

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:16:26
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 ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

Специальность	<u>31.08.72 Стоматология общей практики</u>
Направленность (профиль)	<u>Стоматология общей практики</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>клинической стоматологии</u>

Санкт-Петербург
2026 г.

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними ИД-2 УК-1.2. Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3. Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Вопросы для устного опроса
		Ситуационные задачи
		Рефераты
		Тестовые задания для экзамена
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ИД-1 УК-3.1. Вырабатывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели ИД-2 УК-3.2. Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений ИД-3 УК-3.3. Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ИД-1 УК-5.1. Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач ИД-2 УК-5.2. Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятельности на основе самооценки ИД-3 УК-5.3. Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследования пациентов с целью выявления стоматологических заболеваний	ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей) ИД-2 ОПК-4.2. Проводит осмотр пациентов ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена

	интерпретирует полученные данные ИД-4 ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты	
ОПК-5 Способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективности и безопасности у пациентов со стоматологическими заболеваниями	ИД-1 ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи ИД-2 ОПК-5.2. Назначает комплексное лечение ИД-3 ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	ИД-1 ОПК-6.1. Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов ИД-2 ОПК-6.2. Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ОПК-7 Способен проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний	ИД-1 ОПК-7.1. Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу ИД-2 ОПК-7.2. Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ОПК-8 Способен вести медицинскую документацию, проводить анализ медико-статистической информации. Организационно-управленческая деятельность	ИД-1 ОПК-8.1. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов ИД-2 ОПК-8.2. Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ИД-3 ОПК-8.3. Проводит противоэпи-	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
		вопросы к экзамену

	демические мероприятия в случае возникновения очага инфекции ИД-4 ОПК-8.4. Пропагандирует здоровый образ жизни	
ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ИД-1 ОПК-9.1. Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде ИД-2 ОПК-9.2. Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения ИД-3 ОПК-9.3. Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1. Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства ИД-2 ОПК-10.2. Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ИД-1 ПК-1.1. Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности ИД-2 ПК-1.2. Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-2 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установление диагноза	ИД-1 ПК-2.1. Проводит диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-3 Способен назначать лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями, проводить контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1. Назначает и проводит лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями ИД-2 ПК-3.2. Контролирует эффективность и безопасность лечения	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-4 Способен проводить и контролировать	ИД-1 ПК-4.1. Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов со стоматологическими	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи

эффективность медицинской реабилитации детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	заболеваниями ИД-2 ПК-4.2. Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями	Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	ИД-1 ПК-5.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов со стоматологическими заболеваниями ИД-2 ПК-5.2. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров ИД-3 ПК-5.3. Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное стоматологическими заболеваниями, для прохождения медико-социальной экспертизы	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена
ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ИД-1 ПК-6.1. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента ИД-2 ПК-6.2. Оказывает экстренную помощь пациентам со стоматологическими заболеваниями	Вопросы для устного опроса
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Тестовые задания для экзамена
		Вопросы для экзамена

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

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1	2	3	4	5	6
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД-1 УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	Знать: профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; этапы работы с различными информационными источниками Уметь: критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации; критически оценивать надежность различных источников информации при решении задач научного исследования Владеть: навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по специальности; навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины;	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 основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и	Знать: методы и способы оценки возможности и вариантов применения современных достижений в области медицины и фармации.	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, вхо-

	проектирует процессы по их устранению	Уметь: определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; обобщать и использовать полученные данные Владеть: методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	дящие 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.
	ИД-3 УК-1.3 Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний органов и систем организма человека Уметь: проводить дифференциальную диагностику, устанавливать закономерности функционирования органов и систем организма человека при различных заболеваниях и патологических состояниях, Владеть: навыками интерпретации и анализа информации для постановки диагноза с учетом МКБ			
УК-3 Способен руководить ра-	ИД-1 УК-3.1 Вырабатывает стратегию командной работы для достижения постав-	Знать: принципы организации трудовой деятельности в соответствии требований профессионального	Повышенный уровень сформированности компе-	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие зна-

ботой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ленной цели	стандарта, способы использования медицинской этики в практике врача, среднего и младшего медицинского персонала психологию профессионального общения Уметь: применять принципы оказания населению медицинской помощи по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации Владеть: анализом мер по обеспечению выполнения работниками структурного подразделения своих должностных обязанностей и правил внутреннего трудового распорядка и безопасности	тенции		ния, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 УК-3.2 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений	Знать: принятые в профессиональном обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиденциальной информацией медицинской организации Уметь: соблюдать при руководстве командой принятые в профессиональном обществе моральные и правовые нормы, правила врачебной этики и деонтологии. пациента. Владеть: организацией и управлением деятельности среднего и младше-	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«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 сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично

