлиники характеризует ее диагностическо-лечебную мощность. 3. Перечень установленных категорий стоматологических поликлиник включает следующие позиции: — внекатегорийные — свыше 40 врачебных должностей; — первой категории — от 30 до 40 врачебных должностей; — второй категории — от 25 до 29 врачебных должностей; — третьей категории — от 20 до 24 врачебных должностей; — четвертой

категории — от 15 до 19 врачебных должностей; – пятой категории — от 10 до 14 врачебных должностей.

Задача 5

В контрольной работе студента 3-го курса стоматологического факультета по теме «Организация службы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» указано, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь предусмотрено выделение 5 должностей стоматологов на 10 000 населения. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7–12 штатных должностей, дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Стоматологи-хирурги подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением учреждения здравоохранения. Какие ошибки были допущены учащимся в контрольной работе?

Эталон ответа:

В контрольной работе студента 3-го курса стоматологического факультета по теме «Организация службы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» имеются следующие ошибки: 1) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь предусмотрено выделение 5 (а не 4) должностей стоматологов на 10 000 населения; 2) в стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7–12 штатных должностей, выделяется ставка заведующего отделением (вместо 0,5 ставки, и только если в отделении свыше 12 врачебных должностей, то дополнительно выделяется ставка заведующего отделением).

Задача 6

В стоматологическом хирургическом кабинете на два хирургических кресла параллельно ведут прием два стоматолога-хирурга. Им помогают в выполнении работы 1 медсестра и 1 младшая медсестра. Имеются ли нарушения штатного расписания при указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета? Укажите правильный расчет ставок и должностей.

Эталон ответа:

При указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета правильный расчет ставок и должностей следующий: 1) штат медсестер устанавливается из расчета 1 медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга; 2) штат младших медсестер устанавливается из расчета 1 младшая медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга.

Задача 7

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая рабочие места стоматологов-хирургов. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) составляет 1 : 7. Может ли стоматолог-хирург подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета? Ответ поясните.

Эталон ответа:

Стоматолог-хирург не может подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета, так как при его организации имеется ряд серьезных нарушений. Во-первых, любые лечебные кабинеты, в особенности

стоматологические хирургические, не могут быть расположены в подвальных и полуподвальных помещениях. Вовторых, предельно допустимыми параметрами светового коэффициента являются 1 : 4 – 1 : 5.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

Задача 1.

Больная 46 лет обратилась в поликлинику для санации полости рта. Под торусальной анестезией проведено лечение по поводу хронического пульпита. К вечеру появилось ограничение движения нижней челюсти, припухлость в области виска. Припухлость увеличивалась, стали беспокоить боли, ухудшилось самочувствие. Воспалительные явления нарастали, и спустя 24 часа после обращения в поликлинику больная была госпитализирована бригадой скорой помощи. При осмотре выявляется припухлость мягких тканей височной области справа. Размеры припухлости 5х4 см, плотная, болезненность умеренная. Движения нижней челюсти ограничены до 1,5 см. Имеется отек и умеренная гиперемия слизистой оболочки в области крыловидночелюстной складки ротовой полости справа, сглаженность и резкая болезненность переходной складки за бугром верхней челюсти справа. В каком клетчаточном пространстве локализуется воспалительный процесс? Каким путем произошло его инфицирование?

Эталон ответа: Инфекция распространилась через внутреннюю стенку глазницы, которую в основном формирует тонкая решетчатая кость. При флегмоне орбиты возникает диффузное гнойное воспаление орбитальной клетчатки, где в процесс вовлекаются глазничные вены (тромбофлебит) и зрительный нерв (неврит).

Задача 2.

Больной 50 лет, обратился с жалобами на боли при глотании, чувство неловкости при движении языком. В анамнезе - травма слизистой оболочки полости рта рыбной косточкой. Срок с момента травмы две недели. При осмотре лицо симметрично, рот открывает на 3 см, имеющиеся зубы интактны. Движение языка незначительно ограничено вправо. При пальпации слизистой на границе с подъязычной областью и нижней поверхности языка слева выявлен резко болезненный ограниченный инфильтрат. В каком клетчаточном пространстве локализуется воспалительный процесс? Укажите возможные пути распространения инфекции. Каким доступом следует вскрыть абсцесс?

Эталон ответа: У больного абсцесс корня языка слева. Воспалительный процесс локализован в клетчаточном пространстве между челюстно-язычной и подъязычноязычной мышцами. Вскрытие абсцесса проводится внутриротовым доступом в месте наибольшего выбухания слизистой. Распространение процесса возможно по протяжению в челюстно-язычный желобок, подъязычную область и к корню языка.

Задача 3. Больному 25 лет, месяц назад была осуществлена операция на лице по поводу вскрытия флегмоны. В настоящее время беспокоит косметический дефект на лице: опущение левого угла рта, смещение нижней губы вправо, особенно при разговоре. В левой подчелюстной области ближе к углу челюсти на уровне ее нижнего края имеется послеоперационный рубец длиной 4 см, плотной консистенции, спаянный с краем нижней челюсти. Повреждение каких ветвей и какого нерва могло вызвать парез мимических мышц лица?

Эталон ответа: Парез мимических мышц с ранением краевой ветви лицевого нерва вследствие высокого разреза, сделанного при вскрытии флегмоны.

Задача 4.

Доставлен больной с тяжелой черепно-мозговой травмой, в области нижней челюсти размозженная рана, которая сильно кровоточит. Какой сосуд надо перевязать, чтобы уменьшить кровотечение, описать его топографию на шее, отличительные признаки?

Эталон ответа: Хирургу следует перевязать наружную сонную артерию так как произошло ранение ее ветвей - лицевой артерии. Последняя проходит кзади от шилоподъязычной мышцы и заднего брюшка двубрюшной мышцы, затем проникает в ложе подчелюстной железы, где примыкает к ее заднему концу со стороны ее внутренней поверхности. Далее артерия выходит из ложа железы и направляется на лицо, пересекая край нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы. Наружная сонная артерия обычно располагается более кпереди и медиальнее внутренней. Кроме того, на шее внутренняя сонная артерия ветвей не отдает.

Задача 5

В больницу доставлен пострадавший, у которого в теменной области, вследствие отслойки мягких тканей, образовалась обширная скальпированная рана. Назовите слои мягких тканей, входящие в состав отслоившегося лоскута. Какие топографоанатомические особенности мозгового отдела головы приводят к образованию скальпированных ран?

Эталон ответа:

В мозговом отделе головы кожа прочно сращена соединительнотканными перегородками с глубже лежащей подкожной клетчаткой и сухожильным шлемом. При травмах кожа, подкожная клетчатка и сухожильный шлем отделяются вместе, в результате чего обнажаются кости черепа, покрытые лишь надкостницей (скальпированная рана).

Задача 6

В клинику доставлен пострадавший со скальпированной раной мозгового отдела головы. Отторгнутый скальп доставлен в хирургическое отделение вместе с пострадавшим. Дайте топографоанатомическое обоснование оптимальной тактики лечения в данном случае.

Эталон ответа:

При скальпированной ране мозгового отдела головы единым блоком отторгаются большие фрагменты кожи вместе с подкожной клетчаткой и сухожильным шлемом (скальп). При этом (после специальной обработки) возможна реплантация отторгнутого скальпа с восстановлением кровотока в наиболее крупных сосудах с помощью микрохирургической техники. В настоящее время эта операция является операцией выбора. Если не возможна реплантация, то прибегают к кожной пластике оторванного лоскута. С лоскута удаляется подкожная клетчатка и апоневроз, то есть для пластики используется только кожа. Кожа перфорируется в шахматном порядке и узловыми швами фиксируется к краям скальпированной раны. В послеоперационном периоде необходимо своевременно удалять гематому из под лоскута на фоне антибиотиков. Все эти мероприятия позволяют обеспечить приживание оторванного лоскута, а также предупредить развитие остеомиелита. Если же оторванный лоскут (скальп) утерян, то проводятся пластические операции, заключающиеся в перемещении кожных лоскутов или свободной кожной пластике. Для улучшения регенераторных процессов и образования на поверхности костей черепа грануляционной ткани прибегают к трепанации в нескольких участках наружной пластинки плоских костей свода черепа.

Задача 7

В хирургическое отделение поступил пострадавший с обширной гематомой лобно-теменно-затылочной области. Несмотря на произведенную первичную хирургическую обработку (ПХО), в послеоперационном периоде образовался секвестр значительного участка лобной кости. Дайте топографоанатомическое обоснование возникшему осложнению.

Эталон ответа:

Причиной возникшего осложнения в данном случае является поднадкостничная гематома, которая не распространяется за пределы лобной кости вследствие прочной фиксации надкостницы к межкостным швам. Поднадкостничная гематома отслоила надкостницу от лобной кости, что и привело к нарушению ее кровоснабжения, некрозу и секвестрированию.

Задача 8

Гематомы мягких тканей мозгового отдела головы в зависимости от глубины расположения могут быть ограниченными, распространяться по всей поверхности свода или в пределах одной кости свода черепа. Укажите, в каком слое располагается каждый из трех видов гематом. Дайте анатомические обоснования различий в их распространенности по площади.

Эталон ответа:

Гематома, образующаяся в подкожной клетчатке, имеет характерный вид «шишки», так как распространение её по плоскости ограничено соединительно-тканными перемычками, связывающими кожу и сухожильный шлем. Гематома в подапоневрической клетчатке имеет разлитой характер, она свободно перемещается над поверхностью свода черепа. Поднадкостничная гематома повторяет форму кости, поскольку надкостница плотно сращена с костными швами и препятствует распространению гематомы за её пределы.

Задача 9

Почему во время кулачных боев на Руси были запрещены удары в височную область? Дайте топографоанатомическое обоснование чрезвычайной травмоопасности в этой области.

Эталон ответа:

Чешуя височной кости является наиболее тонкой и слабой частью свода черепа. При травмах в этой области возможны оскольчатые переломы с повреждением прилежащих здесь к внутренней поверхности височной кости основного ствола и ветвей средней менингеальной артерии в составе твердой мозговой оболочки, что ведет к образованию гематом (эпидуральной или субдуральной) или ранению головного мозга.

Задача 10

У больного с повреждением мягких тканей височной области произведена первичная хирургическая обработка рваной раны, в результате которой обнаружен оскольчатый перелом чешуи височной кости, эпидуральная гематома. Твердая мозговая оболочка не повреждена. Что является источником возникновения эпидуральной гематомы в височной области. Является ли данная рана проникающей?

Эталон ответа:

Источником эпидуральной гематомы в этом случае могла быть средняя менингеальная артерия, из-за повреждения ее острыми краями костных осколков стекловидной пластинки. Эпидуральная гематома не могла возникнуть из-за повреждения диплоических вен, так как они отсутствуют в чешуе височной кости. Поскольку не повреждена твердая мозговая оболочка – рана не является проникающей.

Задача 11

Дайте топографоанатомическое обоснование выделения ликвора из полости носа при фронтальных травмах черепа (удар в область спинки носа).

Эталон ответа:

При таких ударах повреждается решетчатая кость, отверстия продырявленной пластинки которой сообщают переднюю черепную ямку с полостью носа. В результате такой травмы возможен разрыв оболочек мозга и истечение ликвора из носа.

Задача 12

В хирургическое отделение доставлен пострадавший, у которого при рентгенологическом исследовании обнаружен перелом внутренней пластинки костей свода черепа. Дайте топографоанатомическое обоснование особенностям строения костей свода черепа. Почему внутренняя пластинка при травмах черепа чаще подвержена разрушению.

Эталон ответа:

Кости свода черепа состоят из трех слоев: наружной и внутренней пластинок, между которыми находится губчатое вещество (диплоэ). Внутренняя пластинка (стекловидная) –

тонкая и хрупкая, при травмах черепа ломается чаще, чем наружная. Хотя по прочности внутренняя пластинка не уступает наружной, однако при внешнем воздействии (снаружи внутрь) наружная пластинка подвержена сжатию, а внутренняя – растяжению. При меньшем радиусе кривизны внутренняя пластинка ломается чаще (в первую очередь). Обнаружить такие повреждения удастся только при рентгенологическом исследовании. Следует помнить, что в губчатом веществе костей свода черепа находятся диплоические вены, являющиеся источником кровотечения при травмах и при операциях на черепе.

Задача 13

У больного с опухолью головного мозга с целью уменьшения внутричерепного давления была произведена паллиативная операция. Какая операция показана в этом случае. Назовите последовательность ее этапов.

Эталон ответа:

При прогрессирующем повышении внутричерепного давления показана паллиативная операция – резекционная или декомпрессивная трепанация черепа. Ее производят непосредственно над очагом поражения, если диагноз установлен или по Кушингу на стороне недоминантного полушария (чтобы избежать речевых нарушений). Этапы операции по Кушингу: подковообразный разрез кожи и подкожной клетчатки в височной области с основанием лоскута, обращенного книзу; вертикальный разрез височного апоневроза, межжапоневротической клетчатки и височной мышцы; рассечение надкостницы и отделение ее распатором; нанесение фрезевого отверстия и расширение его щипцами-кусачками; люмбальная пункция; вскрытие крестообразным разрезом твердой мозговой оболочки; по завершении операции ушиваются только мягкие ткани.

Задача 14

На прием к врачу-педиатру обратилась женщина с грудным ребенком. При осмотре – чрезмерное увеличение мозгового отдела головы. Кости черепа мягкие, податливые. Лобный (большой, передний) родничок выбухает наружу, напряжен. Ребенок беспокоен, раздражителен, плохо ест, отказывается от кормлений. Повышен тонус мышц верхней и нижней конечностей. Результаты УЗИ – расширенные желудочки головного мозга. Выставлен диагноз: Атрезия отверстий Мажанди и Лушка. Закрытая врожденная гидроцефалия. Дайте топографо-анатомическое обоснование диагноза. Что такое гидроцефалия? Какие виды гидроцефалии вы знаете? Хирургическое лечение.

Эталон ответа:

Гидроцефалия или водянка головного мозга – заболевание, при котором в желудочках головного мозга и под мозговыми оболочками скапливается чрезмерное количество спинномозговой жидкости (ликвора). Таким образом, увеличивается внутричерепное давление, происходит сдавление головного мозга, нарушается его кровоснабжение, что ведет к нарушению в развитии и созревании нервной системы. Гидроцефалия по времени возникновения бывает врожденной и приобретенной. В зависимости от причин возникновения гидроцефалия бывает закрытая, при которой возникает блокада оттока ликвора (например, атрезия отверстий Мажанди и Лушка) и открытая, при которой ликвор не всасывается, не фильтруется в венозное русло. При врожденной гидроцефалии основной метод лечения хирургический. Главная цель оперативного лечения – отведение ликвора из желудочков мозга. В настоящее время используются два основных способа: шунтирование (85%) и эндоскопическое вмешательство (нейроэндоскопия – 10%). Операции шунтирования (вентрикулоперитонеальный шунт, вентрикулоатриальный шунт, вентрикулоплевральный и др.). В желудочек мозга вводят силиконовый катетер, который отводит ликвор в обход места атрезии в брюшную полость и др. Эндоскопический метод, хотя и применяется реже, но менее травматичен. Нейроэндоскопия (вентрикулокистоцистерностомия) – отведение ликвора из желудочка в цистерны субарахноидального пространства.

Задача 15

У больного после острой травмы черепа с прогрессирующим отеком и набуханием головного мозга произведена декомпрессивная трепанация черепа по Кушингу. После рассечения твердой мозговой оболочки произошло резкое пролабирование мозга в операционную рану. Что привело к развитию этого осложнения?

Эталон ответа:

Это осложнение произошло в результате резко выраженного синдрома внутричерепной гипертензии. Для предупреждения этого осложнения необходимо проводить мероприятия по снижению внутричерепного давления (люмбальная пункция).

Задача 16

При ранении мягких тканей головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны. Какие анатомические особенности кровеносных сосудов подкожной жировой клетчатки лобно-теменно-затылочной области способствуют такому кровотечению?

Эталон ответа:

Адвентиция поверхностных сосудов головы фиксирована к соединительнотканным перемычкам между кожей и сухожильным шлемом, что обуславливает при ранении зияние их просвета и обильное кровотечение.

Задача 17

Твердая мозговая оболочка играет исключительную роль в обеспечении венозного оттока из полости черепа и его регуляции, так как между ее листками проходят венозные синусы – основные коллекторы, в которые впадают мозговые вены. Анатомическими особенностями синусов являются ригидные стенки (не спадаются при ранениях), отсутствие клапанов (возможен дренаж крови в различных направлениях), многочисленные связи с диплоическими венами и внечерепными венами головы (посредством эмиссарных вен), что играет важную роль в поддержании постоянства внутричерепного давления и регуляции оттока крови из полости черепа. В функциональном отношении синусы делятся на несколько групп: регуляторы кровотока; отводящие, приносящие и шунтирующие сосуды; сосуды – эмиссарии. Назовите синусы твердой мозговой оболочки и вены мозга по вышеперечисленным группам.

Эталон ответа:

В функциональном плане синусы делятся на несколько групп: регуляторы кровотока – пещеристый синус; отводящие сосуды – верхний сагиттальный, прямой, поперечный, сигмовидный и каменистые синусы (синусы I порядка); приносящие сосуды – мозговые вены, глазничные вены, клиновидно-теменной и нижний сагиттальный синусы (синусы II порядка); шунтирующие сосуды – межпещеристые синусы, базилярное венозное сплетение, краевой и затылочный синусы, анастомотические вены мозга; сосуды-эмиссарии – связи с диплоическими и поверхностными венами.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

1. Какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?
2. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.
3. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации могут быть применены следующие виды обезболивания: – неинъекционное обезболивание, а именно аппликационная (терминальная) анестезия; – инъекционное обезболивание, а именно инфильтрационная анестезия для мягких тканей («ползучий инфильтрат» по А. В. Вишневскому).

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей, так как слизистая оболочка полости рта интенсивно иннервирована и васкуляризирована. Кроме того, новообразование должно быть удалено в пределах здоровых тканей, а заранее определить точную глубину заинтересованных тканей в процессе не всегда возможно, и возникает необходимость в более длительной и глубокой анестезии.

3. Для неинъекционного обезболивания — аппликационной (терминальной) анестезии — может быть использован 10%-ный раствор лидокаина в аэрозоле. Для инъекционного обезболивания — инфильтрационной анестезии мягких тканей — могут быть использованы карпулированные препараты 4%-ного артикаина с адреналином в разведении 1 : 200 000 (Septodont), Ultracain DS (Aventis), Ubistesin (ESPE).

Задача 2

При проведении амбулаторного хирургического вмешательства по поводу поверхностной папилломы слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны пациент был практически здоров, аллергологический анамнез не отягощен. После выполнения аппликационной (терминальной) анестезии при помощи 10%-ного раствора лидокаина в аэрозоле у пациента начало снижаться артериальное давление (АД).

1. Каков механизм развития указанного симптома?

2. Какие профилактические мероприятия следует осуществлять для предотвращения подобных явлений и последующих осложнений (коллапса)?

Эталон ответа:

1. Все местные анестетики обладают сосудорасширяющим действием, исключением является кокаин. Снижение АД — один из наиболее часто возникающих побочных эффектов при использовании анестезирующих веществ. Кроме того, 10%-ный раствор лидокаина, распыленный на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны, неминуемо попадает под язык, где очень высокая интенсивность всасывания лекарственных средств (очень близка к внутривенному введению). Анестетик в достаточно высокой концентрации, быстро попавший в сосудистое русло, блокирует проводимость симпатических нервных волокон, идущих в составе передних корешков и несущих сосудосуживающие импульсы от центра к периферии. При этом расширяются артериолы и снижается АД.

2. Для предотвращения подобных явлений следует: – строго соблюдать режим дозировки лекарственного средства в аэрозоле; – не распылять анестетики в аэрозоле в полости рта без включенного в работу слюноотсоса, который способствует удалению излишков препарата из полости рта и минимизирует его контакт с участками, не заинтересованными в проведении оперативного вмешательства; – с целью предотвращения развития коллапса вводить сосудосуживающие вещества (эфедрин, мезатон, кофеин, бензонат натрия).

Задача 3

Стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.7 необходимо выполнить проводниковую анестезию. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения анестезии и предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какой шприц готовить для проведения анестезии?»

1. Какие шприцы могут быть использованы для проведения инъекционного обезболивания?

2. Каким шприцам следует отдавать предпочтение при выполнении проводниковой анестезии? Ответ поясните.

Эталон ответа:

1. Для проведения инъекционного обезболивания могут использоваться как карпульные, так и обычные одноразовые шприцы.

2. При выполнении проводниковых анестезий предпочтение следует отдавать обычным одноразовым шприцам с длинными иглами. Данный выбор обусловлен тем, что иглы карпульных шприцов очень тонкие, и при проведении проводникового обезболивания иногда необходимо иглой проходить через мышечный массив, а спазм мышц способен ломать тонкую иглу. Кроме того, карпульной иглой достаточно легко повредить сосуды и нервы, что может привести к осложнениям (гематома, неврит). Предпосылаемая струя раствора анестетика при продвижении шприца в мягких тканях с целью их гидравлической препарации также будет наиболее эффективной при использовании одноразового шприца, диаметр сечения иглы которого больше диаметра карпульной.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 27 лет, с жалобами на постпломбировочные боли в области зуба 1.5. Из анамнеза известно, что зуб был запломбирован вчера во второй половине дня. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез не отягощен. Она настаивает на обезболивании или удалении зуба из-за мучительного, непрекращающегося болевого приступа. После обследования врач констатирует следующее: конфигурация лица пациентки не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.5 в цвете не изменена, зуб 1.5 под пломбой из фотополимера, он неподвижен, его перкуссия слегка положительна. На рентгенограмме: зуб 1.5 запломбирован до верхушки. Очагов деструкции в области периапикальных тканей не наблюдается.

1. Какой вид обезболивания следует рекомендовать пациентке в данной клинической ситуации?

2. Как осуществляется данный вид обезболивания?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург может рекомендовать пациентке местное обезболивание, осуществляемое физикохимическим методом (введение анестетиков при помощи электрофореза).

2. Анестетик вводят при помощи аппаратов для гальванизации с анода. Марлевую салфетку, смоченную раствором анестетика (5–10%-ный раствор новокаина с адреналином), накладывают на обезболиваемую поверхность, сверху на нее помещают влажную гидрофильную прокладку толщиной 1 см, а затем электрод. Катод располагают на предплечье или в межлопаточной области. Сила тока определяется ощущениями пациента и находится в пределах 15–20 мА. Экспозиция составляет 4–60 минут. Лечение назначается курсом 7–10 сеансов ежедневно.

Задача 5

Стоматолог-хирург должен выполнить пункцию верхнечелюстной пазухи у пациентки Д., 29 лет, с диагнозом острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Какую анестезию следует провести в данной клинической ситуации?

2. К какому виду местного обезболивания относится данная анестезия?

3. Какие анестетики могут быть использованы в данной клинической ситуации?

4. Каковы максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации следует провести аппликационную (терминальную) анестезию.

2. Аппликационная (терминальная) анестезия относится к химическим методам местного неинъекционного обезболивания.

3. В данной клинической ситуации для проведения аппликационной (терминальной) анестезии могут быть использованы следующие лекарственные средства: – дикаин (тетракаин) в виде 0,5–4%-ных растворов и мазей; – анестезин (бензокаин) в виде 5–10%-ных растворов (масляных или в глицерине) и мазей, паст, а также присыпок; – пиромикаин (бумикаин) в виде 1–2%-ных растворов или 5%-ной мази; – лидокаин в виде 1–5%-ных растворов, 5–15%-ных растворов в аэрозоле, 2–5%-ных гелей и мазей.

4. Максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых следующие: – дикаин (тетракаин) — 20 мг; – анестезин (бензокаин) — 5 г; – пиромикаин (бумикаин) — 400 мг (0,4 г); – лидокаин — 200 мг (0,2 г).

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

Задача 1

К стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1.

1. Каков план обследования данного пациента?

2. Какие субъективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

3. Какие объективные методы обследования следует использовать у данного пациента?

Эталон ответа:

1. План обследования пациента, обратившегося с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1, должен включать основные и дополнительные методы. К основным методам относят: – опрос: выяснение жалоб на момент обращения (сбор анамнеза заболевания, определение общего состояния пациента, сбор анамнеза жизни); – обследование челюстно-лицевой области (внешний осмотр, пальпаторное исследование мягких тканей и костей лицевого скелета, оценка состояния жевательной и мимической мускулатуры, оценка чувствительности (болевой, температурной, тактильной и т. д.) в соответствии с зонами иннервации ветвей тройничного нерва); – осмотр полости рта (оценка степени открывания рта, осмотр преддверия полости рта и выводных протоков слюнных желез, запись зубной формулы, оценка состояния зубов и периодонта, осмотр слизистой оболочки щек, языка, подъязычной области и неба); – пальпацию органов и тканей полости рта: переходной складки верхнего и нижнего сводов преддверия полости рта, альвеолярного отростка, ретромолярной области, подъязычной области, языка; – оценку функции языкоглоточного и блуждающего нервов. К дополнительным методам обследования относят: лучевые, лабораторные методы. Заключительным этапом обследования является анализ данных основных и дополнительных методов обследования и постановка диагноза.

2. В данной клинической ситуации следует использовать такой субъективный метод обследования, как опрос (сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни).

3. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы обследования: осмотр, физикальное обследование (пальпация, перкуссия), инструментальное обследование (зондирование), специальные методы исследования (лучевые).

Задача 2

Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 °С в течение 2–3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на 1/2.

Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована.

1. Как именуется симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата?

2. Какова методика определения симптома, указывающего на наличие гнойного экссудата в области инфильтрата?

Эталон ответа:

1. Симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата, называется симптомом флюктуации. 2. Симптом флюктуации определяется при помощи одного из физикальных методов исследования, относящихся к объективным методам, — пальпации.

Задача 3

Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие методы исследования: физикальные (бимануальная пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, рентгенограмма дна полости рта, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать ядерно-магнитнорезонансную компьютерную томографию.

Задача 4

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы исследования: физикальные (бимануальная пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, компьютерная томография), лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать компьютерную томографию.

3. Из лабораторных методов исследования наиболее информативными в данной клинической ситуации следует считать общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ.

Задача 5

Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи.

1. Какую ошибку допустил стоматолог-хирург при обследовании пациентки?
2. Какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

Эталон ответа:

1. Стоматолог-хирург нарушил последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

2. Правильная последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи следующая: – опрос (сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни); – осмотр наружных покровов челюстно-лицевой области и шеи; – пальпация (нужно пальпировать все рельефы челюстно-лицевой области и шеи, обращая внимание на симметричность, болезненность, размеры; следует обследовать регионарные лимфатические узлы); – осмотр полости рта (слизистой оболочки преддверия полости рта, включая уздечки и своды, слизистой оболочки собственно полости рта), оценка прикуса, исследование зубных рядов; – осмотр зева и ротоглотки.

Задача 6

Пациент М., 58 лет, обратился к стоматологу-хирургу с направлением от стоматолога-ортопеда, в котором рекомендуется удалить зубы 2.1, 2.2 с целью санации полости рта перед протезированием. Объективно: зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), рецессия десны на $\frac{2}{3}$ длины корня. Слизистая оболочка десны в области указанных зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?
2. Какому из видов инфильтрационной анестезии следует отдать предпочтение? Ответ поясните.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии:

- анестезия при помощи безыгольного инъектора
- непрямая анестезия;
- поднадкостничная анестезия; – внутрикостная анестезия.

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать не прямой инфильтрационной анестезии. Учитывая, что зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), а рецессия десны достигает $\frac{2}{3}$ длины корня, а также принимая во внимание, что при данной анестезии анестетик из-под слизистой оболочки проникает в толщу губчатого вещества кости и пропитывает нервные окончания, можно прийти к выводу, что на верхней челюсти из-за особенностей строения кости (более тонкая компактная пластинка, кость имеет большое количество губчатого вещества) наиболее эффективна не прямая инфильтрационная анестезия. Кроме того, в отдаленном периоде данный вид инфильтрационной анестезии не сопровождается болевыми приступами, как поднадкостничная или внутрикостная анестезия, и не требует специальных приспособлений (безыгольного инъектора).

Задача 7

Пациент П., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью хирургической санации полости рта перед протезированием. В анамнезе у данного пациента имеется аллергическая реакция на новокаин. Он был обследован у врача-аллерголога и получил следующие результаты: новокаин — 22 %; лидокаин — 15 %; ультракаин — 5 %. Пациент предъявляет жалобы на разрушение коронки зуба 2.4. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.4 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 2.4 безболезненны. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в проекции апекса корней зуба 2.4, каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?

2. Какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?

3. Какова максимальная разовая доза избранного анестетика?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии: – анестезия при помощи безыгольного инъектора; – непрямая анестезия; – поднадкостничная анестезия; – внутрикостная анестезия.

2. Для выполнения анестезии в данной клинической ситуации, в соответствии с результатами обследования у врача-аллерголога, у пациента следует использовать ультракаин.

3. Максимальная разовая доза ультракаина составляет 500 мг (12,5 мл). Наиболее точно максимальная разовая доза вычисляется из расчета 7 мг на 1 кг массы тела пациента.

Задача 8

Пациенту К., 42 года, назначена операция по поводу удаления ретенционной кисты малой слюнной железы, локализующейся в преддверии полости рта в области нижней губы слева.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневскому).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Иглу вводят под углом 40–45° к поверхности слизистой оболочки. Затем I палец перемещают на поршень. При этом шприц удерживают II и III пальцами. Анестетик (2–3 мл) вводят медленно, так как гидропрепаровка тканей может вызвать болевую реакцию. Если необходимо продвинуть иглу в глубь тканей, то на пути продвижения иглы следует создавать депо анестетика. Этим достигается безболезненность продвижения иглы и предотвращается травма кровеносных сосудов. Таким образом, ткани инфильтрируются раствором анестетика послойно.

Задача 9

Пациент Л., 49 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Пациент предъявляет жалобы на разрушенный ниже уровня десны зуб 2.5, который периодически беспокоит. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.5 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. В проекции апекса верхушки корня зуба 2.5 виден функционирующий свищевой ход. Зондирование зуба 2.5 безболезненно, перкуссия слабо

положительна. На рентгенограмме в области апекса корня зуба 2.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Канал корня зуба 2.5 не пломбирован.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?
3. Какому инструментарию следует отдавать предпочтение при выполнении избранной анестезии?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации следует использовать инъекционное обезболивание — прямую инфильтрационную внутрикостную анестезию.

2. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Вкол иглы выполняют под слизистую оболочку в переходную складку в области проекции верхушки корня зуба 2.5 (скосом к кости под углом 40–45° к альвеолярному отростку). Далее I палец переводят на поршень и медленно вводят анестетик до 0,5 мл (¼ объема карпулы). Действие анестетика наступает быстро — в течение 60 секунд.

3. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии предпочтение следует отдавать карпульным шприцам и иглам для внутрикостной анестезии, специально адаптированным к указанным шприцам.

Задача 10

Пациенту П., 34 года, поставлен диагноз фурункул щечной области слева. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие особые условия следует соблюдать при выполнении избранной анестезии в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневскому).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует послойно инфильтрировать ткани, избегая попадания в гнойный очаг с целью предотвращения распространения инфекции в тканях.

Задача 11

В приемный покой учреждения здравоохранения к дежурному стоматологу-хирургу обратился пациент В., 37 лет, с жалобами на ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, на боль в области нижней челюсти, а также при глотании справа, при движениях языком, болезненное, несколько затрудненное открывание рта. Объективно: конфигурация лица изменена с правой стороны за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области. Кожные покровы челюстно-лицевой области сохранили физиологическую окраску и легко собираются в складку. Констатировано острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов справа на стороне поражения. Открывание рта сопровождается болью, оно ограничено. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается взбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат, флюктуация. Причинный зуб 4.6 патологически подвижен, на $\frac{2}{3}$ разрушен кариозным процессом. При его перкуссии выявляется болезненность.

Для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую мандибулярную анестезию, выполняемую внеротовым доступом — подскуловым способом по Берше–Дубову.

2. При выполнении мандибулярной анестезии подскуловым способом по Берше–Дубову инъекционную иглу следует вводить в ткани непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступя на 2 см впереди от основания козелка ушной раковины. Игла располагается под прямым углом 110° к кожным покровам и продвигается на 3–3,5 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) по направлению к сагиттальной плоскости строго перпендикулярно. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Игла должна войти между головкой мышечного отростка и наружной крыловидной мышцей или выйти на ее внутреннюю поверхность, нижний альвеолярный и язычный нервы располагаются рядом. Для анестезии используется 3–5 мл анестетика. Обезболивание наступает через 10–20 минут.

Задача 12

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка 3., 29 лет, с диагнозом радикулярная киста от зуба 3.2. Врач планирует такие оперативные вмешательства, как резекция верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомия. Для проведения операции стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?

2. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.

3. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Эталон ответа:

1. Для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве (резекции верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомии) следует использовать местную проводниковую анестезию у подбородочного отверстия (ментальную).

2. Подбородочное отверстие локализуется на 1,2–1,3 см выше нижнего края тела нижней челюсти, на уровне середины альвеолы нижнего второго премоляра или межальвеолярной перегородки, находящейся между первым и вторым премолярами. При выполнении ментальной анестезии следует помнить, что подбородочное отверстие открывается кзади, кверху и наружу.

3. При выполнении анестезии у подбородочного отверстия (ментальной) внутриротовым доступом врачу следует встать справа и сзади от пациента, попросить его сомкнуть зубы, затем отвести левую щеку пациента шпателем, который удерживается левой рукой. Вкол иглы выполняют на уровне середины коронки первого моляра, отступя несколько миллиметров кнаружи от нижнего свода преддверия полости рта. Иглу продвигают на глубину 0,75–1 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) вниз, впереди и внутрь по направлению к подбородочному отверстию. В целях профилактики осложнений вводить иглу в ментальное отверстие не следует. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Для анестезии используется 1–2 мл анестетика. Обезболивание наступает через 5 минут.

Задача 13

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ф., 32 года, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.2 для выполнения оперативного

вмешательства — резекции верхушки корня зуба 3.2. Врач выполнил торусальную анестезию и приступил к проведению операции. Однако пациент сообщил, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности торусальной анестезии?
2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?
3. Укажите анатомо-топографические ориентиры и методику выполнения торусальной анестезии по М. И. Вейсбрему.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятной причиной неэффективности торусальной анестезии, выполненной для обезболивания при резекции верхушки корня зуба 3.2, следует считать то, что данный зуб локализуется в минимальной области анестезии. Необходимо помнить, что эффективность обезболивания в области резцов всегда несколько меньше из-за анастомозов с противоположной стороной.

2. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо дополнительно выполнить двустороннюю инфильтрационную анестезию в области зуба 3.2 с обязательным учетом предельной разовой дозы применяемого анестетика.

3. При выполнении местной проводниковой анестезии на нижнечелюстном возвышении (торусальной) по М. И. Вейсбрему необходимо определить анатомический ориентир — *togus mandibulae*, который локализуется в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышечного отростков, впереди от костного язычка нижнечелюстной кости. Ниже и внутри от указанного возвышения располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой. При данном виде анестезии перечисленные нервы выключаются одновременно. Пациента просят максимально широко открыть рот. Шпатель располагают на молярах противоположной стороны. Иглу вводят перпендикулярно слизистой оболочке щеки. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего моляра, и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-челюстной складки и щекой. Иглу продвигают до кости (на глубину 0,25–2 см, что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями). Затем вводят 1,5–2 мл анестетика, выключая нижний альвеолярный и щечный нервы. Выводя иглу на несколько миллиметров, инъецируют 0,5–1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 минут.

Задача 14

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 36 лет, с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит зуба 3.7 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 3.7. Врач выполнил проводниковую анестезию (мандибулярную) по методике Гоу-Гейта и попросил пациентку оставить рот максимально широко открытым в течение 2–4 минут. Пациентка проигнорировала просьбу и сразу после окончания выполнения анестезии закрыла рот. Стоматолог-хирург через 20 минут приступил к операции. Однако пациентка сообщила, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности мандибулярной анестезии, выполненной по методу Гоу-Гейта?
2. В чем заключается особенность методики выполнения мандибулярной анестезии по методу Гоу-Гейта?

Эталон ответа:

1. Мандибулярная анестезия по Гоу-Гейту оказалась неэффективной из-за того, что пациентка не оставалась с максимально широко открытым ртом в течение 2–4 минут после инъекции, что было необходимо для создания депо анестетика в области ствола нерва.

2. Особенность мандибулярной анестезии по методике Гоу-Гейта заключается в том, что при выключении нижнего альвеолярного нерва вводить анестетик следует не в зону расположения костного язычка ветви нижней челюсти, как это принято при стандартной мандибулярной анестезии, а в область мышечного отростка нижней челюсти. При этом всегда

блокируются все три ветви нижнечелюстного нерва. При выполнении анестезии в данной модификации инъекционную иглу вводят в среднюю зону медиальной височной связки через жировой тяж с минимальным количеством сосудов. Зона введения анестетика располагается в области шейки мышечного отростка ниже места прикрепления латеральной крылонебной связки.

Задача 15

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ю., 31 год, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.5 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 4.5. Врач выполнил торусальную анестезию. Через 10 минут стоматолог-хирург приступил к операции. Однако пациент указал на то, что ощущает сильную боль с язычной стороны. Как следует скорректировать обезболивание в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

В данной клинической ситуации следует дополнительно выполнить анестезию для выключения язычного нерва. Последнее достигается проведением анестезии у нижнечелюстного отверстия и на нижнечелюстном возвышении, а также в челюстно-язычном желобке. Язык следует отвести шпателем в противоположную сторону. Иглу вкалывают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки нижнего третьего моляра. В этом месте язычный нерв залегает поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания при данной анестезии соответствует области иннервации язычного нерва.

Задача 16

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Б., 42 года, для выполнения оперативного вмешательства — удаления папилломы слизистой оболочки неба в области зубов 1.1 и 1.2. Для проведения операции врачу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?

2. Какие существуют варианты выполнения избранной анестезии? 3. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую резцовую анестезию.

2. Существуют два метода выполнения местной проводниковой резцовой анестезии: 1) внутриротовым доступом; 2) внеротовым доступом.

3. Для осуществления резцовой анестезии необходимо знать следующие анатомо-топографические ориентиры: — расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центральных резцов равно около 1 см, а от альвеолярного края между верхними резцами — 0,8 см; — резцовое отверстие располагается на пересечении линий, одна из которых проходит по срединному небному шву, а другая соединяет дистальные края обеих верхних клыков; — резцовое отверстие локализуется за небольшим возвышением слизистой оболочки, именуемым резцовым сосочком.

Задача 17

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 40 лет, для хирургической санации полости рта (удаления очагов хронической одонтогенной инфекции — зубов 2.7 и 2.8). Для проведения оперативного вмешательства врач выбрал туберальную проводниковую анестезию. Через 10 минут он приступил к операции. Однако пациентка указала на то, что ощущает сильную боль с небной стороны.

1. Какова вероятная причина неэффективности обезболивания?

2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?

Эталон ответа:

1. Причина неэффективности обезболивания заключается в том, что зона обезболивания туберальной анестезии включает: первый, второй и третий моляры верхней челюсти заинтересованной стороны; надкостницу; слизистую оболочку альвеолярного отростка в области указанных зубов с вестибулярной стороны; слизистую оболочку и костную ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя может варьировать: до середины коронки первого моляра или до середины первого премоляра, что объясняется, во-первых, различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а во-вторых, непостоянством ее отхождения от нижнеглазничного нерва.

2. В сложившейся клинической ситуации следует дополнительно выполнить палатинальную (небную) проводниковую анестезию. При этом необходимо учитывать предельную разовую дозу используемого анестетика. При проведении небной анестезии необходимо определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, для чего следует провести две линии: 1) горизонтальную — через середину коронки третьего верхнего моляра; 2) перпендикулярную первой — через середину линии, соединяющей гребень альвеолярного отростка с серединой верхней челюсти (следует помнить, что верхняя челюсть — это парная кость). Точка пересечения двух указанных линий и является проекцией небного отверстия на слизистую оболочку. При широко открытом рте пациента иглу вводят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, кзади и несколько кнаружи до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут. Зона обезболивания данной анестезии включает: слизистую оболочку твердого неба, альвеолярного отростка с небной стороны от третьего моляра до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего моляра. В отдельных наблюдениях граница обезболивания не распространяется кпереди далее, чем уровень второго премоляра.

Задача 18

На прием к стоматологу-хирургу с целью удаления зуба 1.3 обратился пациент К., 29 лет, которому были выполнены резцовая и инфраорбитальная анестезии. Однако пациент ощущал болезненность во время манипуляции с небной стороны.

1. Какова методика выполнения резцовой анестезии?

2. Какова методика выполнения инфраорбитальной анестезии?

3. Укажите причину болевых ощущений пациента.

Эталон ответа:

1. Резцовая проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае при максимально отведенной голове пациента кзади и широко открытом рте придают игле параллельное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхности. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадет с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти их параллельность. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3–0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Методика выполнения резцовой анестезии внеротовым способом заключается в том, что анестетик вводят у основания перегородки с обеих сторон от нее в преддверии носа. 2. Инфраорбитальная проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае для определения локализации кожной проекции устья подглазничного канала необходимо учитывать анатомо-топографические ориентиры: 1) при пальпации нижнего края глазницы определяется костный

выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Последний, как правило, находится на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5–0,75 см ниже этого ориентира локализуется подглазничное отверстие;

2) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего моляра; 3) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения линии нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через зрачок смотрящего прямо глаза. При выполнении анестезии следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена кпереди, внутрь, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время выполнения анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх). Внеротовой способ выполняется в соответствии с указанными выше анатомо-топографическими ориентирами, при помощи которых определяют кожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступая от проекции отверстия вниз и кнутри на 0,5 см, вкалывают иглу. Ей придают правильное положение: вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области устья подглазничного отверстия вводят 0,5–1 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут. 3. Причина болевых ощущений пациента с небной стороны во время операции может быть объяснена зонами обезболивания примененных анестезий. Зона обезболивания резцовой анестезии включает: слизистую оболочку и надкостницу альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны проходят через середину клыков. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии включает: резцы, клыки и премоляры, костную ткань альвеолярного отростка, десну с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистую оболочку и костную ткань передней, частично задненаружной, нижней и верхней стенки верхнечелюстной пазухи, кожу подглазничной области, нижнего века, крыла носа, перегородки носа, кожу и слизистую оболочку верхней губы. Иногда зона обезболивания уменьшается от середины центрального резца до середины первого премоляра.

Задача 19

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 38 лет, которой предстоит оперативное вмешательство на костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 2.3, 2.4, 2.5, 2.6.

1. Какие методы местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?

2. Какова методика выполнения указанных методов местной анестезии?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие методы местной проводниковой анестезии на верхней челюсти: инфраорбитальную, резцовую, туберальную, небную анестезии, раорбитальную, резцовую, туберальную, небную анестезии.