		го медицинского персонала			показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ИД-3 УК-3.3 Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Знать: планирование и прогнозирование деятельности структурного подразделения; показатели эффективности и результативности работы структурного подразделения Уметь: эффективно распределять обязанности между работниками при выполнении основных трудовых функций Владеть: системой контроля исполнения запланированных мероприятий, проведения инструктажа. Применяет навыки тайм-менеджмента			
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ИД-1 УК-5.1 Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения профессиональных задач	Знать: методы определения личных и профессиональных интересов, образовательных мотивов и потребностей. Уметь: структурировать приоритеты и выявлять ограничения личностного и профессионального развития с учётом этапа индивидуального пути и меняющихся требований рынка труда Владеть: приёмами оценки и самооценки результатов деятельности по решению задач личностного и профессионального развития	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 основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 УК-5.2 Определяет образовательные потребности и способы совершенствования собственной деятель-	Знать: методы и технологии целеполагания и целереализации Уметь: определять и формулировать цели профессионального и	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач

	ности на основе самооценки	личностного развития Владеть: приёмами целеполагания и планирования траектории собственного профессионального и личностного развития	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«зачтено»	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.
	ИД-3 УК-5.3 Выстраивает образовательную траекторию профессионального развития	Знать: перспективные сферы и направления личной и профессиональной самореализации Уметь: планировать варианты достижения более высоких уровней профессионального и личностного развития Владеть: приёмами выявления и оценки своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования			
ОПК – 4 Способен проводить клиническую диагностику, направлять на обследования пациентов с целью выявле-	ИД-1 ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей)	Знать: особенности клинического проявления основных заболеваний; принципы диспансеризации, организационные формы проведения плановой диспансеризации пациентов Уметь: получать информацию о течении заболевания. Точно прогнозировать исходы. Владеть:	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 основе изученных методов,

		реакций. Уметь: выполнять инструментальные обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. - обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов, -определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, -определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам, -проводить дифференциальную диагностику осложнений, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ определять медицинские показания для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Владеть: сбором жалоб, анамнеза			
--	--	--	--	--	--

		жизни и заболевания пациентов интерпретацией информации -осмотром и обследованием пациентов -формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, -направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам			
	ИД-3 ОПК-4.3. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекоменда-	Знать: этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний. Уметь: интерпретировать и анализировать результаты осмотра -интерпретировать и анализировать результаты инструментальных обследований пациентов Владеть:			

	даций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные	выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам. -интерпретацией результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, -направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. -установлением диагноза пациентам. -проведением дифференциальной диагностики осложнений			
	ИД-4 ОПК-4.4. Направляет пациентов на комплексное обследование, интерпретирует и анализирует полученные результаты	Знать: нормальные физиологические показатели, а также варианты патологических состояний Уметь: диагностировать осложнения Владеть: методами выявления факторов риска развития патологических состояний, проводить профилактику осложнений			
ОПК – 5 Способен назначать и проводить лечение и контроль его эффективно-	ИД-1 ОПК-5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: адаптационные возможности организма при старении. Показания к госпитализации больных Уметь: Определить основные анатомические и функциональные изменения, а различные возрастные пе-	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоя-

сти и без- опасности у пациентов со стоматологи- ческими за- болеваниями		риоды Адаптационные возможности орга- низма при старении. Владеть: Знаниями по назначению терапии с учетом клинических рекомендаций.	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	тельно решать про- блему/задачу на осно- ве изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся пока- зывает полноту зна- ний, демонстрирует умения и навыки ре- шения типовых задач в полном объеме.
	ИД-2 ОПК-5.2. Назначает ком- плексное лечение	Знать: методы лечения осложнений, в том числе неотложных состояний, Уметь: разрабатывать план послеопера- ционного ведения пациентов -корректировать лечение при нали- чии медицинских показаний в соот- ветствии с порядками оказания ме- дицинской помощи, на основе кли- нических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, - опреде- лять медицинские показания для направления пациентов к врачам- специалистам в соответствии с по- рядками оказания медицинской по- мощи, на основе клинических реко- мендаций, с учетом стандартов ме- дицинской помощи, - оказывать медицинскую по- мощь пациентам в неотложной фор- ме в соответствии с порядками ока- зания медицинской помощи, на ос-			
			Пороговый уро- вень сформиро- ванности компе- тенции	«удовлетворитель- но»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся пока- зывает общие знания, умения и навыки, вхо- дящие в состав компе- тенции, имеет пред- ставление об их при- менении, но применя- ет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворитель- но» /«не зачтено»	Компетенция не освое- на. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, вхо- дящие в состав компе- тенции.