2. Инфраорбитальная проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае для определения локализации кожной проекции входа в подглазничный канал необходимо учитывать анатомо-топографические ориентиры:

1) при пальпации нижнего края глазницы определяется костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Последний чаще находится на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5–0,75 см ниже этого ориентира локализуется подглазничное отверстие;

2) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего моляра;

3) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения линии нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через зрачок смотрящего прямо глаза. При выполнении анестезии следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена вперед, внутрь, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время выполнения анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх). Внеротовой способ выполняется в соответствии с указанными выше анатомо-топографическими ориентирами, при помощи которых определяют кожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступая от проекции отверстия вниз и внутри на 0,5 см, вкалывают иглу. Ей придают правильное положение: вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области устья подглазничного отверстия вводят 0,5–1 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут.

Резцовая проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае при максимально отклоненной голове кзади пациента и широко открытом рте придают игле параллельное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхности. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадет с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти их параллельность. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3–0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Методика выполнения резцовой анестезии внеротовым способом заключается в том, что анестетик вводят у основания перегородки с обеих сторон от нее в преддверии носа. Туберальная анестезия выполняется при полуоткрытом рте пациента. Шпателем или стоматологическим зеркалом отводят кнаружи щеку соответствующей стороны. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Ее скос следует обращать к кости. Иглу вкалывают на уровне коронки второго моляра или между вторым и третьим молярами в слизистую оболочку, отступая от переходной складки на 0,5 см книзу и кнаружи. Иглу продвигают вверх, кзади и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи для того, чтобы игла все время касалась кости. Это предотвращает образование гематомы вследствие повреждения артерий, вен крылонебного венозного сплетения. Анестезия наступает через 7–10 минут после введения 2 мл обезболивающего раствора. При отсутствии моляров ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка. Он расположен на уровне первого моляра. В подобной клинической ситуации иглу следует вкалывать позади скулоорбитального гребня, что соответствует середине коронки отсутствующего второго моляра.

При выполнении небной анестезии необходимо определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, для чего следует провести две линии: 1) горизонтальную — через середину коронки третьего верхнего моляра; 2) перпендикулярную первой — через середину линии, соединяющей гребень альвеолярного отростка с серединой верхней челюсти (следует помнить, что верхняя челюсть — это парная кость). Точка пересечения двух указанных линий и является проекцией небного отверстия на слизистую оболочку. При широко открытом рте пациента иглу вводят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, кзади и несколько кнаружи до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут. Зона обезболивания данной анестезии включает: слизистую оболочку твердого неба, альвеолярного отростка с небной поверхности от третьего моляра до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего моляра. В отдельных наблюдениях граница обезболивания не распространяется кпереди далее, чем уровень второго премоляра.

Задача 20

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент О., 44 года, которому предстояло оперативное вмешательство — удаление зуба 1.6. Пациенту были выполнены туберальная и небная анестезии. Однако адекватного обезболивания не наступило — пациент во время манипуляций ощущал боль. Какова причина болевых ощущений пациента?

Эталон ответа:

Причина болевых ощущений пациента может объясняться тем, что передняя граница зоны обезболивания при туберальной анестезии иногда заканчивается в области середины зуба 1.6, что зависит от анастомозов со средней верхней альвеолярной ветвью, а также непостоянством локализации ее ответвления от нижнеглазничного нерва.

Раздел 5. Операция удаления зуба

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 17 лет, с жалобами на эстетический недостаток — вестибулярное положение зуба 1.3 — и с просьбой удалить данный зуб. При проведении осмотра врач констатировал следующее: у пациента дистальный прикус, все зубы интактны, отмечается скученность резцов на верхней и нижней челюстях. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

В данной клинической ситуации пациенту необходимо рекомендовать консультацию ортодонта, который при необходимости удаления какого-либо зуба по ортодонтическим показаниям должен выдать пациенту письменное заключение. Кроме того, при выполнении оперативных вмешательств у детей, не достигших 18-летнего возраста, необходимо получить информированное письменное согласие родителей на проведение их ребенку операции.

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации необходимо поставить диагноз обострение хронического пульпита зуба 2.8.

2. Учитывая, что зуб 2.8, пораженный хроническим пульпитом, является очагом хронической одонтогенной инфекции, а его лечение не представляется возможным из-за затрудненного доступа, а также принимая во внимание тот факт, что третьи моляры не участвуют в акте жевания, данный зуб следует удалить. С целью дообследования пациентке необходимо назначить лучевые методы исследования (прицельный дентальный рентгеновский снимок зуба 2.8, или ортопантомограмму, или радиовизиографию) для уточнения числа корней, их формы и пространственного расположения по отношению к корням зуба 2.7 и нижнечелюстному каналу. Затем с учетом данных лучевых методов исследования требуется удалить зуб 2.8 под местной анестезией в условиях поликлиники.

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации необходимо поставить диагноз хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.4.

2. С учетом того, что имеется продольный перелом коронки и корня зуба 2.4, а также очаг хронической одонтогенной инфекции в периапикальных тканях зуба 2.4, данный зуб должен быть удален под местным обезболиванием в условиях поликлиники.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 56 лет, с жалобами на то, что коронка зуба 3.8, имеющего наклон в язычную сторону, постоянно травмирует язык. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел слева ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: коронка зуба 3.8 наклонена в язычную сторону (лингвоверсия). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 физиологической окраски. Перкуссия зуба 3.8 отрицательна. На боковой поверхности языка по линии смыкания зубных рядов на уровне коронки зуба 3.8 определяется эрозия слизистой оболочки ($0,7 \times 1,0$ см).

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

Учитывая, что хроническая травма слизистой оболочки языка может привести к малигнизации, зуб 3.8 следует удалить. С целью дообследования пациентке необходимо назначить лучевые методы исследования (прицельный дентальный рентгеновский снимок зуба 3.8, или ортопантограмму, или радиовизиографию зуба 3.8) для уточнения числа корней, их формы и пространственного расположения по отношению к корням зуба 3.7 и нижнечелюстному каналу. Затем с учетом данных лучевых методов исследования требуется удалить зуб 3.8 под местной анестезией в условиях поликлиники. Кроме того, пациентке с целью лечения эрозии боковой поверхности языка слева следует рекомендовать применять местно на область поражения кератопластические средства (масло облепихи, масло шиповника, масляный раствор витамина А) и назначить контрольный осмотр через 7 дней. При отсутствии положительной динамики со стороны эрозии боковой поверхности языка слева, несмотря на устранение причины (удаление зуба 3.8) и проводимое лечение, пациентке ввиду онкологической настороженности следует назначить биопсию.

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Д., 51 год, с жалобами на подвижность зубов 4.1, 4.2. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков гиперемирована, отечна, в том числе

и в области зубов 4.1 и 4.2. Определяются обильные над- и поддесневые зубные отложения. Рецессия десны в области указанных зубов составляет $\frac{1}{2}$ длины корня. Перкуссия зубов 4.1, 4.2 отрицательна. Зубы 4.1, 4.2 патологически подвижны (III степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет $\frac{2}{3}$ зубов 4.1 и 4.2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

Принимая во внимание плохую гигиену полости рта пациента, стоматолог-хирург обязан направить пациента в кабинет профилактики для проведения профессиональной гигиены и назначения курса контролируемых профилактических мероприятий. Учитывая изложенную клиническую картину, зубы 4.1 и 4.2 следует удалить под местным обезболиванием в условиях поликлиники в плановом порядке после улучшения гигиенического состояния полости рта, что является профилактикой развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

Задача 1

Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на $\frac{1}{3}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы и дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.3?

3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?

4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения.

2. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — резекция верхушки корня зуба 3.3 в плановом порядке.

3. Операция — резекция верхушки корня зуба — относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, сохраняющим коронку зуба и целостность его периодонта.

4. Операция — резекция верхушки корня зуба — включает следующие этапы: — выполнение местной анестезии; — выкраивание слизисто-надкостничного лоскута (для фронтальной группы зубов лоскуты могут быть прямые, S-образные, овальные, трапецевидные, для зубов бокового отдела необходимо выкраивать угловые лоскуты, отступая от края десны 3–4 мм); — отслаивание слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора; — трепанацию наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка; — расширение костного дефекта при помощи фрезы или фиссурного бора до полного обнажения верхушки корня и очага деструкции костной ткани; — резекцию верхушки корня зуба, выполняемую

фиссурным бором строго перпендикулярно оси корня плавными горизонтальными движениями; – удаление оболочки гранулемы или грануляций при помощи кюретажной ложки Фолькмана; – сглаживание фрезой острых краев костной раны и поверхности опилов корня; – гемостаз; – инстилляцию костной раны растворами антисептиков; – введение в костную полость остеопластического материала для стимуляции и обеспечения наилучших условий для остеорегенерации; – укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами, которые снимают через 7–8 суток.

Задача 2

Пациент О., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 4.6 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса медиального корня зуба 4.6 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный корневой канал зуба 4.6 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Медиальный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, апикальное отверстие не obturировано. В периапикальных тканях в области апекса медиального корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см) с четкими ровными контурами.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 4.6?

3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?

4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 4.6 вне обострения.

2. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — гемисекция зуба 4.6 с удалением его медиального корня.

3. Операция — гемисекция зуба — относится к оперативным органосохраняющим вмешательствам, частично сохраняющим коронковую часть зуба и его периодонт.

4. Операция — гемисекция зуба — включает следующие этапы: – выполнение местной анестезии; – разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута; – с помощью алмазного диска и тонких фиссурных боров рассечение коронки зуба 4.6 через бифуркационную зону, осуществляемое так, чтобы не травмировалась межкорневая перегородка и стенки альвеолы; – синдесмотомию в области медиального корня зуба 4.6; – клювовидными щипцами с узкими закругленными сходящимися щечками (корневыми) удаление медиального корня зуба 4.6 вместе с прилежащей к нему коронковой частью и ревизию лунки удаленного корня; – гемостаз; – с помощью алмазных фасонных головок и боров сглаживание нависающих краев оставшейся коронковой части зуба, прилегающей к ране; – окончательный гемостаз и туалет операционной раны; – укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами; – наложение на рану стерильного марлевого шарика на 10–15 минут; – обработка швов 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, которые снимают через 7–8 суток.

Задача 3

Пациентка З., 28 лет, обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании и приеме горячей пищи в области зуба 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.7 физиологической окраски. Коронка зуба 3.7 на $\frac{1}{4}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.7 отрицательна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный и медиальный корневые каналы зуба 3.7 качественно запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В области бифуркации корней определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами ($0,2 \times 0,2$ см). В периапикальных тканях в области апексов медиального и дистального корней определяется незначительное расширение периодонтальной щели.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.7?

3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациентке?

4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.7 с локализацией очага деструкции костной ткани в области бифуркации корней.

2. В данной клинической ситуации пациентке показана операция — коронаро-радикулярная сепарация зуба 3.7.

3. Операция — коронаро-радикулярная сепарация зуба относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, частично сохраняющим коронковую часть зуба и его периодонт.

4. Операция — коронаро-радикулярная сепарация зуба — включает следующие этапы: — выполнение местной анестезии; — разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, осуществляемые так, чтобы обеспечивался хороший обзор места бифуркации; — при помощи алмазных дисков, боров и фасонных головок распиливание коронки зуба пополам и сглаживание острых и нависающих краев коронковой части; — кюретаж в области бифуркации корня зуба при помощи малой ложки Фолькмана; — гемостаз и туалет раны растворами антисептиков; — укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами; — наложение на рану стерильного марлевого шарика на 10–15 минут; — обработка швов 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, которые снимают через 7–8 суток.

Задача 4

Пациентка С., 25 лет, обратилась на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на интенсивные, пульсирующие боли в зубе 3.5, иррадиирующие в ухо, висок, глаз. У пациентки появилось ощущение, что зуб 3.5 как бы вырос и при смыкании челюстей испытывает повышенную нагрузку, провоцирующую сильный болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены ($0,3 \times 0,4$ см), при пальпации болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области причинного зуба 3.5 десна гиперемирована, отечна. В проекции апекса зуба 3.5 визуализируется формирующийся свищевой ход. На жевательной поверхности зуба 3.5 определяется пломба из композиционного пломбировочного материала. Перкуссия зуба 3.5 резко положительна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 3.5 определяется очаг деструкции костной ткани с

нечеткими контурами в виде языков пламени. Температура тела пациентки 37,2 °С. Пациентке проводилось повторное эндодонтическое лечение зуба 3.5 и был назначен курс комплексной противовоспалительной терапии, включающий антибактериальные (предпочтение было отдано остеотропным антибиотикам), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Однако купировать воспалительный процесс не представилось возможным.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.5?

3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациентке?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит зуба 3.5 в стадии обострения.

2. В данной клинической ситуации пациентке показана операция — удаление зуба 3.5.

3. Операция — удаление зуба — относится к оперативным вмешательствам, не сохраняющим зуб и его периодонт.

Задача 5

У пациента Н., 26 лет, активно занимающегося восточными единоборствами, в процессе тренировки произошел травматический вывих зуба 1.3. В связи с этим пациент обратился в стоматологическую поликлинику по месту жительства к стоматологу-хирургу.

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 1.3?

2. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?

3. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — первичная реплантация зуба 1.3.

2. Операция — первичная реплантация зуба — относится к оперативным вмешательствам, сохраняющим коронковую часть зуба при нарушении целостности периодонта.

3. Операция — первичная реплантация зуба — включает следующие этапы: — выполнение местной анестезии; — отслаивание десны от шейки зуба с помощью гладилки; — удаление зуба прямыми щипцами с несходящимися щечками, при этом необходимо стараться минимально повредить альвеолу и сам зуб; — погружение зуба в изотонический раствор хлорида натрия с антибиотиками и наложение на лунку зуба стерильного марлевого шарика; — обработку реплантата: пломбирование канала корня зуба и резекцию верхушки корня зуба с последующим ретроградным пломбированием при необходимости; — тщательное удаление с реплантата зубных отложений, остатков десны; — погружение реплантата в изотонический раствор и осторожное проведение кюретажа лунки (не повреждая остатков периодонта, присутствующих в альвеоле); — инстилляцию лунки зуба раствором антисептика, после чего в альвеолу помещают реплантат; — при необходимости иммобилизацию реплантата с помощью проволочной или пластмассовой шины; — наложение на реплантированный зуб стерильного шарика, после чего пациенту требуется сомкнуть челюсти и удерживать их в таком положении в течение 1–5 минут.

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9
2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

Задача 1

Больной, 23 лет, поступил в госпиталь с жалобами на высокую температуру тела, изменения со стороны слизистой оболочки полости рта, выпадение волос, незаживающие трещины губ и языка. Из анамнеза выяснено, месяц назад находился в зоне повышенной радиации во время воинской службы, в момент испытаний оружия и взрыва был ранен в правую половину лица. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. При осмотре определяются некротические изменения слизистой оболочки полости рта, рубцовая деформация правой половины лица с наличием трофической язвы в щечной области справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и назначения лечения?

Эталон ответа:

1. Комбинированное радиационное поражение и рана в области лица справа. Лучевая болезнь, 3 период.
2. Следует выяснить, как протекало заболевание, продолжительность первого и второго периода лучевой болезни, какое лечение проводилось, общее состояние в настоящее время.

Задача 2

Больной, 21 года, поступил в госпиталь с жалобами на неполное заживление кожи лица после ожога. Из анамнеза выяснено, что во время учений упал лицом в огонь, потерял сознание. На этапах эвакуации проводили симптоматическую терапию, эвакуация из медицинского санитарного батальона была задержана на неделю. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. При осмотре отмечается гранулирующая рана подглазничных, щечных, подбородочной областей, губ, носа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какими клиническими сведениями и дополнительными данными необходимо дополнить историю болезни, чтобы поставить окончательный диагноз?
3. Как можно предотвратить рубцовую деформацию и выворот нижних век, и образование микростомы?

Эталон ответа:

1. Термический ожог лица 2–3 степени в стадии формирования грануляций.
2. Какое время прошло после ожога, какое лечение проводили в медсанбате, каково общее состояние больного, не было ли ожогов других локализаций?
3. Следует провести свободную пересадку кожи на гранулирующие поверхности.

Задача 3

В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недостаточность.

1. Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
2. Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?
3. Составьте план оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя.
4. Составьте план оказания медицинской помощи в санитарном батальоне.
5. Составьте план лечения в специализированном челюстно-лицевом госпитале.

Эталон ответа:

1. Стенотическая асфиксия – обусловленная нарастанием отека корня языка.
2. Набок на стороне поражения или лицом вниз.

3. План оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя: а) возможно устранение причин, затрудняющих дыхание. Использование «английской булавки» для прокалывания языка, вытяжения его и фиксации повязкой вокруг шеи; б) остановка кровотечения путем наложения давящей повязки; в) первоочередная транспортировка больного в санитарный батальон.

4. План оказания медицинской помощи в санитарном батальоне: а) наложение трахеостомы по показаниям; б) первичная хирургическая обработка раны; в) полная остановка кровотечения; г) введение по показаниям кровезаменителей; д) направление в специализированный челюстно-лицевой госпиталь.

5. План лечения: а) осмотр и оценка раневого дефекта челюстно-лицевой области; б) возможная вторично-отсроченная хирургическая обработка раны; в) пластика раневого дефекта местными тканями, использование филатовского стебля, а также сложных тканевых комплексов на микрососудистых анастомозах.

Задача 4

В клинику доставлен больной с осколочным ранением челюстно-лицевой области, отмечается отрыв подподбородочного отдела нижней челюсти с окружающими мягкими тканями.

1. Какие виды оперативного лечения можно использовать?

2. Определите сроки оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. Формирование филатовского стебля для устранения дефекта, а затем костная пластика.

2. Одномоментная пластика сложным тканевым комплексом на микрососудистом анастомозе (гребень подвздошной кости).

3. По возможности как можно раньше. В случае развития признаков гнойного или гнойно-некротического процесса – после ликвидации воспаления.

Задача 5

Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость подподбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснили, что 5 недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен скорой помощью в стационар ЦРБ по месту жительства, где общим хирургом была проведена ПХО раны и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар областной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка наложен наружный аппарат для остеосинтеза, проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфицирования раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгенологическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмечаются тени свободно лежащих мелких секвестров.

1. Что явилось причиной некроза фрагмента нижней челюсти?

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Жалобы больного свидетельствуют о воспалительном процессе в подбородочном отделе нижней челюсти, развившийся спустя 5 недель после огнестрельного ранения по данным анамнеза. Крупный осколок, установленный во время ПХО и фиксированный аппаратом внеочаговой фиксации с рентгенологическими признаками некроза, консолидации между ним и фрагментами нижней челюсти нет, по всей вероятности он соответствует зоне молекулярного сотрясения ткани и в настоящее время его следует удалить вместе с секвестрами.

2. Травматический огнестрельный остеомиелит нижней челюсти в подбородочном отделе на стадии формирования секвестров.

3. Следует удалить секвестры и провести костную пластику образовавшегося дефекта нижней челюсти

Задача 6

При сквозном ранении левой щечной области, сопровождающимся повреждением языка у больного отмечается интенсивное кровотечение в области языка, кровь алого цвета, фонтанирует.

1. Из какого сосуда возможно кровотечение такого характера? Какой вид кровотечения имеется в данном случае?

2. Укажите способы остановки кровотечения.

Эталон ответа:

1. Первичное кровотечение из язычной артерии. Артериальное кровотечение.

2. Во время ПХО, следует перевязать сосуд в ране, в случае безуспешной попытки, перевязка наружной сонной артерии.

Задача 7

Больной, 20 лет, поступил в клинику с жалобами на покраснение кожи лица и волосистой части головы, наличие пузырей с прозрачной желтоватой жидкостью в области носа, подбородка, губ и скуловых областях, резкие жгучие боли перечисленных областей. Также пациента беспокоит слабость, ухудшение самочувствия. Из анамнеза выяснено, что 2 ч назад оказался в очаге загорания на производстве, получил ожоги лица и волосистой части головы, обожженные поверхности сразу были обработаны спиртом в медпункте. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. По общему статусу считает себя здоровым. При местном осмотре определяется отечность и гиперемия кожи лица, наличие тонкостенных пузырей с серозным содержимым на носу, губах, подбородке, в скуловых областях, два пузыря на губах лопнули, и обнажилась ярко-красная мокнущая поверхность, болезненная при движении губ. Также имеется участок гиперемии кожи на волосистой части головы в лобной области.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на наличие резко болезненных, гиперемизированных участков кожи и наличие пузырей в сочетании с данными анамнеза о том, что больной два часа назад находился в очаге загорания, а также данные местного осмотра гиперемия кожи лица и волосистой части головы, наличие тонкостенных пузырей с серозным содержимым свидетельствуют о различной глубине повреждений кожи лица: состояние кожи носа, губ, подбородка, скуловых областей соответствует II степени ожога, поражение участков кожи лица и волосистой части головы в лобной части – соответствуют ожогу I степени.

2. Ожог лица и волосистой части головы I–II степени.

3. Введение обезболивающих средств, противостолбнячной сыворотки, сердечных средств, назначение антибиотиков, питья. Местное лечение при открытом способе предусматривает применение препаратов, способствующих профилактике вторичной инфекции и стимулирующих эпителизацию.

Задача 8

Больной, 34 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие пузырей в области губ и носа. Из анамнеза выяснено, что во время химических опытов пламенем опалило лицо. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре определяются тонкостенные пузыри с желтоватой жидкостью на губах и на носу.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какими дополнительными сведениями и клиническими данными нужно располагать, чтобы поставить окончательный диагноз?

Эталон ответа:

1. Термический ожог лица I–II степени.
2. Следует собрать полный анамнез: время, прошедшее с момента ожога, оказана ли доврачебная помощь и проводимое лечение врачом скорой помощи, клинически необходимо определить состояние остальной кожи лица

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

Задача 1

Пациент Т., 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на рвущие боли в области зуба 2.6 в течение суток, которые иррадиируют в висок, глаз и ухо, с жалобами на повышенную температуру тела, незначительную слабость и недомогание. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки десны, сглаженность переходной складки в области зуба 2.6. При пальпации отмечается болезненность по переходной складке в области зуба 2.6, флюктуация отсутствует. Коронка зуба 2.6 разрушена на $\frac{1}{2}$, на его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. Вертикальная перкуссия зуба 2.6 положительная, а горизонтальная перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.6 определяется расширение периодонтальной щели. У пациента констатируется температура тела 37,6 °С, по данным общего анализа крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. 1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу-хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Эталон ответа:

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный серозный периостит от зуба 2.6. 2. Острый одонтогенный серозный периостит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести ко II классу заболеваний (с преимущественным поражением околочелюстных мягких тканей). 3. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии, может быть констатирована нормергическая реакция организма.

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 29 лет. Три дня назад ей заболел зуб 3.6, к врачу она не обращалась. В течение последних суток пациентка отмечала ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, а также боль в области нижней челюсти и при глотании на стороне поражения. При движении языком и открывании рта отмечает усиление болезненности. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. Отмечается острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов слева, которые увеличены, болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта незначительно ограничено и сопровождается болевой реакцией. При осмотре полости рта: зуб 3.6 на $\frac{2}{3}$ восстановлен пломбой из композиционного материала, герметизм которой нарушен.

Слизистая оболочка в области зуба 3.6 гиперемирована, отечна. Альвеолярный отросток имеет муфтообразное утолщение в области зубов 3.5, 3.6, 3.7. Их перкуссия положительна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). Из патологического зубодесневого кармана зуба 3.6 определяется гноетечение. Слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат с участком флюктуации.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратилась к стоматологу-хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациентки в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный абсцессом челюстно-язычного желобка от причинного зуба 3.6.
2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с преимущественным поражением костной ткани), а одонтогенный абсцесс челюстно-язычного желобка — ко II группе заболеваний (с поражением окологлазничных мягких тканей).
3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка М., 31 год, с жалобами на постоянные боли в области зуба 4.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.7 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.7 разрушена на $\frac{2}{3}$. Зондирование зуба 4.7 безболезненно, оно выявляет обилие размягченного дентина в кариозной полости. Перкуссия зуба 4.7 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.7 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области апексов дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,6$ см) с четкими ровными контурами.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратилась к стоматологу-хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу с диагнозом хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 4.7 в стадии обострения.
2. Хронический апикальный гранулематозный периодонтит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести к I группе заболеваний (с поражением костной ткани).
3. В указанной клинической ситуации имеет место интраканаликулярный путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса (через каналы корней причинного зуба).

Задача 4

К стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 34 года, с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, иррадиирующую в ухо, резкую боль при глотании на стороне поражения, болезненное и ограниченное открывание рта. Пациент рассказал, что сутки назад

ему удалили зуб 4.8, который беспокоил в течение недели. Последние сутки (после удаления зуба 4.8) пациент отмечал ухудшение общего состояния (нарушение сна, вялость, снижение работоспособности, головная боль). Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. При пальпации определяется болезненная точка на внутренней поверхности угла нижней челюсти справа в области прикрепления к кости сухожилия медиальной крыловидной мышцы. Надавливание в данной области вызывает сильную боль в проекции крыловидно-нижнечелюстного пространства. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,2 \times 0,3$ см), болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта болезненно и резко ограничено. Отмечается ограничение бокового смещения нижней челюсти в здоровую сторону. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки 4.8 гиперемирована, отечна. Из лунки выделяется гнойный экссудат. Альвеолярный отросток нижней челюсти в области зуба 4.7 и лунки 4.8 имеет муфтообразное утолщение. Перкуссия зуба 4.7 положительна. Зуб 4.7 патологически подвижен (II степень). Крылочелюстная складка сглажена. Слизистая оболочка в области крылочелюстной складки гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. В указанной области определяется ограниченный, резко болезненный инфильтрат. У пациента констатируется температура тела 38°C , выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы периферической крови влево, анизоцитоз, пойкилоцитоз, появляются плазматические клетки в периферической крови, выявляется С-реактивный белок.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу-хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?
4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Эталон ответа:

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства от причинного зуба 4.8. 2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с поражением костной ткани), а одонтогенный абсcess крыловидно-нижнечелюстного пространства — ко II группе заболеваний (с поражением околочелюстных мягких тканей).

3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

4. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии задачи, может быть констатирована гиперергическая реакция организма.

Задача 5

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстнолицевому хирургу обратился пациент Ф., 30 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Он сообщил, что три дня назад ему был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба пациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшение состояния, он вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключицы и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого

цвета, его движения ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Температура тела 38,8 °С. Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, наличие щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса. Симптомы на задний медиастинит положительные. На ком-43 пьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении. 1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к дежурному челюстно-лицевому хирургу. 2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации? 4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Эталон ответа:

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной дна полости рта и корня языка и острым одонтогенным задним медиастинитом от причинного зуба 4.7.

2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с поражением костной ткани), одонтогенная флегмона дна полости рта и корня языка — ко II группе заболеваний (с поражением околочелюстных мягких тканей), а острый одонтогенный задний медиастинит — к IV группе заболеваний (осложнения одонтогенных воспалительных процессов с поражением отдаленно расположенных органов, анатомических образований, генерализацией инфекции).

3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

4. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии задачи, может быть констатирована гиперергическая реакция организма.

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

Задание 11. Больной 45 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на припухлость в области нижней челюсти справа. При осмотре полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти за счёт её вздутия в области 44, 43, 42 зубов. Пальпация этой области безболезненна, 43 зуб - под пломбой. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани в области верхушек корней 44, 43, 42 зубов с чёткими границами округлой формы. Канал 43 зуба запломбирован на 2/3 корня.

Вопросы: Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа: Радикулярная киста нижней челюсти справа в области 44, 43, 42 зубов, клинко-рентгенологические данные (наличия деформации альвеолярного отростка и участка разрежения костной ткани, связанного с «причинным» зубом).

Задание 12. Больной (23 года) обратился к врачу-стоматологу с жалобами на периодические ноющие боли в области нижней челюсти справа. Асимметрии лица нет, рот открывается свободно. Зубы на нижней челюсти интактные, 48 отсутствует, со слов больного - не прорезался. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти справа определяется ретинированный 48 зуб, вокруг которого разрежение костной ткани с чёткими контурами 1,5 x 1,5 см.

Вопросы: Ваш диагноз.

Эталон ответа: Зубосодержащая (фолликулярная) киста нижней челюсти справа.

Задание 13. Больная (40 лет) обратилась с жалобами на наличие новообразования на слизистой альвеолярного отростка в области 25, 26, 27 зубов, которое медленно растёт. При объективном обследовании полости рта от 25 до 27 зубов фиксирован несъёмный мостовидный протез, а на слизистой альвеолярного отростка в области выше указанных зубов определяется новообразование с бугристым рельефом, бледно-розового цвета размером 1,5 x 1,0 см. Мостовидный протез изготовлен 10 лет назад.

Вопросы: Ваш диагноз. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа: Фиброматозный эпюлис слизистой альвеолярного отростка в области 25,26,27 зубов. Рентгенологическое и гистологическое исследования. **Задание 14.** Врач районного онкологического кабинета произвёл соскоб с опухоли языка. Через 30 мин он получил заключение цитолога - рак плоскоклеточный ороговевающий. Вопросы: Как называется этот этап диагностики и какова должна быть тактика районного онколога? Эталон ответа: Уточнённая диагностика. Больной направляется в специализированное онкологическое учреждение; извещение (форма No090/У) высылается в 3-х дневный срок в территориальный онкологический диспансер.

Задание 15. Врач-терапевт выявил при индивидуальном осмотре у больного (62 года) злокачественную опухоль нижней губы.

Вопросы: Назовите этап диагностики. Где должен находиться больной на диспансерном наблюдении?

Эталон ответа: Первичный. Онкологический кабинет по месту жительства.

Задание 16. При профилактическом осмотре у больного (40 лет) обнаружено предраковое заболевание слизистой оболочки полости рта.

Вопросы: определите тип диагностики

Эталон ответа: Скрининг

Задание 17. В клинику обратился больной с жалобами на значительное увеличение размеров нижней губы. При осмотре: нижняя губа увеличена (макрохейлия), ткани губы безболезненные при пальпации, бледно-розового цвета, плотно-эластичные.

Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа: Лимфангиома нижней губы.

Задание 18. У больной (30 лет) врождённое заболевание кожи - пигментация кожных покровов лица. На коже лица и участках туловища имеются пигментированные пятна, возвышающиеся над кожей. На некоторых элементах определяются участки кератоза и мокнущие эрозии. Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа: Пигментная ксеродерма.

Задание 15. Врач-терапевт выявил при индивидуальном осмотре у больного (62 года) злокачественную опухоль нижней губы.

Вопросы: Назовите этап диагностики. Где должен находиться больной на диспансерном наблюдении?

Эталон ответа: Первичный. Онкологический кабинет по месту жительства.

Задание 16. При профилактическом осмотре у больного (40 лет) обнаружено предраковое заболевание слизистой оболочки полости рта.

Вопросы: Определите тип диагностики

Эталон ответа: Скрининг

Задание 17. В клинику обратился больной с жалобами на значительное увеличение размеров нижней губы. При осмотре: нижняя губа увеличена (макрохейлия), ткани губы безболезненные при пальпации, бледно-розового цвета, плотно-эластичные.

Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа: Лимфангиома нижней губы.

Задание 18. У больной (30 лет) врождённое заболевание кожи - пигментация кожных покровов лица. На коже лица и участках туловища имеются пигментированные пятна, возвышающиеся над кожей. На некоторых элементах определяются участки кератоза и мокнущие эрозии. Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа: Пигментная ксеродерма.

Задание 21. Пациент 50 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на чувство стянутости и необычный вид слизистой оболочки полости рта в течение нескольких месяцев. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический бронхит. Вредные привычки – курит с 20 лет. Профессиональные вредности: работает на лакокрасочном производстве. Объективно: регионарные лимфоузлы не пальпируются. На дорсальной поверхности языка обнаружено ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки, при поскабливании - не снимается. Поверхность образования шероховатая, имеет четкие границы. При пальпации очаг поражения плотный, безболезненный. Полость рта не санирована, имеются множественные назубные отложения.

Вопросы: Поставьте предварительный диагноз

Эталон ответа: Диагноз - веррукозная лейкоплакия.

Задание 22. Пациент 50 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на чувство стянутости и необычный вид слизистой оболочки полости рта в течение нескольких месяцев. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический бронхит. Вредные привычки – курит с 20 лет. Профессиональные вредности: работает на лакокрасочном производстве. Объективно: регионарные лимфоузлы не пальпируются. На дорсальной поверхности языка обнаружено ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки, при поскабливании - не снимается. Поверхность образования шероховатая, имеет четкие границы. При пальпации очаг поражения плотный, безболезненный. Полость рта не санирована, имеются множественные назубные отложения.

Вопросы: Поставьте предварительный диагноз, опишите план обследования и лечения.

Эталон ответа: Предварительный диагноз - рак языка, язвенная форма. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести биопсийное исследование. Пациента в срочном порядке необходимо направить на консультацию к онкологу. Возможное сопутствующее заболевание - кандидоз. Для его исключения необходимо взять мазок со слизистой оболочки на наличие мицелия грибов рода *Candida*.

Задание 23. Пациент 73 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения в языке, наличие «язвочки» на спинке языка, появившейся месяц назад и постепенно увеличивающейся в размерах. Назначенное ранее другим стоматологом консервативное лечение (витаминотерапия, антисептическая обработка поражения, аппликации кератопластиков) не принесло результатов. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, панкреатит, гипертоническая болезнь. Объективно: в области средней трети боковой поверхности языка справа имеется язвенное образование диаметром до 1 см без перехода на окружающие ткани. При пальпации образование болезненно, уплотнено в основании. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Пациент пользуется полными съемными пластиночными протезами.

Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Что необходимо сделать для постановки окончательного диагноза? Какова тактика ведения пациента?

Эталон ответа: Предварительный диагноз - рак языка, язвенно-инфильтративная форма. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести биопсийное исследование. Пациента в срочном порядке необходимо направить на консультацию к онкологу.

Задание 24. Пациент 60 лет обратился в клинику с жалобами на наличие болезненной и периодически кровоточащей язвы на нижней губе. Со слов пациента, ранее на губе была безболезненная «язвочка», которая периодически самопроизвольно исчезала, затем вновь появлялась. Продолжительность болезни один год. Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь. Стаж курения 35 лет. Объективно: на нижней губе в области красной каймы определяется язва 1,5 см в диаметре, с неровным дном, вывернутыми инфильтрированными краями, уплотненная в основании, при пальпации болезненна, при поскабливании легко кровоточит. В подбородочной области пальпируется увеличенный до 1 см безболезненный лимфатический узел, деревянистой плотности. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Что необходимо сделать для постановки окончательного диагноза? Какова тактика ведения пациента?

Эталон ответа: Предварительный диагноз - рак нижней губы, язвенно-инфильтративная форма. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести биопсийное исследование. Пациента в срочном порядке необходимо направить на консультацию к онкологу.

Задание 25. Пациентка 25 лет обратилась в клинику с жалобами на наличие чешуек на губах, чувство сухости, стянутости, жжения губ. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, тревожно-депрессивный синдром. Вредные привычки: курит с 16 лет, постоянно закусывает нижнюю губу. Объективно: регионарные лимфоузлы не пальпируются. На нижней губе множество чешуек серого цвета, плотно прикрепленных к красной кайме и несколько отстающих по краям. Чешуйки трудно снимаются, при этом обнажается ярко-красная поверхность, эрозий на месте чешуек нет. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, имеются множественные назубные отложения, преимущественно во фронтальном отделе нижней челюсти.

Вопросы: Поставьте диагноз

Эталон ответа: Диагноз - экссудативный хейлит, экссудативная форма. Консультация невролога, гастроэнтеролога.

Задание 26 Пациентка 17 лет обратилась с жалобами на ограниченное открывание рта при разговоре, приеме пищи из-за болезненности в губах. Беспокоят зуд, чувство стянутости в углах рта, эстетический недостаток. Заболевание впервые проявилось в 7-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога, выраженного эффекта не было. В анамнезе - аллергия на цитрусовые. У старшего брата в течение многих лет имеются заеды. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. Вредные привычки: облизывает губы. Объективно: незначительная отечность и сухость губ, розовая эритема, окружающая красную кайму губ, красная кайма инфильтрирована, шелушится мелкими чешуйками, в углах рта отмечаются мелкие трещины. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. СОПР без патологии. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются зубные отложения, налет, множественный кариес. Вопросы: Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз - атопический хейлит. Консультация аллерголога, гастроэнтеролога.

Задание 27 Больная 72 лет предъявляет жалобы на боль и жжение слизистой оболочки рта. Начало заболевания связывает с использованием новых зубных протезов (изготовлены 3 месяца назад). Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, атеросклероз,

холецистит, хронический гастрит. Объективно: регионарные лимфатические узлы подвижны, увеличены до 1 см, безболезненны. Красная кайма губ имеет перламутровый оттенок. Кламмер на зубе 4.6 травмирует слизистую оболочку щеки: на гиперемизированном фоне определяется неправильной формы резко болезненная эрозия примерно 1 см в диаметре, покрытая плотным фибринозным налетом, на фоне папулезного рисунка в виде сетки. Вопросы: Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз - красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма.

Задание 28. Пациент 25 лет обратился с жалобами на боль в нижней губе, затрудняющую прием пищи, широкое открывание рта. Со слов пациента, болеет с детства. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Заболевание рецидивирует в холодное время года, летом все явления исчезают. Сопутствующие заболевания: неврозоподобное состояние, хронический гастрит. Вредные привычки: курит с 15 лет, кусает и облизывает губы. Объективно: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ сухая. На красной кайме нижней губы по средней линии определяется поперечный линейный дефект ткани длиной 15 мм, покрытый кровянистой корочкой. Вокруг дефекта отмечается помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат. При пальпации образование имеет мягкоэластическую консистенцию, умеренно болезненно. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются множественные назубные отложения.

Вопросы: Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз - хроническая трещина нижней губы.

Задание 28. Пациент 43 лет обратился в клинику с жалобами на наличие постоянной корочки на нижней губе, образование появилось примерно 6 месяцев назад. Работает на нефтеперерабатывающем заводе. Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка, хронический бронхит. Вредные привычки: курит с 20 лет. Объективно: регионарные лимфоузлы не пальпируются. Красная кайма губ сухая, на нижней губе слева определяется резко ограниченный участок серовато-белого цвета размером 0,7 см в диаметре, покрытый плотно сидящими чешуйками, со слегка западающей поверхностью, безболезненный при пальпации. Воспаление в окружности отсутствует.

Вопросы: Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз - ограниченный предраковый гиперкератоз нижней губы.

Задание 29. Пациент С., 38 лет. 1 год назад появилось узловое образование в тканях шеи слева. Узел постепенно увеличивается, 4 месяца назад появились аналогичные узлы ниже первого. Периодически возникает припухлость и болезненность в области образований, которая купируется после противовоспалительного лечения. Объективно: в верхней трети шеи слева у переднего края кивательной мышцы пальпаторно определяется лимфатический узел 2,5 см в диаметре, плотноэластический, округлый, очертания нечеткие, смещаемый, слегка болезненный, кожа над ним интактна, ниже него 3 узла с аналогичными характеристиками, до 1,5 см.

Вопросы: План обследования.

Эталон ответа: Симптом увеличения лимфатического узла встречается при нескольких группах заболеваний. Необходимо дифференцировать с первичным поражением лимфатической системы и вторичным (метастатическим);

Задание 30. К врачу хирургу-стоматологу обратился мужчина, 56 лет, с жалобами на наличие новообразования на нижней губе справа. При обследовании обнаружена язва с подрытыми краями и инфильтрацией подлежащих тканей размерами до 2,2 см в наибольшем измерении, располагающаяся в пределах красной каймы нижней губы справа. В правом подчелюстном треугольнике пальпируется единичный лимфоузел, слегка болезненный, умеренно подвижный, размерами до 1,5 см. При обследовании пациента по органам и системам

патологии не выявлено. После проведенной биопсии выставлен диагноз: Рак нижней губы справа.

Вопросы: Поставьте диагноз согласно классификации TNM.

Эталон ответа: T2N1M0.

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта.

Задание 1. Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантомограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Определите возможность дентальной имплантации.

Эталон ответа: Имплантация невозможна ввиду хронического воспалительного процесса в левой верхнечелюстной пазухе, а также недостаточной высоты альвеолярного отростка в данной зоне.

Задание 2. Пациентка С., 51 год, направлена стоматологом-ортопедом для дентальной имплантации в области нижней челюсти справа и слева. При осмотре: отсутствуют моляры нижней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток достаточной ширины и высоты. 35,34; 45,44 зубы запломбированы, коронки их изменены в цвете. Находится на диспансерном наблюдении у ревматолога. Определите возможность и вид имплантации.

Эталон ответа: Вторичная частичная адентия. Двусторонние концевидные беззубые дефекты нижней челюсти. Имплантация невозможна ввиду наличия общего заболевания

Задание 3. После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 3.5 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 35. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм. Ваш диагноз. Определите лечебную тактику. **Эталон ответа:** Воспаление слизистой оболочки в области дентального имплантата. Иссечение Воспаленной слизистой над имплантатом, удаление винта-заглушки, промывание и высушивание резьбового канала имплантата и введение формирователя десневой манжетки (ФДМ).

Задание 4. Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: Лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объеме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия его болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отёчна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение

костной ткани шириной 1,5мм; у 35 зуба - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4мм. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания и лечебную тактику.

Эталон ответа: Периимплантит нижней челюсти слева. Допущена врачебная ошибка при протезировании: в протез включён только один опорный зуб, в результате чего произошла функциональная перегрузка как имплантата, так и 35 зуба. Показано удаление имплантата.

Задание 5. Пациент Ш., 55 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в зоне 44 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отёчны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 44 зуба - металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отёчна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат остеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2мм у шейки имплантата. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа: Воспаление слизистой в области имплантата. Неудовлетворительная гигиена полости рта.

Задание 6. Пациентка Е, 42 лет, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен Дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется металлокерамический мостовидный протез с опорой на имплантат и 23-24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантограмме в проекции 25 – 27 зубов определяется пластиночный имплантат, окружённый по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1 - 1,5мм; верхняя костная граница отсутствует. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа: Хронический верхнечелюстной синусит слева. Периимплантит в области верхней челюсти слева. Первопричиной заболевания является воспалительный процесс в придаточных пазухах и повлекший за собой резорбцию кости над и вокруг имплантата.

Задание 7. Пациент Н., 36 лет, через месяц после установки двухэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 15 зуба предъявляет жалобы на заложенность носа справа и гнойное отделяемое, нарушение работоспособности. В полости рта визуальна заглушка в зоне 15, подвижная при зондировании; окружающая слизистая оболочка гипертрофирована и гиперемирована. На дентальной R-грамме определяется выведение внутрикостной части имплантата в верхнечелюстную пазуху на 3мм; контуры кости, окружающей тело имплантата, размыты. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа: Ответ: Травматический (имплантационный) верхнечелюстной синусит справа. Причиной синусита явилась перфорация дна пазухи при дентальной имплантации и наличие инородного тела в пазухе в виде апикальной части имплантата, осложнившееся присоединением вторичной инфекции. Удаление имплантата с последующим противовоспалительным лечением синусита.