		нове клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи Владеть: коррекцией лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, - способностью разработать план послеоперационного ведения пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, - проведением профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, - определением медицинских показаний для направления и направлением пациентов к врачам-специалистам при наличии показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, -методами оказания медицинской			
--	--	--	--	--	--

		помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.			
	ИД-3 ОПК-5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий	Знать: Причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления. Уметь: Оценивать состояние пациентов после назначенной терапии Рассчитывать дозировку препаратов Владеть: Навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями			
ОПК – 6 Способен проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья	ИД-1 ОПК-6.1 Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать: Основы физиотерапии и лечебной физкультуры основы рационального питания и принципы диетотерапии. Методы профилактики и лечения традиционной медицины, а также методы лечения альтернативной медицины и психотерапии Уметь: Получать информацию о течении заболевания. Владеть: Методами сбора и оценки анамнеза Знаниями об особенности течения реабилитации при различных патологиях	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся пока-

населения	ИД-2 ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	Знать: показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению Уметь: определять показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения Владеть: методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений	компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно» /«не зачтено»	зывает 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.
ОПК – 7 Способен проводить мероприятия по формированию здорового образа	ИД-1 ОПК-7.1 Проводит медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу	Знать: основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения. Уметь: проводить диагностический процесс в дневном стационаре и на	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоя-

жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики стоматологических заболеваний		дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача Владеть: навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	тельно 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.
	ИД-2 ОПК-7.2 Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Знать: основы обязательного и добровольного медицинского страхования Уметь: проводить профилактические мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях Владеть: навыком ведения учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях			
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«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 сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

ОПК – 8 Способен вести медицинскую документацию, проводить анализ медицинской информации. Организационно-управленческая деятельность	ИД-1 ОПК-8.1 Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний органов и систем организма человека Уметь: проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни. Владеть: знаниями о заболеваемости населения России и зарубежных стран и тенденции их развития; методами проведения санитарно-просветительной работы среди окружения и населения	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 основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-8.2 Назначает и контролирует эффективность профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской	Знать: основные вопросы нормальной и патологической физиологии Уметь: предупреждать развитие патологии и заболеваемости Владеть: навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«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 сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не

	помощи				владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
	ИД-3 ОПК-8.3 Проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции	Знать: проведение противоэпидемиологических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: проводить мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки Владеть: основами этики, деонтологии при проведении мероприятия, направленные на защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки			
	ИД-4 ОПК-8.4 Пропагандирует здоровый образ жизни	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; Уметь: проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни. Владеть: навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением.			
ОПК – 9	ИД-1 ОПК-9.1 Ведет	Знать: правила ведения медицинской	Повышенный уро-	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена.

Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	документации в современных медицинских информационных системах Уметь: использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах	вень сформированности компетенции		Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-9.2 Анализирует медико-статистические показатели здоровья прикрепленного населения	Знать: основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения Уметь: проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения Владеть: анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-3 ОПК-9.3 Управляет ресурсами, находящимися в распоряжении организации	Знать: принципы организации деятельности медицинского персонал Уметь: организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонал	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.
ОПК – 10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ИД-1 ОПК-10.1 Распознает состояния, требующие срочного медицинского вмешательства	Знать: клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Уметь: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме Владеть: навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	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 основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)). Навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)),	Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено»	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 пред-

		требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Навыком оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	ставление 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.
ПК-1 Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ИД-1 ПК-1.1 Проводит консультирование, обучающие мероприятия по различным вопросам профессиональной деятельности	Знать: этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы дифференциальной диагностики, осложнения и исходы заболеваний Уметь: Применять методы дифференциальной диагностики для определения заболевания Владеть: Навыками проведения первичного осмотра стоматологического пациента	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 основе изученных методов, приемов и технологий.
	ИД-2 ПК-1.2 Демонстрирует методы мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: принципы профилактики основных стоматологических заболеваний; основы планирования, внедрения, оценки эффективности программы профилактики стоматологических заболеваний Уметь: анализировать и оценивать состояние здоровья населения и ве-	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.