Задание 8. Пациентка М., 35 лет, обратилась с жалобой на онемение кожи подбородка слева после установки одноэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 35 зуба 2 дня тому назад. На R-грамме нижней челюсти слева в боковой проекции определяется внутрикостная часть имплантата, концевым отделом перекрывающая нижнечелюстной канал в

области 35 зуба. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания. Определите лечебную тактику.
Эталон ответа: Травматический неврит нижнеальвеолярного нерва слева. Причиной явилась установка имплантата в нижнечелюстной канал и травма нижнеальвеолярного нерва. Удаление имплантата.

Задание 9. Пациенту Л., 3 месяца назад был установлен двухэтапный винтовой имплантат в Области отсутствующего 24 зуба. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во время контрольного осмотра обнаружены грануляции над винтомзаглушкой. Жалоб не предъявляет. На дентальной R-грамме определяется незначительная резорбция костной ткани у шейки имплантата. Ваш диагноз. Укажите причины данного явления. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа: Воспалительный процесс слизистой в области имплантата. Причиной данного явления могут быть либо попадание крови в резьбовой канал, либо раскручивание винтазаглушки. Удаление винта-заглушки, промывание резьбового канала, его высушивание и введение формирователя десневой манжетки. Необходимо также произвести тщательный коретаж грануляций и заполнение костного дефекта костнопластическим материалом.

Задание 10. Пациент К., 46 лет, обратился с жалобами на подвижность мостовидного протеза на нижней челюсти справа, который был установлен 6 лет тому назад. Протезированию предшествовала дентальная имплантация. Из вредных привычек отмечает частое употребление жевательной резинки. В полости рта на нижней челюсти справа имеется мостовидный протез с опорой на 44, 45 зубы и имплантат, установленный в зоне отсутствующих 46 -48 зубов. Подвижность протеза определяется в его дистальном отделе. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна, слизистая оболочка без признаков воспаления. На R-грамме нижней челюсти в боковой проекции определяется остеоинтегрированное тело пластиночного имплантата с чётко выраженной линией перелома на уровне шейки. Ваш диагноз. Укажите причины, приведшие к создавшейся ситуации.

Эталон ответа: Травматический перелом шейки имплантата. Частое и длительное применение жевательной резинки привело к функциональной перегрузке и возникновению усталостного момента металла в области шейки имплантата.

3.2. Оценочные материалы для промежуточной аттестации

3.2.1. Тестовые задания

1 семестр

УК-1

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа			
1.	Во время проведения эндодонтического лечения зуба 3.6 у пациента, направленного из ортопедического отделения, произошла поломка каналонаполнителя в дистальном канале. Попытка извлечь обломок инструмента закончилась неудачей. Рентгенограмма показала, что: корневой канал запломбирован до верхушки, в области 0,2 см выше апекса находится обломок каналонаполнителя в пломбировочном материале. Какова Ваша дальнейшая тактика? Определите корректность предложенных вариантов дальнейшей тактики врача	А	Б	В	
		1	2	2	
		А	Спокойно сообщите пациенту о происшедшем осложнении и объясните, ссылаясь на данные рентгенологического обследования, что случившийся инцидент не повлечет дальнейших осложнений, а зуб может быть использован в качестве опорного при изготовлении ортопедической конструкции.	1	Корректный вариант
		Б	Закончите лечение и ничего не скажете больному о происшедшем	2	Некорректный вариант
	В	Попросите коллегу из ортопедического отделения сообщить пациенту о случившемся осложнении и объяснить его причину.			
2.	В одну из стоматологических поликлиник г. Минска обратился гражданин Республики Молдова, приехавший в РБ в командировку, с жалобами на сильную зубную боль в течение 2-х последних дней. Пациента переадресовали в платную стоматологическую поликлинику, куда он обратился спустя 8 часов после первичного общения со стоматологом. Далее пациент А. по «скорой помощи» был направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии БГМУ, где при оказании специализированной медицинской помощи был поставлен диагноз — медиастинит. Несмотря на проводимое комплексное лечение больной погиб от медиастинита и молниеносного сепсиса.	А	Б	В	
		2	2	1	

	На каком этапе была допущена ошибка? Как следовало поступить? Определите корректность предложенных вариантов тактики врача. <table><tr><th colspan="3"></th><th></th></tr><tr><td>А</td><td>Посоветовать пациенту обратиться в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.</td><td>1</td><td>Корректный вариант</td></tr><tr><td>Б</td><td>Осмотреть пациента и рекомендовать ему обратиться в платную клинику (поликлинику, центр)</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr><tr><td>В</td><td>Осмотреть пациента, поставить диагноз и, определив необходимость экстренной хирургической помощи, вызвать «скорую» на себя для немедленной госпитализации пациента. При этом спокойно, но твердо, не вдаваясь в подробности, объяснить больному необходимость данной тактики</td><td></td><td></td></tr></table>					А	Посоветовать пациенту обратиться в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.	1	Корректный вариант	Б	Осмотреть пациента и рекомендовать ему обратиться в платную клинику (поликлинику, центр)	2	Некорректный вариант	В	Осмотреть пациента, поставить диагноз и, определив необходимость экстренной хирургической помощи, вызвать «скорую» на себя для немедленной госпитализации пациента. При этом спокойно, но твердо, не вдаваясь в подробности, объяснить больному необходимость данной тактики							
А	Посоветовать пациенту обратиться в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.	1	Корректный вариант																			
Б	Осмотреть пациента и рекомендовать ему обратиться в платную клинику (поликлинику, центр)	2	Некорректный вариант																			
В	Осмотреть пациента, поставить диагноз и, определив необходимость экстренной хирургической помощи, вызвать «скорую» на себя для немедленной госпитализации пациента. При этом спокойно, но твердо, не вдаваясь в подробности, объяснить больному необходимость данной тактики																					
3.	К Вам на прием пришла больная В., 57 лет, которую в течение последних 3-х лет беспокоит парестезия в полости рта. Из анамнеза жизни и заболевания пациентки Вам удалось выяснить, что она обращалась с аналогичными жалобами в различные поликлиники города, где ей выставлялся диагноз — кандидоз. После проведения осмотра пациентки у Вас сложилось совершенно другое мнение. Вы изменили диагноз, назначили тщательное обследование, дополнительные консультации смежных специалистов. В итоге Ваш диагноз был подтвержден. Пациентка плачет, расстроена, что её неправильно лечили до сих пор, поскольку диагноз был неточен. Требуется разъяснить, почему так произошло. Какова должна быть Ваша тактика? Определите корректность предложенных вариантов тактики врача. <table><tr><th colspan="3"></th><th></th></tr><tr><td>А</td><td>Будете ругать коллег за невнимательность и безграмотность.</td><td>1</td><td>Корректный вариант</td></tr><tr><td>Б</td><td>Сошлетесь на сложный диагноз и имевшие место трудности в диагностике. Объясните, что ряд заболеваний имеет много</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr></table>					А	Будете ругать коллег за невнимательность и безграмотность.	1	Корректный вариант	Б	Сошлетесь на сложный диагноз и имевшие место трудности в диагностике. Объясните, что ряд заболеваний имеет много	2	Некорректный вариант	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	2	1	2	2
А	Будете ругать коллег за невнимательность и безграмотность.	1	Корректный вариант																			
Б	Сошлетесь на сложный диагноз и имевшие место трудности в диагностике. Объясните, что ряд заболеваний имеет много	2	Некорректный вариант																			
А	Б	В	Г																			
2	1	2	2																			

		общего в клинической картине.																			
	В	Попытайтесь объяснить, что лечение было правильным и никакого вреда не принесло, а Ваши коллеги тоже старались в поиске правильной тактики лечения.																			
	Г	Бросите реплику «Лечиться надо у настоящих врачей» и больше ничего не скажете.																			
4.	На прием в отделение терапевтической стоматологии обратился пациент с диагнозом обострение хронического рецидивирующего стоматита. Из амбулаторной карты Вам стало известно, что он сотрудник Министерства здравоохранения. Пациент замкнут, на вопросы отвечает коротко и односложно. При осмотре диагноз подтвержден. Больной в течение сбора анамнеза и осмотра неоднократно подчеркивает, что он пришел к Вам на прием только для получения рецептов на приобретение лекарственных препаратов, перечисленных в записке. Какова должна быть Ваша тактика в отношении данного пациента? Определите корректность предложенных вариантов тактики врача.				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	2	2	1	2								
А	Б	В	Г																		
2	2	1	2																		
	<table><tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr><tr><td>А</td><td>После установления места работы больного пригласите заведующего отделением и не станете осматривать пациента самостоятельно</td><td>1</td><td>Корректный вариант</td></tr><tr><td>Б</td><td>Будете довольствоваться коротким анамнезом. Проведете обследование больного с привлечением всех возможных методов и способов диагностики, даже тех, которые не являются необходимыми при заболевании пациента.</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr><tr><td>В</td><td>Попытайтесь преодолеть замкнутость пациента и собрать анамнез более подробно. Осмотрите пациента как обычного больного. Принимая во внимание тот факт, что он медицинский работник, учтите его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебнопрофилактических мероприятий. Назначите обследование соответственно</td><td></td><td></td></tr></table>								А	После установления места работы больного пригласите заведующего отделением и не станете осматривать пациента самостоятельно	1	Корректный вариант	Б	Будете довольствоваться коротким анамнезом. Проведете обследование больного с привлечением всех возможных методов и способов диагностики, даже тех, которые не являются необходимыми при заболевании пациента.	2	Некорректный вариант	В	Попытайтесь преодолеть замкнутость пациента и собрать анамнез более подробно. Осмотрите пациента как обычного больного. Принимая во внимание тот факт, что он медицинский работник, учтите его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебнопрофилактических мероприятий. Назначите обследование соответственно			
А	После установления места работы больного пригласите заведующего отделением и не станете осматривать пациента самостоятельно	1	Корректный вариант																		
Б	Будете довольствоваться коротким анамнезом. Проведете обследование больного с привлечением всех возможных методов и способов диагностики, даже тех, которые не являются необходимыми при заболевании пациента.	2	Некорректный вариант																		
В	Попытайтесь преодолеть замкнутость пациента и собрать анамнез более подробно. Осмотрите пациента как обычного больного. Принимая во внимание тот факт, что он медицинский работник, учтите его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебнопрофилактических мероприятий. Назначите обследование соответственно																				

		поставленному диагнозу. Проконсультируете пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначите необходимые исследования, лекарственные препараты и процедуры, не идя на поводу у пациента.																			
	Г	После установления места работы больного поверхностно обследуете пациента и назначите ему те лекарственные препараты, которые он требует																			
5.	Вы работаете на хирургическом приеме. Предыдущему пациенту было проведено удаление зуба, в результате чего в плевательнице скопилось значительное количество окровавленных валиков. Медсестра, не обращая внимания на этот факт, пригласила в кабинет следующего больного. Как Вы должны повести себя в данной ситуации? Определите корректность предложенных вариантов тактики врача.				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	2	1	2										
А	Б	В																			
2	1	2																			
	<table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>А</td><td>Будете продолжать прием пациентов, не обращая внимания на содержимое плевательницы и реакцию на это больных.</td><td>1</td><td>Корректный вариант</td></tr><tr><td>Б</td><td>Извинитесь перед пациентом, на несколько минут прекратите прием, пригласите в кабинет младшую медсестру и попросите убрать содержимое плевательницы. Конфиденциально и в вежливой форме сделаете замечание медицинской сестре, которая помогает Вам во время приема.</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr><tr><td>В</td><td>В резкой форме в присутствии пациентов сделаете замечание среднему медицинскому персоналу</td><td></td><td></td></tr></table>								А	Будете продолжать прием пациентов, не обращая внимания на содержимое плевательницы и реакцию на это больных.	1	Корректный вариант	Б	Извинитесь перед пациентом, на несколько минут прекратите прием, пригласите в кабинет младшую медсестру и попросите убрать содержимое плевательницы. Конфиденциально и в вежливой форме сделаете замечание медицинской сестре, которая помогает Вам во время приема.	2	Некорректный вариант	В	В резкой форме в присутствии пациентов сделаете замечание среднему медицинскому персоналу			
А	Будете продолжать прием пациентов, не обращая внимания на содержимое плевательницы и реакцию на это больных.	1	Корректный вариант																		
Б	Извинитесь перед пациентом, на несколько минут прекратите прием, пригласите в кабинет младшую медсестру и попросите убрать содержимое плевательницы. Конфиденциально и в вежливой форме сделаете замечание медицинской сестре, которая помогает Вам во время приема.	2	Некорректный вариант																		
В	В резкой форме в присутствии пациентов сделаете замечание среднему медицинскому персоналу																				
6.	Врач стоматолог отказал пациенту И., 38 лет в операции удаления зуба с диагнозом острый гнойный периодонтит по причине сопутствующей патологии (инсулинзависимая форма сахарного диабета), не назначил симптоматического лечения и отправил за справкой к эндокринологу о возможности подобной манипуляции в амбулаторных условиях. Пациент не нашел возможности посетить				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	1	2	2	2								
А	Б	В	Г																		
1	2	2	2																		

	эндокринолога по причине плохого самочувствия и через 3 дня скончался от осложнения медиастенита. Кто будет нести ответственность за смертельный исход?			
	А	врач-стоматолог	1	Несет ответственность
	Б	врач-эндокринолог	2	Не несет ответственность
	В	родственники		
	Г	никто		
7.	Медсестра стоматологического кабинета обслуживала одновременно трех стоматологов в кабинете терапевтической стоматологии. В коридоре скопилась очередь. Пациент Ш., 63 лет обратился к медсестре кабинета с просьбой принять его вне очереди, так как у него появились ощущения стенокардии покоя. Медсестра отказала пациенту Ш., получив поддержку очередников. В конце смены обнаружилось, что пациент Ш. умер от инфаркта миокарда, не дождавшись очереди к стоматологу. Кто в этом случае несет ответственность за смерть больного?			
	А	все врачи-стоматологи кабинета	1	Несет ответственность
	Б	медсестра кабинета	2	Не несет ответственность
	В	никто		
8.	Штатное расписание стоматологической поликлиники было утверждено вышестоящей организацией. Однако Главный врач поликлиники Степанов ввел своим распоряжением в него должности заместителей главного врача по экспертизе и по маркетингу. Правомочно-ли его решение?			
	А	Только в формате замены должностей	1	Верно
	Б	Неправомочно	2	Не верно
	В	Абсолютно правомочно		
9.	В стоматологической поликлинике №5 есть зуботехническая лаборатория. В ее штате трудятся 15 зубных техников. Ни один из них не владеет современными технологиями изготовления металлокерамических зубных протезов, хотя оборудование для этой технологии в поликлинике простаивает. Пациенты перестали пользоваться услугами данной поликлиники и ортопедическое отделение постоянно не выполняет план. В праве ли главный врач отправить на принудительное повышение квалификации одного из зубных техников в областной центр (находящийся на расстоянии 200 км) по освоению данной технологии металлокерамики?			
	А	Вправе, но только с согласия зубного техника	1	Верно
	Б	Не вправе	2	Не верно

	В	Вправе, если у техника нет юридических оснований для отказа и поликлиника полностью возьмет на себя расходы по его командированию, проживанию и компенсации затрат на обучение			
--	----------	--	--	--	--

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
10.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Принцип профессиональной биоэтики, заключающийся в том, что врач должен в доступной для пациента форме дать имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, называется принципом _____.	правдивости
11.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Принцип профессиональной биоэтики, заключающийся в том, что нельзя передавать медицинскую информацию третьим лицам без согласия пациента называется принципом _____.	конфиденциальности
12.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Принцип профессиональной биоэтики, заключающийся в том, что врач действует исключительно в интересах пациента независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждениям, принадлежности к различным общественным объединениям и политическим партиям называется принципом _____.	справедливости
13.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Принцип профессиональной биоэтики, заключающийся в деятельном, отзывчивом участии в беде в разных обстоятельствах, сострадательном, заботливом отношении к пациенту, способности к самоотверженности ради помощи больному называется принципом _____.	милосердия
14.	Прочитайте и укажите правильную последовательность реализации основных (общих) функций управления в соответствии с концепцией Мескона: 1. Контроль 2. Организация 3. Мотивация 4. Планирование	4 2 3 1
15.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово:	после

	Заклюсительный контроль в организации осуществляется _____ выполнения запланированных работ.	
16.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Побуждение работников к эффективному выполнению поставленных задач обеспечивает управленческая функция, которая называется _____.	мотивация
17.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Качественная характеристика деятельности руководителя, способов его воздействия на исполнителей называется - стиль _____.	руководства
18.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Совокупность действий работников, связанных с выполнением задач, поставленных руководителем, называется стиль _____.	подчинения
19.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: На приеме в поликлинике ЛОР-врач обнаруживает у пациента опухоль гортани в ранней стадии, но не сообщает ему об этом, боясь за его психическое состояние. Врач дает больному направление в онкологический диспансер, но пациент долгое время откладывает посещение онколога, мотивируя это отсутствием времени. В результате больной был доставлен в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи с диагнозом: «Стеноз гортани 3-й степени. Рак гортани с прорастанием в пищевод». В данном случае врач поликлиники нарушил принцип биомедицинской этики, который называется принцип _____.	правдивости
20.	Прочитайте текст и вставьте пропущенные слова через запятую: Больной А. поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Результаты анализа на ВИЧ оказались положительные. Врач вынужден был сообщить пациентам в палате о том, что их сосед ВИЧ инфицирован с тем, чтобы они пользовались средствами личной гигиены индивидуально, не пользовались мазями и каплями этого пациента, так как есть тенденция среди пациентов использовать лекарственные средства друг друга. Какой принцип медицинской этики был нарушен врачом, и какой руководил его действиями?	конфиденциальности, правдивости
21.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Во многих поликлиниках врачи ведут дополнительный прием коммерческих больных. В этих случаях, нередко, тем людям, которые получают помощь, оплачиваемую по ОМС, уделяется меньше времени и внимания, чем тем, которые платят врачу лично. Какой принцип медицинской этики нарушается при этом?	справедливости

--	--	--

ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
22.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Высокая квалификация и подготовка врача по отношению к совершению врачом ошибки ____ риск ее совершения	снижают

Тестовые задания на установление последовательности:

23.	Прочитайте и укажите правильную последовательность проведения реминерализирующей терапии: 1. очищение зубов от зубных отложений 2. обильное смачивание рыхлого ватного тампона реминерализирующим раствором и аппликация его на поверхности зубов 3. экспозиция реминерализирующего средства 4. высушивание зубов воздухом 5. изоляция зубов от слюны ватными валиками 6. рекомендации пациенту	1 5 4 2 3 6
24.	Прочитайте и укажите правильную последовательность этапов герметизации фиссур зуба светоотверждаемым герметиком: 1. внесение герметика и распределение по фиссурам 2. промывание водой 3. изоляция зуба от слюны, высушивание зуба 4. высушивание протравленной поверхности фиссуры 5. отверждение герметика с помощью поляризационной лампы 6. очищение жевательной поверхности зуба от налета 7. протравливание фиссуры кислотой 8. проверка окклюзионной высоты прикуса	6 3 7 2 4 1 5 8
25.	Прочитайте и укажите правильную последовательность проведения метода витального окрашивания эмали: 1. очищение зуба от налета 2. изоляция от слюны 3. высушивание эмали 4. нанесение раствора метиленовой сини на эмаль 5. ополаскивание полости рта водой, регистрация данных	1 2 3 4 5
26.	Расставьте этапы удаления минерализованных наддесневых зубных отложений в порядке их выполнения: 1. покрытие зубов фторлаком (фторгелем) 2. антисептическая обработка десен 3. полирование поверхностей зубов 4. удаление зубного камня	2 4 3 1

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства			Ключ правильного ответа				
				А	Б	В	Г	Д
27.	Установите соответствие между видом патологии и этиопатогенетическим фактором:			2	4	1	3	5
	Тип (вид) патологии		Этиопатогенетический фактор					
	А	Аллергическое поражение	1					
	Б	Токсическое поражение	2					
	В	Лейкоплакия	3					
	Г	Рак нижней губы	4					
	Д	Кандидоз полости рта	5					

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
28.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи, несёт _____	медицинская организация
29.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Эндогенная профилактика кариеса включает укрепление здоровья путем лечения _____ заболеваний, закаливание.	общих
30.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, относят к _____.	профилактике
31.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Снижение показателей индекса КПУ(з) и КПУ (п) является задачей _____ программы по снижению интенсивности и распространенности кариеса.	профилактической
32.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Планирование программы профилактики стоматологических заболеваний предусматривает выделение раздела оценки _____ программы.	эффективности
33.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является _____.	гиподинамия
34.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При дефиците железа в пищевом рационе человека возникает _____.	анемия

35.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Восстановление или компенсация нарушенных функций и трудоспособности человека называется_____.	реабилитация
36.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: К изменениям дыхательной системы у лиц в старческом возрасте относится _____ жизненной емкости легких.	снижение
37.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Если энергозатраты больше энергоемкости пищи, то масса тела_____.	снижается
38.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Старение человека – биологический процесс, приводящий к _____ функций организма.	снижению
39.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Болевая, тактильная и температурная чувствительность у лиц пожилого и старческого возраста _____.	снижается

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
40.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками с/со _____ медицинским образованием.	средним
41.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Показателем деятельности рентгенологического отделения (кабинета) амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации является _____ число рентгенологических исследований на 100 амбулаторных посещений.	среднее
42.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Впервые в жизни установленный диагноз относится к _____ заболеваемости.	первичной
43.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством российской федерации называется _____.	диспансеризация

44.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании, которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический _____.	медицинский осмотр
-----	---	--------------------

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
45.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Медицинские сестры, санитарки сохранять медицинскую тайну _____.	обязаны
46.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Незаконная выдача больничных рецептов расценивается, как _____ ответственность.	уголовная
47.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: После смерти пациента врач имеет право _____ тайну, как при жизни пациента.	сохранять
48.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Этические нормы поведения медицинской сестры отражены в документе _____ кодекс медицинской сестры России.	этический
49.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для определения структуры заболеваемости [смертности, летальности и др.] применяется _____ показатель	экстенсивный
50.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для оценки распространенности какого-либо явления или признака используется _____ показатель.	интенсивный
51.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основным методом изучения образа жизни является _____.	анкетирование
52.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Антидотом фтора является раствор хлорида _____ 5%	кальция
53.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При помощи КОСРЭ-теста определяют скорость _____ эмали.	реминерализации
54.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для проведения ТЭР-теста (по Окушко В.Р.) необходим раствор _____ кислоты 1N.	соляной

55.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Сведения о диагнозе заболевания у работающего инвалида в листке нетрудоспособности могут указываться только по _____ заявлению инвалида	письменному
56.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Критерием оценки санитарного состояния хирургического кабинета является _____ контроль.	бактериологический
57.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует положительный тест _____.	двойного пятна
58.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Показатели, отражающие распространенность (частоту явления во всем совокупном населении) называются _____ показатели.	общие
59.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением называется _____.	медицинской статистикой
60.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Обобщающим показателем естественного движения населения является _____ прирост/убыль.	естественный
61.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Выводы, полученные в исследовании «описание отдельных случаев» обладают доказательностью _____.	наименьшей
62.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Если все варианты уменьшить на одно и то же число, то средняя арифметическая _____ на одно и то же число.	уменьшится
63.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Если все варианты увеличить в одно и то же число раз, то средняя арифметическая _____ во столько же раз.	увеличится
64.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Заболевания, впервые выявленные в этом году называются _____ заболеваемость.	первичная.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи.

ПК-7

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
65.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Разрез кожи, отступив на 1,5-2 см книзу от края нижней челюсти, параллельно ему является оперативным доступом в _____ клетчаточное пространство.	поднижнечелюстное
66.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Ветви лицевого нерва проходят _____ околоушной слюнной железы.	внутри
67.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Крыловидные мышцы, жевательная мышца, височная мышца иннервируются _____ нервом.	тройничным

Тестовые задания на установление соответствия:

68.	Установите соответствие между группой здоровья ребенка и ее характеристикой			<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>1</td><td>5</td></tr></table>					А	Б	В	Г	Д	2	3	4	1	5
	А	Б	В	Г	Д													
	2	3	4	1	5													
	Группа здоровья		Характеристика группы здоровья															
	А	I группа	1	дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными _____ или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей														
	Б	II группа	2	здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений														
В	III группа	3	дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания;															
Г	IV группа	4	дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или _____ компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений _____ основного заболевания															

	Д	V групп	5	дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии	
--	---	---------	---	--	--

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
69.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы _____ гарантий.	государственных
70.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Студентам в случае заболевания с утратой трудоспособности выдается _____ установленного образца.	справка
71.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам устанавливается на уровне _____.	федеральном
72.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Локализацию асимметрии лица в амбулаторной карте указывают в графе _____.	внешний осмотр
73.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача) сключены в _____ оказания медицинской помощи.	порядки

Тестовые задания на установление соответствия:

74.	Установите соответствие между контролирующим органом и осуществляемой функцией		А				Б				В				Г						
					1				2				3				4				
	Контролирующий орган																				
	А	Росздравнадзор (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения)		1	Осуществляет функции контроля и надзора в сфере здравоохранения																

	Б	Роспотребнадзор (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)	2	Контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологических норм и защиту прав потребителей медицинских учреждениях	в
	В	Министерство здравоохранения <u>РФ</u> (Минздрав России)	3	Координирует контролирует деятельность подведомственных учреждений служб.	и и
	Г	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)	4	Контролирует финансирование медицинской помощи в системе ОМС	

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
75	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Росздравнадзор проводит контроль качества и безопасности медицинской деятельности на уровне ____.	государственном
76	Прочитайте текст и вставьте пропущенную фразу: Правильность заполнения сводной ведомости учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма №039-2/У-88) проверяет _____ медицинской организации.	главный врач
77	Прочитайте текст и вставьте пропущенную фразу: Правильность заполнения листка ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма №037/У-88) _____.	непосредственный руководитель врача

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа																	
78	Установите соответствие между видом ответственности и особенностью ее наступления:		А			Б			В										
			3			1			2										
	Вид ответственности		Особенность наступления																
	А	Административно-правовая ответственность	1	имеет место только в рамках трудовых отношений															
	Б	Дисциплинарная ответственность	2	наступает в случае квалифицированного деяния по одной из статей уголовного кодекса															
В	Уголовная ответственность	3	наступает в случае квалифицированного деяния по одной из статей Кодекса об административных правонарушениях																
79	Установите соответствие между методом и видом обследования стоматологического больного на терапевтическом приеме:		А		Б		В		Г		Д		Е		Ж		З		
			1		2		2		1		1		2		2		1		
	Название метода обследования				Вид исследования														
	А	внешний осмотр			1	Основной													
	Б	рентгенография			2	Дополнительный													
	В	температурная проба																	
	Г	опрос																	
	Д	зондирование																	
	Е	ЭОД																	
	Ж	витальное окрашивание																	
	З	перкуссия																	
80	Установите соответствие между названием дополнительного метода обследования и видом диагностики:		А		Б		В		Г		Д		Е		Ж		З		
			1		1		2		2		1		2		1		2		
	Название дополнительного метода обследования				Вид диагностики														
	А	реопародонтография			1	функциональный													
	Б	полярография			2	лабораторный													
	В	серологический метод																	
	Г	цитологический метод																	
	Д	биомикроскопия																	
	Е	гистологический метод																	
	Ж	гнатодинамометрия																	
	З	микробиологический																	

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
81	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Перед началом проведения медицинского вмешательства пациенту при его несогласии на медицинское вмешательство оформляют _____.	отказ от медицинского вмешательства
82	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово:	информированное добровольное согласие

	Перед началом проведения медицинского вмешательства пациенту при его согласии оформляют _____.	
--	--	--

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/ п	Содержание оценочного средства		Ключ правильного ответа					
			А	Б	В	Г	Д	Е
83	Установите соответствие между состоянием пациента и показанием/противопоказанием к применению общего обезболивания на детском стоматологическом приеме		1	2	1	2	1	2
84	Установите соответствие между видом анестезии и показанием к ее применению на детском стоматологическом приеме		А	Б	В	Г	Д	Е
			1	1	2	2	3	3

	<table><tr><td>В</td><td>Удаление всех временных зубов на верхней челюсти</td><td>3</td><td>Проводниковая</td></tr><tr><td>Г</td><td>Пластика уздечек губ и языка</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Д</td><td>Удаление временных и постоянных зубов на верхней и нижней челюсти</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Е</td><td>Операции: цистотомия и цистэктомия</td><td></td><td></td></tr></table>	В	Удаление всех временных зубов на верхней челюсти	3	Проводниковая	Г	Пластика уздечек губ и языка			Д	Удаление временных и постоянных зубов на верхней и нижней челюсти			Е	Операции: цистотомия и цистэктомия									
В	Удаление всех временных зубов на верхней челюсти	3	Проводниковая																					
Г	Пластика уздечек губ и языка																							
Д	Удаление временных и постоянных зубов на верхней и нижней челюсти																							
Е	Операции: цистотомия и цистэктомия																							
85	Установите соответствие между видом местного осложнения при проведении анестезии и вызвавшей ее причиной <table><tr><th colspan="2">Вид местного осложнения</th><th colspan="2">Причина</th></tr><tr><td>А</td><td>Постинъекционная травматическая контрактура</td><td>1</td><td>Повреждение височной и медиальной крыловидной мышцы при неправильном проведении мандибулярной анестезии</td></tr><tr><td>Б</td><td>Поломка инъекционной иглы</td><td>2</td><td>Резкое перемещение шприца из одного положения в другое (с уровня моляров на уровень резцов)</td></tr><tr><td>В</td><td>Парестезия</td><td>3</td><td>Использование растворов анестетика в более высоких концентрациях</td></tr></table>	Вид местного осложнения		Причина		А	Постинъекционная травматическая контрактура	1	Повреждение височной и медиальной крыловидной мышцы при неправильном проведении мандибулярной анестезии	Б	Поломка инъекционной иглы	2	Резкое перемещение шприца из одного положения в другое (с уровня моляров на уровень резцов)	В	Парестезия	3	Использование растворов анестетика в более высоких концентрациях	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	А	Б	В	1	2	3
Вид местного осложнения		Причина																						
А	Постинъекционная травматическая контрактура	1	Повреждение височной и медиальной крыловидной мышцы при неправильном проведении мандибулярной анестезии																					
Б	Поломка инъекционной иглы	2	Резкое перемещение шприца из одного положения в другое (с уровня моляров на уровень резцов)																					
В	Парестезия	3	Использование растворов анестетика в более высоких концентрациях																					
А	Б	В																						
1	2	3																						

ПК-7

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа								
86.	Установите соответствие между зоной обезболивания и видом анестезии				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>			А	Б	В	3	1	2
	А	Б	В										
	3	1	2										
Зона обезболивания		Вид анестезии											
А	Зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка с нёбной стороны и твердого нёба в треугольнике, вершина которого обращена к срединному шву, основание - к	1	Палатинальная										

		передним зубам, а стороны проходят через середину клыков													
	Б	Зона обезболивания: слизистая оболочка, надкостница твердого нёба, альвеолярный отросток с нёбной стороны от 3-го моляра до середины коронки клыка	2	Инфраорбитальная											
	В	резцы, клыки и премоляры, костная ткань альвеолярного отростка; слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов; слизистая оболочка и костная ткань передней, задненаружной, нижней и верхней стенок верхнечелюстного синуса; кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа, кожа и слизистая оболочка верхней губы	3	Резцовая											
87.	Установите соответствие между местом вкола на нижней челюсти и видом проводниковой анестезии				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д	3	1	2	5	4
А	Б	В	Г	Д											
3	1	2	5	4											
	Место вкола		Вид анестезии												
	А	у бугра верхней челюсти	1	инфраорбитальная анестезия											
	Б	в области подглазничного отверстия	2	резцовая анестезия											
	В	у резцового отверстия	3	туберальная анестезия											
	Г	у перегородки носа	4	палатинальная анестезия.											

	Д	у большого нёбного отверстия	5	носонёбная внеротовая анестезия									
88.	Установите соответствие между видом проводниковой анестезии и названием нерва, на который направлена анестезия				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	А	Б	В	Г	4	3	2	1
	А	Б	В	Г									
	4	3	2	1									
	Вид анестезии		Название нерва										
	А	Инфраорбитальная анестезия	1	Большой небный нерв									
	Б	Резцовая анестезия	2	Верхние задние альвеолярные ветви подглазничного нерва									
В	Туберальная анестезия	3	Носонебный нерв										
Г	Палатинальная анестезия	4	Подглазничный нерв										

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/ п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа						
89.	Установите соответствие между видом местного осложнения при проведении анестезии и вызвавшей ее причиной	Вид операции		Описание				
		А	Постинъекционная травматическая контрактура	1	Повреждение височной и медиальной крыловидной мышцы при неправильном проведении мандибулярной анестезии			
		Б	Поломка инъекционной иглы	2	Резкое перемещение шприца из одного положения в другое (с уровня моляров на уровень резцов)			
		В	Парестезия	3	Использование растворов анестетика в более высоких концентрациях			
90.	Установите соответствие между видом анестезии и углом введения иглы	Вид анестезии		Угол введения иглы в градусах				
		А	Интрасептальная	1	90			
		Б	Интралигаментарная	2	30			
		В	Инфильтрационная	3	45			
91.	Установите соответствие между видом проводниковой анестезии и местом ее проведения	А	Б	В	Г	Д	Е	Ж
		2	2	1	1	1	1	2

Вид анестезии		Угол введения иглы в градусах			
А	Ментальная	1	Верхняя челюсть		
Б	Торусальная	2	Нижняя челюсть		
В	Небная				
Г	Резцовая				
Д	Подглазничная				
Е	Туберальная				
Ж	Мандибулярная				

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа																							
92.	Установите соответствие между групповой принадлежностью зубов и названиями щипцов для их удаления	А	Б	В	Г																				
		3	1	2	4																				
	<table><tr><th colspan="2">Вид операции</th><th colspan="2">Описание</th></tr><tr><td>А</td><td>Премоляры нижней челюсти</td><td>1</td><td>Клювовидные сходящиеся</td></tr><tr><td>Б</td><td>Корни зубов нижней челюсти</td><td>2</td><td>Прямые несходящиеся</td></tr><tr><td>В</td><td>Центральные резцы верхней челюсти</td><td>3</td><td>Клювовидные несходящиеся</td></tr><tr><td>Г</td><td>Премоляры верхней челюсти</td><td>4</td><td>S-образные несходящиеся</td></tr></table>	Вид операции		Описание		А	Премоляры нижней челюсти	1	Клювовидные сходящиеся	Б	Корни зубов нижней челюсти	2	Прямые несходящиеся	В	Центральные резцы верхней челюсти	3	Клювовидные несходящиеся	Г	Премоляры верхней челюсти	4	S-образные несходящиеся				
Вид операции		Описание																							
А	Премоляры нижней челюсти	1	Клювовидные сходящиеся																						
Б	Корни зубов нижней челюсти	2	Прямые несходящиеся																						
В	Центральные резцы верхней челюсти	3	Клювовидные несходящиеся																						
Г	Премоляры верхней челюсти	4	S-образные несходящиеся																						

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
93.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Местной причиной кровотечения после удаления зуба является _____ мягких тканей.	травма
94.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Местным осложнением после операции удаления зуба является _____ лунки.	альвеолит

ПК-7

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
95.	Установите последовательность стадий заживления раны после удаления зуба. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Созревание грануляционной ткани 2. Развитие грануляционной ткани 3. Образование сгустка 4. Образование костной ткани 5. Образование остеоидной ткани	3 2 1 5 4
96.	Установите последовательность этапов операции удаления зуба. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1.наложение щечек щипцов на зуб 2.вывихивание зуба 3.фиксация щечек щипцов 4.продвижение щечек щипцов 5.отслоение круговой связки зуба	5 1 4 3 2

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа														
97.	Установите соответствие между хирургическим стоматологическим инструментом и удаляемыми им зубами	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td></tr></table>					А	Б	В	Г	Д	2	1	5	4	3
		А	Б	В	Г	Д										
		2	1	5	4	3										
		Вид анестезии		Угол введения иглы в градусах												
		А	Угловые щипцы с шипиками на обеих щеках	1	26; 27											
		Б	S-образные щипцы с шипиком на правой щеке	2	46; 47; 36; 37											
		В	Прямые щипцы с несмыкающимися щеками	3	18; 28											
Г	S- образные щипцы с шипиком на левой щеке	4	16; 17													
Д	Штыковидные щипцы с несмыкающимися щеками	5	11; 12; 13; 21; 22; 23													

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа																		
98.	Установите соответствие между видом операции и её описанием:	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>			А	Б	В	2	1	3										
		А	Б	В																
		2	1	3																
	<table><tr><th colspan="2">Вид операции</th><th colspan="2">Описание</th></tr><tr><td>А</td><td>Цистэктомия</td><td>1</td><td>Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба</td></tr><tr><td>Б</td><td>Гемисекция зуба</td><td>2</td><td>Удаление кисты вместе с оболочкой и частью корня зуба</td></tr><tr><td>В</td><td>Пластика преддверия полости рта</td><td>3</td><td>Операция по углублению преддверия полости рта за счёт перераспределения мягких тканей или перемещения лоскутов слизистой оболочки</td></tr></table>	Вид операции		Описание		А	Цистэктомия	1	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба	Б	Гемисекция зуба	2	Удаление кисты вместе с оболочкой и частью корня зуба	В	Пластика преддверия полости рта	3	Операция по углублению преддверия полости рта за счёт перераспределения мягких тканей или перемещения лоскутов слизистой оболочки			
Вид операции		Описание																		
А	Цистэктомия	1	Удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба																	
Б	Гемисекция зуба	2	Удаление кисты вместе с оболочкой и частью корня зуба																	
В	Пластика преддверия полости рта	3	Операция по углублению преддверия полости рта за счёт перераспределения мягких тканей или перемещения лоскутов слизистой оболочки																	
99.	Установите соответствие между методом диагностики и заболеванием головы и шеи, для которого он применяется:	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>			А	Б	В	3	1	2										
		А	Б	В																
		3	1	2																
	<table><tr><th colspan="2">Вид операции</th><th colspan="2">Описание</th></tr><tr><td>А</td><td>Рентгенография</td><td>1</td><td>Воспаление верхнечелюстных пазух</td></tr><tr><td>Б</td><td>Компьютерная томография (КТ)</td><td>2</td><td>Кисты и опухоли слюнных желёз</td></tr><tr><td>В</td><td>Магнитно-резонансная томография (МРТ)</td><td>3</td><td>Травмы и переломы костей лицевого скелета</td></tr></table>	Вид операции		Описание		А	Рентгенография	1	Воспаление верхнечелюстных пазух	Б	Компьютерная томография (КТ)	2	Кисты и опухоли слюнных желёз	В	Магнитно-резонансная томография (МРТ)	3	Травмы и переломы костей лицевого скелета			
Вид операции		Описание																		
А	Рентгенография	1	Воспаление верхнечелюстных пазух																	
Б	Компьютерная томография (КТ)	2	Кисты и опухоли слюнных желёз																	
В	Магнитно-резонансная томография (МРТ)	3	Травмы и переломы костей лицевого скелета																	

Тестовые задания с развернутым ответом:

100.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Очаг деструкции костной ткани с четкими контурами, округлой формы, диаметром до 1 см на рентгенологической картине характерен для хронического _____ периодонтита.	гранулематозного
------	--	------------------

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
101.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Симптом "ступени" и _____ являются основными симптомами перелома скуловой кости со смещением.	диплопия

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа																				
102.	Соотнесите патологическое состояние с методом его лечения	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>	А	Б	В	Г	4	1	2	3												
	А	Б	В	Г																		
	4	1	2	3																		
	<table><tr><th colspan="2">Вид операции</th><th colspan="2">Описание</th></tr><tr><td>А</td><td>Послеожоговые рубцы мягких тканей ЧЛО</td><td>1</td><td>Лечение с применением физиотерапевтических процедур и лекарственных препаратов</td></tr><tr><td>Б</td><td>Дисфункция ВНЧС</td><td>2</td><td>Секвестрэктомия, антибактериальная, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия</td></tr><tr><td>В</td><td>Хронический остеомиелит нижней челюсти</td><td>3</td><td>Репозиция, остеосинтез, иммобилизация</td></tr><tr><td>Г</td><td>Перелом нижней челюсти</td><td>4</td><td>Хирургическое вмешательство с применением пластики мягких тканей</td></tr></table>		Вид операции		Описание		А	Послеожоговые рубцы мягких тканей ЧЛО	1	Лечение с применением физиотерапевтических процедур и лекарственных препаратов	Б	Дисфункция ВНЧС	2	Секвестрэктомия, антибактериальная, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия	В	Хронический остеомиелит нижней челюсти	3	Репозиция, остеосинтез, иммобилизация	Г	Перелом нижней челюсти	4	Хирургическое вмешательство с применением пластики мягких тканей
	Вид операции		Описание																			
	А	Послеожоговые рубцы мягких тканей ЧЛО	1	Лечение с применением физиотерапевтических процедур и лекарственных препаратов																		
Б	Дисфункция ВНЧС	2	Секвестрэктомия, антибактериальная, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия																			
В	Хронический остеомиелит нижней челюсти	3	Репозиция, остеосинтез, иммобилизация																			
Г	Перелом нижней челюсти	4	Хирургическое вмешательство с применением пластики мягких тканей																			

Тестовые задания с развернутым ответом:

103.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Характерным симптомом для перелома верхней челюсти по типу Ле-Фор I является _____ патологическая подвижность верхнечелюстных костей.	патологическая
------	--	----------------

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
104.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием на санитарно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до	весь период лечения

	направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на _____ и проезда.	
105.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается со дня _____ отпуска	окончания
106.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу называется _____ нетрудоспособность	частичная
107.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание: Лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору выдается _____.	листок нетрудоспособности
108.	Прочитайте текст и вставьте пропущенную фразу: Врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи _____ на выдачу листков нетрудоспособности.	не имеют права
109.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях листок нетрудоспособности _____.	не выдается
110.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан имеют _____ врачи.	лечащие
111.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Врач частной практики имеет право выдавать листки временной нетрудоспособности при наличии _____ на право заниматься врачебно-трудовой экспертизой.	лицензии
112.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрами: В отдаленных районах сельской местности выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу (по решению местных органов самоуправления здравоохранением) на срок до ____ дней.	15
113.	Прочитайте текст и заполните пропуски. Ответ запишите цифрами через запятые: При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен на срок не более ____ месяцев. В отдельных случаях не более ____ месяцев.	10,12

114.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Состояние, при котором нарушение функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер называется _____ утрата трудоспособности.	временная
115.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрами: При заболеваниях и травмах лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности до _____ календарных дней включительно.	15
116.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Вид медицинской деятельности, целью которого является оценка состояния здоровья пациента, определение степени и сроков его временной утраты трудоспособности, а также установление необходимости профессиональной деятельности или перевода на другую работу называется экспертизой _____.	временной нетрудоспособности
117.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Исправления в листке нетрудоспособности _____.	не допускаются
118.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдается _____ основаниях.	на общих
119.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрой: Нормативными документами определено _____ степени выраженности стойких нарушений функций организма.	4
120.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Окончательное решение о направлении на медико-социальную экспертизу граждан, имеющих признаки стойкого ограничения жизнедеятельности, принимает _____.	врачебная комиссия
121.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрами: Гражданин может обжаловать решения бюро медико-социальной экспертизы в течение _____ дней с даты осведетельствования гражданина.	30
122.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрой: При несчастных случаях на производстве нормативными документами определено _____ степени тяжести повреждения здоровья.	2