			сформированности компетенции		Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«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 сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК-3. Способен назначать лечение детям и взрослым со сто-	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями	Знать: порядок оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях. Уметь: разрабатывать оптимальную тактику лечения стоматологической	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач.

матологическими заболеваниями, проводить контроль его эффективности и безопасности		патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшую реабилитации пациента Владеть: методами разработки плана лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	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.
	ИД-2 ПК-3.2 Контролирует эффективность и безопасность лечения	Знать: топографическая анатомия головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфатической системы, строение зубов. Уметь: применять различные методики местной анестезии челюстно-лицевой области, блокады с применением препаратов для местной анестезии, определять медицинские показания к общей анестезии у детей и взрослых Владеть: Методами выполнения различных видов анестезии у детей и взрослых	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.

					тенции.
ПК-4 Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	ИД-1 ПК-4.1 Разрабатывает и проводит реабилитационные мероприятия для пациентов со стоматологическими заболеваниями	Знать: Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения у детей и взрослых Уметь: Проводить профилактические осмотры у детей и взрослых Владеть: Навыками составления индивидуальных программ профилактики у детей и взрослых	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, 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 пред-

			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» / «не зачтено»	ставление 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.
	ИД-2 ПК-4.2 Контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями	Знать: возможные ошибки и осложнения возникающие при проведении лечебных мероприятий Уметь: Проводить диагностику стоматологических заболеваний Владеть: навыками выбора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации	Повышенный уровень сформированности компетенции Высокий уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено» «хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, 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.

			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.
ПК-5 Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении детей и взрослых со стоматологическими за-	ИД-1 ПК-5.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов со стоматологическими заболеваниями	Знать: основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения. Уметь: проводить диагностический процесс в дневном стационаре и на дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача Владеть: навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного	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 основе изученных методов, приемов и технологий.

болеваниями		подразделения	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
	ИД-2 ПК-5.2 Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров	Знать: основы обязательного и добровольного медицинского страхования Уметь: проводить профилактические мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях Владеть: навыком ведения учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/«зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
	ИД-3 ПК-5.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное стоматологическими заболеваниями, для прохождения медико-социальной экспертизы	Знать: законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативных правовых актов, определяющих деятельность медицинских организаций. Уметь: оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы Владеть: проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
ПК-6 Способен к оказанию медицинской помощи паци-	ИД-1 ПК-6.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих	Знать: Основы страховой медицины в РФ, структуру современной системы здравоохранения РФ; особенности работы врача-стоматолога при заключении договоров на оказание меди-	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки ре-

ентам в экстренной форме	угрозу жизни пациента	цинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медиц. страхования с пациентами, с любыми предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке Уметь: Анализировать и оценивать качество медицинской, стоматологической помощи, состояние здоровья населения, влияние на него факторы образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи; вести медицинскую документацию различного характера в стоматологических амбулаторно- поликлинических и стационарных учреждениях Владеть: Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях; Правовыми основами по проведению экспертизы временной нетрудоспособности участие в иных видах медицинской экспертизы	Высокий уровень сформированности компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено» «удовлетворительно»/«зачтено»	шения 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.
	ИД-2 ПК-6.2 Оказывает экстренную помощь пациентам со стоматологическими заболеваниями	Знать: особенности оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при стоматологических заболеваниях Уметь: обосновывать фармакотерапию пациента при основных патологических синдромах и неотложных состояниях Владеть: оказывать медицинскую	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, вхо-

		помощь в экстренной и неотложной формах при стоматологических заболеваниях			дящие в состав компетенции.
--	--	--	--	--	-----------------------------

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Ситуационные задачи	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
2.	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
3.	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть иссле-	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной ча-

		дуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		сти); 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).
4.	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.
5.	Вопросы для экзамена	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 экзамена	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.

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Решение ситуационных задач

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.

Собеседование по вопросам для устного опроса

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.
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.

Защита рефератов

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 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.

Тестовые задания для экзамена

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

Собеседование по вопросам для экзамена

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.

Оценка	Описание
	давателя. 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.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Вопросы для устного опроса

1 семестр

Раздел 1. Стоматология терапевтическая

ОПК-5

1. Методы обследования пациента в стоматологической клинике
2. Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области

ОПК-8

3. Ошибки и осложнения при лечении хронических форм верхушечных периодонтитов.
4. Дифференциальная диагностика острых форм периодонтита.