123.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрой: Возраст несовершеннолетних в общесоматической медицине составляет— до ____ лет включительно.	15
124.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрой: Возраст несовершеннолетних в наркологии составляет— до ____ лет включительно.	16
125.	Прочитайте текст и заполните пропуск. Ответ запишите цифрой: Возраст несовершеннолетних в отношении ВИЧ-инфицированных граждан, а также в трансплантологии составляет— до ____ лет включительно.	18

ПК-7

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
126.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина ____.	Порта
127.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Дополнительным методом исследования переломов костей лицевого скелета является ____.	рентгенография
128.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Обязательным симптомом перелома основания черепа является ____.	ликворея

ПК-9

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа								
129.	Соотнесите описание метода немедикаментозного лечения с названием метода лечения				<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>			А	Б	В	2	2	1
					А	Б	В						
	2	2	1										
	Описание метода		Название метода лечения										
А	Фиксация стандартных или индивидуальных назубных шин из проволоки к зубам на верхней и нижней челюстях.	1	Транспортная иммобилизация верхней челюсти										
Б	Установка в межкорневые промежутки альвеолярных отростков/частей челюстей внутрикостных винтов-фиксаторов. Наложение	2	Ортопедический метод лечения										

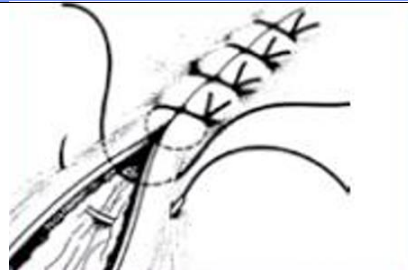
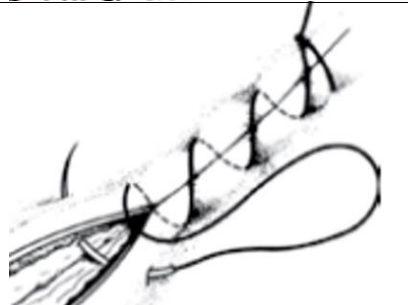
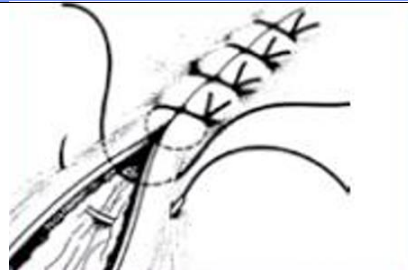
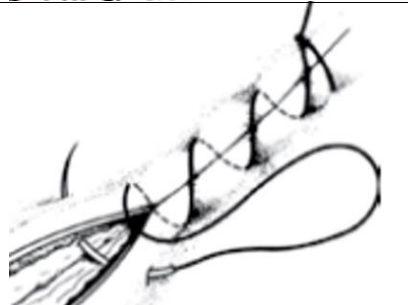
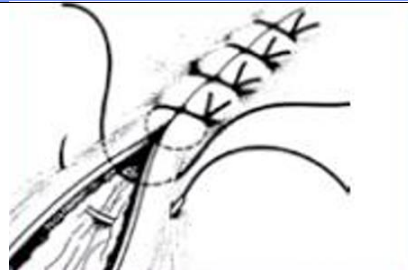
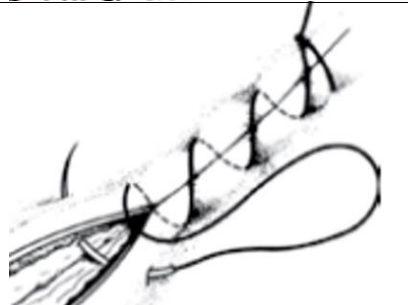
		межчелюстной эластичной резиновой тяги.			
	В	Наложение бинтовой подбородочно-теменной повязки, эластичной подбородочной пращи Померанцевой-Урбанской, стандартной транспортной повязки, эластичных бинтов			

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
130.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых нарушены все компоненты акта приема пищи (сосание, жевание и глотание) рекомендуется первая челюстная диета - кормление пациента через _____.	зонд
131.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Всем пациентам, которым планируется хирургическое лечение перелома верхней челюсти рекомендуется проводить профилактику _____ осложнений в области хирургического вмешательства.	инфекционных
132.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Вторая челюстная диета рекомендуется пациентам с переломом верхней челюсти, у которых сохранены _____ функция и функция сосания.	глотательная
133.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Операции по поводу перелома дна глазницы рекомендуется выполнять под _____ обезболиванием с интубацией через нос.	общим
134.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Интубация через нос при выполнении операции по поводу перелома дна глазницы выполняется для возможности достижения _____ прикуса.	привычного
135.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При выполнении операции по поводу перелома дна глазницы при искривлении носовой перегородки, выраженном кровотечении, технических сложностях может выполняться субментальная интубация или через _____.	трахеостому
136.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное: Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых имеется смещение отломков и/или выраженная их подвижность рекомендуется выполнять операцию _____ репозиции и жесткой иммобилизации отломков металлическими пластинами.	открытой

137.	Установите правильную последовательность фаз течения раневого процесса. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Гнойно-некротическая фаза 2. Фаза грануляции 3. Фаза эпителизации	1 2 3
------	--	-------

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа															
138.	Установите соответствие между видом шва и его названием	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>1</td><td>3</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	1	3	2									
	А	Б	В														
	1	3	2														
	<table><tr><th colspan="2">Вид шва</th><th colspan="2">Название шва</th></tr><tr><td>А</td><td></td><td>1</td><td>Одиночный узловой</td></tr><tr><td>Б</td><td></td><td>2</td><td>Непрерывный замыкающий</td></tr><tr><td>В</td><td></td><td>3</td><td>Непрерывный последовательный</td></tr></table>	Вид шва		Название шва		А		1	Одиночный узловой	Б		2	Непрерывный замыкающий	В		3	Непрерывный последовательный
Вид шва		Название шва															
А		1	Одиночный узловой														
Б		2	Непрерывный замыкающий														
В		3	Непрерывный последовательный														
139.	Установите соответствие между названием приема и показанием к его применению	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td><td>1</td></tr></table>	А	Б	В	2	3	1									
	А	Б	В														
	2	3	1														
	<table><tr><th colspan="2">Название приема</th><th colspan="2">Показание к применению</th></tr><tr><td>А</td><td>Тройной прием Сафара</td><td>1</td><td>Обеспечение открытия дыхательных путей, исключение западания расслабленного языка и обеспечение возможности свободно вытекать слюне и рвоте</td></tr><tr><td>Б</td><td>Прием Геймлиха</td><td>2</td><td>Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей перед проведением СЛР</td></tr><tr><td>В</td><td>Придание устойчивого</td><td>3</td><td>Извлечение инородного тела из верхних дыхательных путей</td></tr></table>	Название приема		Показание к применению		А	Тройной прием Сафара	1	Обеспечение открытия дыхательных путей, исключение западания расслабленного языка и обеспечение возможности свободно вытекать слюне и рвоте	Б	Прием Геймлиха	2	Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей перед проведением СЛР	В	Придание устойчивого	3	Извлечение инородного тела из верхних дыхательных путей
Название приема		Показание к применению															
А	Тройной прием Сафара	1	Обеспечение открытия дыхательных путей, исключение западания расслабленного языка и обеспечение возможности свободно вытекать слюне и рвоте														
Б	Прием Геймлиха	2	Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей перед проведением СЛР														
В	Придание устойчивого	3	Извлечение инородного тела из верхних дыхательных путей														

		бокового положения			
--	--	-----------------------	--	--	--

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
140.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть ранней и _____.	полной

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа									
141.	Установите соответствие между временем с момента травмы и видом хирургической обработки ран лица					<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>			А	Б	В	3	2	1
	А	Б	В											
	3	2	1											
	Сроки		Вид обработки											
	А	В течение 24 ч с момента травмы	1	Поздняя первичная хирургическая обработка										
Б	24-48 ч с момента травмы	2	Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица											
В	Спустя 48 ч с момента травмы	3	Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица											

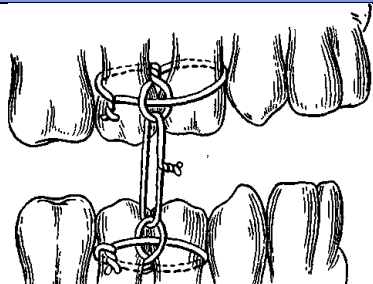
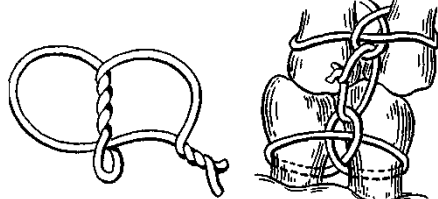
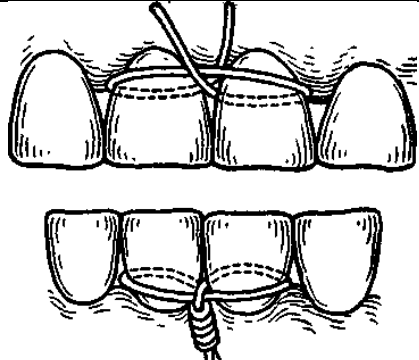
Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
142.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Оперативные вмешательства, которые выполняются по жизненно важным показаниям, (остановка кровотечения, трахеостомия, удаление инородного тела из дыхательных путей), называются _____.	экстренные

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа		
143.	Прочитайте текст и установите соответствие между термином и его значением				А Б В		
					2 3 1		
	Термин		Значение				
	А	Иммобилизация зуба	1	воспаление надкостницы челюсти в виде припухлости десны около больного зуба			
	Б	Кюретаж	2	обездвиживание зуба при помощи шин, проволоки, стоматологического материала			
В	Периостит	3	процедура выскабливания (вычищения) лунки зуба				

144.	Прочитайте текст и установите соответствие между названием этапа первичной хирургической обработки раны и его значением			<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>			А	Б	В	3	2	1
				А	Б	В						
				3	2	1						
				Термин		Значение						
А	Иссечение	1	Сбривание волос в области раны, очищение кожи от крови и грязи тампонами и изоляция операционного поля стерильным бельем.									
Б	Ревизия раны	2	Рассечение краев раны для лучшего доступа и осмотра. Удаление сгустков крови, обрывков одежды, грязи и других инородных тел									
В	Обработка операционного поля	3	Удаление нежизнеспособных, поврежденных тканей, стенок и краев раны									

145.	Прочитайте текст и установите соответствие между видом межчелюстного лигатурного связывания и его названием			<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>2</td><td>3</td><td>1</td></tr></table>			А	Б	В	2	3	1
				А	Б	В						
				2	3	1						
				Термин		Значение						
А		1	по Айви									
Б		2	простое									
В		3	в виде цифры 8									

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
146.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Тактика врача в отношении зубов фронтальной группы нижней челюсти, находящихся в области перелома - _____ зубов после консолидации отломков.	пломбирование каналов
147.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Тактика врача в отношении зубов 3.8, 4.8, находящихся в области перелома на малом фрагменте нижней челюсти заключается в _____ зубов с последующим удалением после консолидации отломков.	сохранении
148.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Тактика врача в отношении непрорезавшихся 8 зубов, лежащих в щели перелома при отсутствии смещения отломков, заключается в _____ зубов, если имеются условия для его прорезывания	сохранении

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области
ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
149.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: При одонтогенном остеомиелите челюсти выявляют _____ подвижность зубов, соседствующих с причинным.	патологическую
150.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: В день обращения при периостите челюстей необходимо _____ гнойный очаг.	вскрыть

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/ п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа							
151.	Установите соответствие между типами воспалительных реакций и их определениями	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	3	1	2	
	А	Б	В						
	3	1	2						
<table><tr><th colspan="2">Определение</th><th colspan="2">Тип воспалительной реакции</th></tr><tr><td>А</td><td>Протекает при низком уровне неспецифической</td><td>1</td><td>Гиперергический</td></tr></table>	Определение		Тип воспалительной реакции		А	Протекает при низком уровне неспецифической	1	Гиперергический	
Определение		Тип воспалительной реакции							
А	Протекает при низком уровне неспецифической	1	Гиперергический						

	реактивности, слабовыраженной вирулентности микроорганизмов и низкой сенсibilизации организма			
Б	Развивается при низком уровне неспецифической реактивности, значительной вирулентности микрофлоры и выраженной сенсibilизации организма	2	Нормергический	
В	Протекает при достаточной напряженности неспецифической реактивности организма, высокой вирулентности микрофлоры и низком уровне сенсibilизации	3	Гипоергический	

ПК-7

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
152.	Установите правильную последовательность фаз течения раневого процесса. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Гнойно-некротическая фаза 2. Фаза грануляции 3. Фаза эпителизации	1 2 3
153.	Установите правильную последовательность этапов хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Дренирование гнойной раны 2. Создание оперативного доступа (проведение разрезов) с ревизией очага гнойного воспаления и обеспечение адекватного оттока экссудата 3. Обезболивание 4. Антисептическая обработка операционного поля 5. Наложение асептической повязки 6. Подготовка операционного поля	4 6 3 2 1 5

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
154.	МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ А) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с чёткими границами, отрицательный симптом Венсана Б) муфтообразный, без чётких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов В) подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса Г) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без чётких границ, положительный симптом нагрузки	Б
155.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОИЗВОДЯТ _____ РАЗРЕЗ А) крестообразный Б) окологлаевой В) полукруглый Г) Внутрибороздковый	А
156.	ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ИЛИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СОСЕДСТВУ ДРУГ С ДРУГОМ, НАЗЫВАЮТ А) фурункулом Б) карбункулом В) лимфаденитом Г) Фурункулёзом	Б
157.	ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ А) 3-5 дней Б) 8-10 дней В) 2-3 недели Г) 5-7 дней	В
158.	ТИПИЧНЫЙ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРОИЗВОДЯТ А) по средней линии от подбородка до подъязычной кости Б) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти В) по крыловидно-нижнечелюстной складке Г) дугообразно вдоль угла нижней челюсти	А

159.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ А) коллатеральный отёк кожи верхнего и нижнего века Б) онемение кожи в проекции выхода подглазничного нерва В) инфильтрат плотной консистенции в подглазничной области Г) болезненный воспалительный тяж по ходу угловой вены	Г
160.	ПРИ ВТОРИЧНО-ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ А) очаг деструкции кости с наличием нескольких полостей Б) ограниченный очаг деструкции кости с чёткими контурами полости В) ограниченная резорбция кости округлой формы с чёткими границами Г) участок интенсивного уплотнения кости, окруженного со всех сторон зоной разряжения	Г
161.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ ДЕРЖАТ А) с углом наклона 45° Б) как писчее перо или смычок В) горизонтально Г) Вертикально	Б
162.	АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ А) пиогенной Б) шнейдеровской В) полупроницаемой Г) базальной	А
163.	ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХОД ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ А) перпендикулярно нерву Б) отступая 0,5 см от нерва В) параллельно нерву Г) отступая 2 см от нерва	В
164.	ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА КОРНЯ ЯЗЫКА ПРОВОДЯТ _____ РАЗРЕЗОМ А) окаймляющим Б) воротничкообразным В) срединным Г) внутриротовым	В
165.	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРОВОДЯТ В СТАЦИОНАРЕ А) терапевтическом	Г

	Б) венерологическом В) челюстно-лицевом Г) Фтизиатрическом	
166.	СЕРЬЁЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ А) парез лицевого нерва Б) паротит В) медиастинит Г) тромбоз кавернозного синуса головного мозга	Г
167.	ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА НА СИАЛОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) сужение выводного протока Б) скопление контрастной массы в паренхиме В) сужение протоков в паренхиме Г) отсутствие изменений	Г
168.	СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЛИМФОГЕННОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ А) «чернильного пятна» Б) «гроздьев винограда» В) сужения протоков паренхимы Г) сужения устья протока слюнной железы	А
169.	К СПЕЦИАЛЬНОМУ УПРАЖНЕНИЮ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОТНОСЯТ А) круговые движения нижней челюсти Б) широкое открывание рта В) поднятие мышц скуловой области вверх Г) боковые движения нижней челюсти	В
170.	ДИАГНОСТИКУ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЫ ПРОВОДЯТ МЕТОДОМ А) биопсии Б) серологическим В) иммунологическим Г) бактериоскопическим	А
171.	ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) введение антибиотиков в лимфоузел Б) вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя В) устранение причины воспаления узла, комплексная терапия Г) консервативная терапия	В
172.	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ А) аденофлегмоне Б) остром гнойном лимфадените	Г

	В) абсцедирующем гнойном лимфадените Г) остром серозном лимфадените	
173.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) хирургическое Б) консервативное В) общеукрепляющая терапия Г) физиотерапевтическое	А
174.	НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМ МЕСТОМ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ А) задняя поверхность шеи Б) передняя поверхность живота В) внутренняя поверхность плеча Г) кожа предплечья	В
175.	ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ А) смена шовного материала Б) смена катетов В) смена диагоналей Г) расхождение краев раны	В
176.	ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЛЕГМОНЫ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ А) парез лицевого нерва Б) выворот век В) потеря зрения Г) ксерофтальмия	Б
177.	ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ А) марлевыми полосками Б) ватными тампонами В) бумажными салфетками Г) резиновыми полосками	Г
178.	ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ А) ангины Людвига Б) обострения хронического верхнечелюстного синусита В) флегмоны височной области Г) абсцедирующего паротита	Г

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа				
179.	Установите соответствие и найдите верное определение для каждого принципа онкологической настороженности в стоматологической практике					А	Б	В	Г
						1	2	3	4
	Принципы онкологической настороженности		Содержание						
	А	Ранняя диагностика	1	Своевременное выявление предраковых состояний и ранних форм рака					
	Б	Онкологическая адекватность	2	Проведение всех диагностических и лечебных мероприятий так, чтобы не стимулировать рост опухоли и не создавать условий для метастазирования					
	В	Принцип органосохранения	3	Стремление к максимальному сохранению функции и эстетики органов полости рта при лечении онкологических заболеваний					
	Г	Принцип абластики	4	Удаление опухоли в пределах здоровых тканей, предотвращение распространения раковых клеток					

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа			
----------	--------------------------------	----------------------------	--	--	--

180.	Установите правильную последовательность этапов развития злокачественной опухоли. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Прогрессирование 2. Инициация 3. Промоция	2 3 1
181.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке _____.	десны

ПК-7

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
182.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является _____.	иссечение
183.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является _____.	криодеструкция
184.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово: Основными методами лечения фибром является _____ в пределах здоровых тканей.	иссечение

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
185.	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЧЕИСТОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО А) наличие множества полостей, разделенных между собой трабекулами Б) очаговое разрежение в виде кисты с чёткими границами В) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения Г) наличие кисты с зачатком зуба	А
186.	ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ А) предупреждение и устранение избытка солнечного излучения Б) гигиена полости рта	А

	В) сбалансированное питание Г) приём антибиотиков	
187.	ПОБУДИТЕЛЬНЫМ МОТИВОМ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ возможная потеря вкуса А) возможное озлокачествление лейкоплакии слизистой оболочки рта Б) образование налёта курильщика на зубах В) возможное развитие ксеростомии	А
188.	ГИДРАДЕНОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОПУХОЛЬ _____ ЖЕЛЕЗЫ А) большой слюнной Б) сальной В) малой слюнной Г) потовой	Г
189.	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРНО А) ячеистое строение образования Б) уплотнение костной ткани В) разряжение без чётких контуров Г) наличие зуба в полости образования	А
190.	ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ А) полиморфной аденоме Б) рабдомиосаркоме В) аденолимфоме Г) папилломе	Б
191.	НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ЛЕЙКОПЛАКИЯ А) веррукозная Б) эрозивная В) плоская Г) волосистая	Г
192.	МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ А) по ходу мышечных волокон Б) путём прорастания капсулы В) по ходу нервных стволов Г) с током лимфы чаще всего	Г
193.	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ А) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими чешуйками	В

	Б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей В) эрозии, которая может существовать длительное время и спонтанно эпителизироваться Г) атрофических уплощённых бляшек, покрытых корками	
194.	ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ А) фибромой Б) саркомой В) карциномой Г) папилломой	Г
195.	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ А) компьютерная томография Б) цитологическое В) биохимическое Г) Радиоизотопное	А
196.	ДИАГНОЗ "МЕЛАНОМА" МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ А) тонкоигольной пункции Б) инцизионной биопсии В) эксцизионной биопсии Г) сердцевинной биопсии	В
197.	БОЛИ НЕЯСНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ИМИТИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЗУБАХ, МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ А) остеоме Б) гемангиоме В) остеогенной саркоме Г) Одонтоме	В
198.	ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ЧЁТКО СВЯЗАННОЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ А) волосатая Б) веррукозная В) эрозивная Г) Плоская	А

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта ПК-5

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа			
199.	Установите соответствие вида исследования методу исследования	А	Б	В	Г
		2	1	1	2

Вид операции		Описание	
А	Рентгенологическое, микроскопическое	1	Основной
Б	Опрос, осмотр, зондирование	2	Дополнительный
В	Пальпация, перкуссия		
Г	Цитологическое исследование		

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
200.	Прочитайте текст и вставьте пропущенные слова через запятую: В случае наличия тяжелой формы сахарного диабета у пациента имеются _____ общие _____ для проведения операции.	абсолютные, противопоказания
201.	Прочитайте текст и вставьте пропущенные слова через запятую: В случае наличия у пациента системного остеопороза имеются _____ общие _____ для проведения операции.	абсолютные, противопоказания