ПК-1

5. Характеристики рентгенографии при хронических периодонтитах.
6. Оборудование и оснащение основного и вспомогательного помещений зуботехнической лаборатории.

ПК-2

7. Этиопатогенез острого медикаментозного периодонтита.
8. Определение острого серозного верхушечного периодонтита, клиника, лечение.

ПК-3

9. Что в себя включают основные методы диагностики?
10. Что в себя включают дополнительные методы диагностики?

ПК-4

11. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение среднего кариеса.
12. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение глубокого кариеса

ПК-5

13. Этиология и патогенез клиновидного дефекта.
14. Дифференциальная диагностика клиновидного дефекта зубов и лечение.

ПК-6

15. Этиология развития острого инфекционного периодонтита.
16. Этиопатогенез острого медикаментозного периодонтита.

Раздел 2. Стоматология ортопедическая

ОПК-8

1. Металлокерамические и металлопластмассовые мостовидные протезы. Показания и противопоказания к их применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

2. Ортопедические методы лечения частичной вторичной адентии съёмными пластиночными протезами. Показания и противопоказания к применению частичных съёмных пластиночных протезов.

3. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съёмных пластиночных протезов. Определение и обоснование границ протезного ложа при лечении частичными съёмными пластиночными протезами.

ПК-1

4. Определение острого серозного верхушечного периодонтита, клиника, лечение.

5. Ошибки и осложнения при лечении хронических форм верхушечных периодонтитов

ПК-2

6. Методы фиксации частичных съёмных пластиночных протезов. Виды кламмеров, общая характеристика, техника изготовления, кламмерная линия.

7. Искусственные зубы. Общая характеристика. Виды. Требования, предъявляемые к ним.

ПК-3

8. Классификация болезней пульпы зуба (МКБ-10)

9. Врачебная деонтология, определение и принципы.

ПК-4

10. Классификация некариозных поражений, возникающие после прорезывания.

11. Пигментации зубов и налеты. Этиология и патогенез.

ПК-5

12. Тактика лечения острого инфекционного периодонтита.

13. Тактика лечения острого медикаментозного периодонтита.

ПК-6

14. Анафилактический шок. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

15. Отек Квинке. Клиника, диагностика, неотложная помощь.

16. Крапивница. Клиника, диагностика, неотложная помощь.

2 семестр

Раздел 3. Стоматология хирургическая

ОПК-8

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.

ПК-1

5. Асептика и антисептика при операциях в ЧЛЮ.

6. Подготовка рук хирурга к операции челюстно-лицевой области.

ПК-2

7. Телерентгенография (ТРГ, цефалометрия) челюстей.

ПК-3

8. Удаление резцов и клыков на верхней челюсти. Техника, инструментарий.

9. Удаление резцов и клыков на нижней челюсти. Техника, инструментарий.

10. Удаление премоляров на нижней челюсти. Техника, инструментарий

11. Удаление премоляров на верхней челюсти. Техника, инструментарий.

12. Удаление моляров на верхней челюсти. Техника, инструментарий.
13. Удаление моляров на нижней челюсти. Техника, инструментарий.

ПК-4

14. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
15. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
16. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели,

задачи и полномочия.

ПК-5

17. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области

ПК-6

18. Дифференциальная диагностика острых форм периодонтита.
19. Характеристики рентгенографии при хронических периодонтитах.

Раздел 4

ОПК-8

1. Классификация и статистика травм челюстно-лицевой области в детской стоматологии.
2. Обследование пациентов с травмами челюстно-лицевой области в детской стоматологии
3. Травмы мягких тканей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение в детской стоматологии.

ПК-1

4. Асептика и антисептика при операциях в ЧЛО в детской стоматологии
5. Подготовка рук хирурга к операции челюстно-лицевой области в детской стоматологии

ПК-2

7. Показания к удалению временных зубов.
8. Методика удаления корней зубов. Инструментарий.

ПК-3

9. Методы лечения пульпитов временных зубов
10. Методы лечения некариозных поражений зубов у детей

ПК-4

10. Методы восстановления жевательной эффективности у детей при множественном кариесе
11. Дифференциальная диагностика гипоплазии тканей зубов.
12. Дифференциальная диагностика флюороза.

ПК-5

13. Виды пульпитов и их дифференциальная диагностика у детей
14. Ошибки и осложнения при лечении острых форм верхушечных периодонтитов временных зубов
15. Лекарственные средства, применяемые при лечении острого периодонтита временных зубов

ПК-6

16. Дифференциальная диагностика острых форм периодонтита временных зубов
17. Характеристики рентгенографии при хронических периодонтитах временных зубов

3 семестр

Раздел 5. Материаловедение

ПК-1

1. Какие показатели характеризуют физические, механические, технологические и биологические свойства стоматологических материалов?
2. Что такое адгезия, какое значение это явление имеет в восстановительной стоматологии?