ПК-7

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа																				
202.	Установите соответствие между названием группы остеопластического материала и его происхождением:	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	А	Б	В	Г	1	2	3	4												
	А	Б	В	Г																		
	1	2	3	4																		
	<table><tr><th colspan="2">Происхождение остеопластического материала</th><th colspan="2">Название группы материала</th></tr><tr><td>А</td><td>Собственная кость пациента</td><td>1</td><td>Аутогенные</td></tr><tr><td>Б</td><td>Донорская ткань другого человека</td><td>2</td><td>Аллогенные</td></tr><tr><td>В</td><td>Донорская кость животного</td><td>3</td><td>Ксеногенные</td></tr><tr><td>Г</td><td>Искусственные материалы на основе кальциевых солей</td><td>4</td><td>Синтетические</td></tr></table>	Происхождение остеопластического материала		Название группы материала		А	Собственная кость пациента	1	Аутогенные	Б	Донорская ткань другого человека	2	Аллогенные	В	Донорская кость животного	3	Ксеногенные	Г	Искусственные материалы на основе кальциевых солей	4	Синтетические	
	Происхождение остеопластического материала		Название группы материала																			
	А	Собственная кость пациента	1	Аутогенные																		
Б	Донорская ткань другого человека	2	Аллогенные																			
В	Донорская кость животного	3	Ксеногенные																			
Г	Искусственные материалы на основе кальциевых солей	4	Синтетические																			
203.	Установите соответствие между клинической ситуацией и показанием/противопоказанием к дентальной имплантации	<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д	1	2	2	2	2										
	А	Б	В	Г	Д																	
	1	2	2	2	2																	
	<table><tr><th colspan="2">Клиническая ситуация</th><th colspan="2">Показание /противопоказание к дентальной имплантации</th></tr><tr><td>А</td><td>одиночные дефекты зубного ряда</td><td>1</td><td>Показание</td></tr><tr><td>Б</td><td>включенные дефекты зубных рядов, когда при помощи имплантации можно</td><td>2</td><td>Противопоказание</td></tr></table>	Клиническая ситуация		Показание /противопоказание к дентальной имплантации		А	одиночные дефекты зубного ряда	1	Показание	Б	включенные дефекты зубных рядов, когда при помощи имплантации можно	2	Противопоказание									
Клиническая ситуация		Показание /противопоказание к дентальной имплантации																				
А	одиночные дефекты зубного ряда	1	Показание																			
Б	включенные дефекты зубных рядов, когда при помощи имплантации можно	2	Противопоказание																			

		избежать препарирования ограничивающих дефект зубов и съемного протезирования				
	В	психические заболевания				
	Г	нарушения коагуляции и гемостаза				
	Д	хронические заболевания в стадии декомпенсации				

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
204.	Установите последовательность этапов имплантации. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. препарирование костного ложа костными фрезами согласно протоколу 2. использование сверла Линдемана 3. формирование границ ложа при помощи шаровидного бора 4. анестезия 5. внутриротовой разрез и сепарация слизисто-надкостничного лоскута 6. планирование имплантации по КЛКТ, изготовление шаблона	6 4 5 3 2 1

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
205.	ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ А) синуслифтинг Б) гингивэктомия В) костная пластика Г) вестибулопластика	В
206.	ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ А) гингивэктомия Б) вестибулопластика В) удаления зуб Г) синуслифтинг	Г

207.	ПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) хронический генерализованный пародонтит Б) разрушение коронковой части зуба В) отсутствие одного или нескольких зубов Г) одонтогенная киста челюсти	В
208.	КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ А) не влияет на выбор метода лечения Б) является относительным противопоказанием В) является абсолютным противопоказанием Г) является местным противопоказанием	Б
209.	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ А) хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки Б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица В) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета Г) вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции	А
210.	ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ А) стали Б) золота В) титана Г) меди	В
211.	ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОТ ЗУБА А) 1.3 Б) 1.6 В) 1.1 Г) 2.2	Б
212.	ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ А) сухие, гиперемизированные Б) сухие, бледные В) влажные, бледные Г) влажные, гиперемизированные	В
213.	УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.) А) 8 Б) 3 В) 12	Б

	Г) 6	
214.	МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ СРЕДЫ А) слабокислой Б) кислой В) слабощелочной Г) нейтральной	В
215.	ИМПЛАНТАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К А) квалифицированной Б) специализированной В) узкоспециализированной Г) неотложной	В
216.	ВТОРОЙ ЭТАП ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ А) снятие оттиска Б) установку аббатмента В) установку формирователя десны Г) установку временной коронки на имплантат	В
217.	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТСРОЧЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ А) через 24 часа Б) через 1-2 года В) после стабилизации кровяного сгустка Г) через 3-6 месяцев	Г
218.	ФИБРОЗНОЙ ИНТЕГРАЦИЕЙ ИМПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ А) наличие фиброзной прослойки между ним и костью Б) помещение его под надкостницу В) эпителиальное прикрепление к его поверхности Г) укрепление его в соединительной ткани	А
219.	ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА НА УРОВНЕ ____ ММ ОТ ЕГО ПЛАТФОРМЫ ДО ИНТЕРПРОКСИМАЛЬНОЙ ВЫСОТЫ КОСТИ А) 4-5 Б) 1-2 В) 0,5-1,5 Г) 2-3	Г
220.	ЛУЧШАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ОПТИМАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ ЕГО ДЛИНЫ ____ ММ И ДИАМЕТРА __ ММ	Г

	А) 6-8, 4,0-4,2 Б) 8-10, 3,0 В) 6-8, 3,5 Г) 10-12; 3,5-3,75	
221.	УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.) А) 12 Б) 8 В) 6 Г) 3	В
222.	МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ А) нержавеющей стали Б) титана В) бронзы Г) алюминия	Б
223.	ТОЛЩИНА НАДКОСТНИЦЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С ВОЗРАСТОМ А) перерождается в фиброзную ткань Б) не изменяется В) уменьшается Г) увеличивается	В
224.	КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У А) близкого родственника Б) самого пациента В) животного Г) трупа	В
225.	ОПЕРАЦИЯ СИНУСЛИФТИНГ ПРОВОДИТСЯ ДОСТУПОМ А) внутриротовым Б) наружным В) через нижний носовой ход Г) через средний носовой ход	А
226.	ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ А) крючок Лимберга Б) глубиномер В) развертку Г) серповидную гладилку А)	Б
227.	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ УТРАТЫ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА ОТНОСЯТСЯ	Г

	А) гальванизм Б) остеомиелит челюсти В) аллергическую реакцию Г) воспалительные осложнения	
228.	ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ А) *пластмассовые Б) титановые В) стальные Г) твёрдосплавные	

3.2.2. Контрольные вопросы к экзамену 1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи.

УК-1

1. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач–родственники»?

2. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?

3. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии

4. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.

5. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.

6. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.

7. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.

8. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.

9. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.

10. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.

11. Этическое регулирование научных исследований.

12. Деонтологическая этика.

13. История медицинской этики в России и за рубежом.

14. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

15. Внутренний трудовой распорядок в стоматологии, его регулирование.

16. Виды дисциплинарной ответственности в стоматологии.

17. Категории и виды преступлений в стоматологии.

18. Виды юридической ответственности в стоматологии.

19. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.

20. Досудебное и судебное разбирательство правовых конфликтов в стоматологии.

21. Экономическая и правовая привлекательность страхования ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.

22. Этические нормы и правила в стоматологической науке.

23. Этика в генной инженерии.

24. Компромисс здоровья и красоты.

25. Стандартизированные стоматологические технологии и мода (этика компромиссов).
26. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг. Публичное поведение стоматолога в обществе.
27. Административная ответственность медицинских работников.
28. Уголовная ответственность медицинских работников.
29. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.
30. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
31. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
32. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.
33. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
34. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.
35. Нормативная регламентация платных медицинских услуг.
36. Основные принципы организационной структуры стоматологической организации
37. Виды услуг в современной стоматологической организации, оказываемых в рамках аутсорсинга.
38. Основные виды медицинской документации в стоматологической организации,
39. Основные разделы Автоматизированной системы управления стоматологической организацией
40. Особенности бизнес-модели стационаров в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
41. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
42. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС
43. Системный подход в управлении медицинскими организациями.
44. Особенности менеджмента в стоматологии.
45. Особенности структуры медицинских организаций.
46. Лицензирование и аккредитация деятельности медицинских организаций.
47. Управление процессом предоставления медицинских услуг.

ПК-1

48. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесетрической парадигмы?
49. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
50. Моральные проблемы ятрогении.
51. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
52. Основные принципы исчисления для компенсации морального ущерба пациенту.
53. Основные принципы при утверждении гарантий в стоматологии.
54. Мера правовой ответственности за нарушения применения медицинских технологий в стоматологии.
55. Права граждан на охрану здоровья.
56. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
57. Причины жалоб на медицинских работников. Врачебная ошибка. Несчастный случай ятрогении.
58. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
59. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
60. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
61. Права и обязанности медицинских работников.

62. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
63. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
64. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
65. Права пациента в Российской Федерации.
66. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
67. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
68. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
69. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
70. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
71. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ- инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.

ПК-2

72. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
73. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
74. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
75. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
76. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

77. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
78. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
79. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
80. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
81. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
82. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
83. Правонарушения в стоматологии.
84. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
85. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
86. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
87. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
88. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
89. Корпоративная этика стоматологической организации.
90. Использование стволовых клеток в стоматологии: этические проблемы и перспективы.
91. Этическая и юридическая доктрины информированного согласия в стоматологии.

92. Перечислите этические принципы психологического подхода к клиентам.
93. Какие этические принципы важно знать стоматологу для того, чтобы оправдывать социальный статус врача?
94. Как надо разговаривать с пациентом, чтобы ослабить страх перед посещением стоматолога?
95. Какие способы борьбы с дистрессом Вы можете предложить коллегам и пациентам?
96. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач-родственники»?
97. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техники обезволивания используемые в клинике хирургической стоматологии
2. Комбинированные методы обезболивания
3. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
4. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
5. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
6. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
7. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.
8. Местные анестетики и их фармакокинетическая характеристика
9. Классификация методов обезболивания в хирургической стоматологии.
10. Инъекционные методы обезболивания на верхней челюсти
11. Мандибулярная и торусальная анестезии: техника выполнения.
12. Анестезия по Берше, Берше-Дубову, Берше-Дубову-Уварову: показания и техника выполнения.
13. Методики «высокой» анестезии нижнеальвеолярного нерва (методики Гау-Гейтс и Акинози-Вазирани).
14. Местные осложнения инъекционных методов обезболивания на челюстях.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области

2. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
3. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
4. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
5. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
6. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
7. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

3. Техника удаления зуба.
4. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
5. Профилактика и лечение осложнения во время и после удаления зубов
6. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
7. Кровотечение из лунки после удаления зуба: причины, диагностика, тактика, профилактика.
8. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
9. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции
10. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?
11. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи при удалении зуба: причины, диагностика, тактика, профилактика.

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Зубосохраняющие хирургические методы лечения периодонтита
2. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.
3. Гемисекция зуба и коронко-радикулярная сепарация: показания и противопоказания, необходимый инструментарий и этапы операции
4. Резекция верхушки корня зуба: показания и противопоказания, необходимый инструментарий и этапы операции.
5. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.
6. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
7. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.
8. Реплантация зуба: виды, показания и противопоказания, необходимый инструментарий и этапы операции

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Вывихи нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.

7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.
8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

ПК-6

12. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.
13. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

14. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Остеомиелиты челюстей: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Альвеолиты: причины, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Пародонтит: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.
- 4.
5. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
6. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
7. Острый и обострившийся периодонтит: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения.
8. Хронические формы периодонтита: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения.
9. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
10. Предраки челюстно-лицевой области.
11. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
12. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.
13. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
14. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
15. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
16. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
17. Одноточный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
18. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
19. Осложнения гнойной инфекции.
20. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
21. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
22. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
23. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
24. Лимфадениты.

25. Аденофлегмона.
26. Острый одонтогенный гайморит.
27. Хронический одонтогенный гайморит.
28. Методики закрытия ороонтрального сообщения.
29. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5

1. Понятие об эпидемиологии рака. Основные эпидемиологические «факторы риска».
2. Цель и методы эпидемиологических исследований в онкологии.
3. Эпидемиология отдельных злокачественных опухолей.
4. Структура онкологических учреждений в России. Онкологические диспансеры и их функции.
5. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии.
6. Периоды развития опухоли. Понятие о раннем раке.
7. Принципы раннего распознавания рака.
8. Первичная и вторичная профилактика рака.
9. Иммунодиагностика злокачественных опухолей.
10. Реабилитация онкологических больных. Виды и принципы реабилитации.

ПК-7

11. Методы лечения злокачественных опухолей.
12. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
13. Основные факторы прогноза и их значение в выборе метода лечения.
14. Цель и задачи химиотерапии злокачественных опухолей.
15. Общие показания и противопоказания к химиотерапии.
16. Группы химиопрепаратов и их характеристика.
17. Методы химиотерапии опухолей.
18. Виды химиотерапии опухолей.
19. Осложнения химиотерапии, их лечение и профилактика. Оценка результатов лечения.
20. Рак губы. Клинические формы, стадии, диагностика, лечение. Предраковые заболевания губы.
21. Меланоопасные невусы кожи. Признаки малигнизации. Диагностика. Лечение.
22. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и полости рта.
23. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
24. Предраковые заболевания кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
25. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Виды биопсий. Показания, техника выполнения.
26. Факультативный предрак и фоновые заболевания. Клиника, диагностика, онкологическая настороженность.
27. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и слизистой оболочки полости рта.
28. Лучевой метод лечения рака – цель, принципы выполнения, ограничения метода для излечения от рака.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта. ПК-5

1. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
2. Основные и дополнительные методы обследования пациентов при лечении с использованием стоматологических имплантатов.
3. Показания и противопоказания (ограничения) стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
4. Общие и местные противопоказания для дентальной имплантации
5. Современные представления об остеопластических материалах и барьерных мембранах, применяемых в дентальной имплантации и при направленной тканевой регенерации
6. Диагностика и планирование имплантации, инструментарий, медикаментозное периоперационное сопровождение.

ПК-7

7. Планирование имплантологического лечения
8. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
9. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
10. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
11. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения
12. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

3.1.6. Тематика рефератов

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи

УК-1

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
3. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
4. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
5. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
6. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
7. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
8. Права и обязанности медицинских работников.
9. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
10. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
11. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
12. Права пациента в Российской Федерации.

ПК-1

13. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесетрической парадигмы?

14. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
15. Моральные проблемы ятрогении.
16. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
17. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.

ПК-2

18. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
19. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
20. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
21. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
22. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

23. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
24. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
25. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
26. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
27. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техника обезболивания в клинике хирургической стоматологии.
2. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.
3. Комбинированные методы обезболивания. Показания, противопоказания, техника проведения.
4. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессах в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.

6. Неинъекционные методы местного обезболивания.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.

2. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.

3. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.

4. Исследование пункционного материала.

5. Методы функциональной диагностики

6. Телерентгенография.

7. Магнитно-резонансная томография.

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов

2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

8. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов, их профилактика и лечение

9. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

10. Удлинение коронковой части зуба. Цистотомия, цистэктомия. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

11. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.

12. Сложное удаление.

13. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.

14. Осложнения после операции удаления зуба.

15. Удлинение коронковой части зуба.

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.

2. Показания к операции резекция верхушки корня зуба и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

3. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.

4. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

5. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.

6. Показания к операции реплантация и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Вывихи нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.
8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.
12. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.
13. Переломы нижней челюсти.
14. Переломы верхней челюсти.
15. Переломы скуловых костей и дуг.
16. Ожоги, отморожения, лучевые повреждения, комбинированная травма.
17. Причины и механизм неогнестрельной травмы лица, ее особенности и методы обследования пострадавших.
18. Переломы костей и повреждение хрящей носа.
19. Комбинированная травма.

ПК-6

20. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.
21. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

22. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

- 1 Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
- 2 Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
- 3 Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
- 4 Лимфадениты челюстно-лицевой области.
- 5 Одноточный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Иноородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
- 6 Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
- 7 Осложнения гнойной инфекции.
- 8 Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
- 9 Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.

- 10 Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
- 11 Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
- 12 Лимфадениты.
- 13 Аденофлегмона.
- 14 Острый одонтогенный гайморит.
- 15 Хронический одонтогенный гайморит.
- 16 Методики закрытия ороонтрального сообщения.
- 17 Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5, ПК-7

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.
2. Предраки челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
3. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
4. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
5. Околорезцовые кисты. Клиника, диагностика, лечение.
6. Пародонтомы. Клиника, диагностика, лечение.
7. Свищи и кисты шеи. Клиника, диагностика, лечение.
8. Факультативные формы предраковых заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.
9. Рак губы. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.
10. Рак Нижней челюсти. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
11. Саркомы. Меланома. Клиника, диагностика, лечение.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта

ПК-5

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.
6. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
7. Предоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.
8. Виды дентальных имплантационных систем
9. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
10. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР.

11. Одноэтапная и двухэтапная зубная имплантация
12. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов.
13. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.
14. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

ПК-7

15. Планирование имплантологического лечения
16. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
17. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах

3.1.7. Тематика эссе

1 семестр

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии. Организация стоматологической помощи

УК-1

1. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
2. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
3. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.
4. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
5. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
6. Моральные проблемы ятрогении.
7. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

ПК-1

8. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?
9. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
10. Моральные проблемы ятрогении.
11. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
12. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
13. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
14. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
15. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
16. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ- инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.

ПК-2

17. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
18. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
19. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
20. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

21. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).

ПК-4

22. Правонарушения в стоматологии.
23. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
24. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
25. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
26. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
27. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
28. Корпоративная этика стоматологической организации.

Раздел 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области и шеи

ПК-7

1. Топографо-анатомические особенности мышц челюстно-лицевой области.
2. Топографо-анатомические особенности фасций челюстно-лицевой области
3. Топографо-анатомические особенности клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения.
4. Кровоснабжение и иннервация головы и шеи.
5. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств челюстно-лицевой области в возрастном аспекте.
6. Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
7. Первичная хирургическая обработка ран.
8. Особенности первичной хирургической обработки ран на лицевом отделе головы.
9. Методики наложения швов на лице.

Раздел 3. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-7

1. Методы и техники обезволивания используемые в клинике хирургической стоматологии?
2. Комбинированные методы обезболивания
3. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
4. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
5. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
6. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
7. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.

Раздел 4. Методы обследования в хирургической стоматологии

ПК-5

1. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области
2. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
3. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
4. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
5. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
6. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
7. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?

Раздел 5. Операция удаления зуба

ПК-5

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?

ПК-7

3. Техника удаления зуба.
4. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
5. Профилактика и лечение осложнения во время и после удаления зубов
6. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
7. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
8. Реплантация и трансплантация зуба
9. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции
10. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?

Раздел 6. Зубосохраняющие операции

ПК-5

1. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.
2. Показания к операции резекция верхушки корня зуба и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
3. Виды зубосохраняющих операций. Гемисекция.
4. Показания к операции гемисекция и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
5. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.
6. Показания к операции реплантация и техника ее выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

2 семестр

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области.
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы зубов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Вывихи нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы нижней челюсти. Механизмы смещения отломков. Клиника переломов нижней челюсти, диагностика, лечение.
8. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
10. Диспансеризация больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
11. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

ПК-6

12. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности при травмах ЧЛЮ.
13. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

ПК-9

14. Методы немедикаментозное лечение травм челюстно-лицевой области (шинирование, лигатурное связывание, давящие и фиксирующие повязки)

Раздел 8. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области.

ПК-5, ПК-7

1. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение
3. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
4. Предраки челюстно-лицевой области.
5. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
6. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.
7. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
8. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
9. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
10. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
11. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
12. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
13. Осложнения гнойной инфекции.
14. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
15. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
16. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
17. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
18. Лимфадениты.
19. Аденофлегмона.
20. Острый одонтогенный гайморит.
21. Хронический одонтогенный гайморит.
22. Методики закрытия oroнозального сообщения.
23. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

3 семестр

Раздел 9. Онкостоматология

ПК-5

1. Понятие об эпидемиологии рака. Основные эпидемиологические «факторы риска».
2. Цель и методы эпидемиологических исследований в онкологии.
3. Эпидемиология отдельных злокачественных опухолей.
4. Структура онкологических учреждений в России. Онкологические диспансеры и их функции.
5. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии.
6. Периоды развития опухоли. Понятие о раннем раке.
7. Принципы раннего распознавания рака.
8. Первичная и вторичная профилактика рака.
9. Иммунодиагностика злокачественных опухолей.
10. Реабилитация онкологических больных. Виды и принципы реабилитации.

ПК-7

11. Методы лечения злокачественных опухолей.
12. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
13. Основные факторы прогноза и их значение в выборе метода лечения.
14. Цель и задачи химиотерапии злокачественных опухолей.
15. Общие показания и противопоказания к химиотерапии.
16. Группы химиопрепаратов и их характеристика.
17. Методы химиотерапии опухолей.
18. Виды химиотерапии опухолей.
19. Осложнения химиотерапии, их лечение и профилактика. Оценка результатов лечения.
20. Рак губы. Клинические формы, стадии, диагностика, лечение. Предраковые заболевания губы.
21. Меланоопасные невусы кожи. Признаки малигнизации. Диагностика. Лечение.
22. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и полости рта.
23. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
24. Предраковые заболевания кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
25. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Виды биопсий. Показания, техника выполнения.
26. Факультативный предрак и фоновые заболевания. Клиника, диагностика, онкологическая настороженность.
27. Доброкачественные опухоли мягких тканей и опухолеподобные образования лица и слизистой оболочки полости рта.
28. Лучевой метод лечения рака – цель, принципы выполнения, ограничения метода для излечения от рака.

4 семестр

Раздел 10. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта.

ПК-5

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.

ПК-7

6. Планирование имплантологического лечения
7. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
8. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
9. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
10. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения
11. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);
2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);
3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).