Раздел 6. Методы обследования в стоматологии

ПК-2

1. Какие существуют клинические методы обследования стоматологических больных?
2. Какие существуют специальные методы обследования стоматологических больных?

Раздел 7. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-3

1. Методы и техники обезболивания, 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?

4 семестр

Раздел 8. Этика, право и менеджмент в стоматологии

УК-1

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.

УК-3

4. Категории и виды преступлений в стоматологии.
5. Виды юридической ответственности в стоматологии.
6. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.

УК-5

7. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
8. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
9. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.

Раздел 9. Организация стоматологической помощи

ОПК-4

1. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
2. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС

ОПК-6

3. Категории и виды преступлений в стоматологии.
4. Виды юридической ответственности в стоматологии.
5. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.

ОПК-7

6. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

7. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.

ОПК-9

8. Системный подход в управлении медицинскими организациями.

9. Особенности менеджмента в стоматологии.

10. Особенности структуры медицинских организаций.

ОПК-10

11. Анафилактический шок. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

12. Отек Квинке. Клиника, диагностика, неотложная помощь.

13. Крапивница. Клиника, диагностика, неотложная помощь.

3.1.2. Тематика рефератов

1 семестр

Раздел 1. Стоматология терапевтическая

ОПК-5

1. Кариес зубов. Распространенность в различных климато-географических зонах.

Основные эпидемиологические показатели кариеса: распространенность, показатель интенсивности, прирост интенсивности, нуждаемость в санации

ОПК-8

2. Профилактика кариеса зубов. Основные принципы построения профилактической работы в условиях медицинского пункта полка. Оценка результатов эффективности проведенной профилактики

ПК-1

3. Боль и обезболивание в клинике терапевтической стоматологии

ПК-2

4. История развития отбеливания зубов. Методика отбеливания витальных зубов с использованием терморокаталитической реакции разложения перекиси водорода высокой концентрации (25-35%). Основные причины изменения цвета зубов: проникновение пигментов в дентин.

ПК-3

5. Основные принципы препарирования кариозных полостей. Подготовка полостей к пломбированию

ПК-4

6. Основные принципы пломбирования кариозных полостей. Выбор различных пломбировочных материалов. Техника и методика пломбирования, сроки затвердевания пломб, обработка пломб

ПК-5

7. Профилактика кариеса зубов. Основные принципы построения профилактической работы в условиях медицинского пункта полка. Оценка результатов эффективности проведенной профилактики

ПК-6

8. Химическая травма слизистой оболочки полости рта. Этиология, клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика

Раздел 2. Стоматология ортопедическая

ОПК-8

1. Основы и последовательность обследования больного в клинике ортопедической стоматологии.

ПК-1

2. Функциональные жевательные пробы по С.Е. Гельману и И.С. Рубинову

ПК-2

3. Графический метод определения функционального состояния жевательного аппарата по И.С. Рубинову

ПК-3

4. Терапевтическая подготовка полости рта к ортопедическому лечению

ПК-4

5. Анатомо-функциональная характеристика строения верхней и нижней челюстей.

ПК-5

6. Клинические и биологические основы лечения частичными съемными протезами.

ПК-6

2 семестр

Раздел 3. Стоматология хирургическая

ОПК-8

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

ПК-1

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

3. Виды зубосохраняющих операций. Реплантация.

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

ПК-2

5. Виды зубосохраняющих операций. Резекция верхушки корня зуба.

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

ПК-3

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

8. Сложное удаление.

9. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.

10. Осложнения после операции удаления зуба.

11. Удлинение коронковой части зуба.

ПК-4

12. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов

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

ПК-5

14. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов

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

ПК-6

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

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

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

Раздел 4. Стоматология детского возраста

ОПК-8

1. Распространенность кариеса зубов у детей. Влияние внешних и внутренних факторов на течение кариеса.

2. Хронический пролиферативный пульпит временных зубов. Клиника, диф. диагностика, выбор метода лечения.

ПК-1

3. Лечение кариеса зубов у детей, выбор пломбировочных материалов.

4. Этиология, патогенез кариеса.

5. Теоретические основы профилактики кариеса зубов и его осложнений

ПК-2

6. Распространенность кариеса зубов у детей КР. Влияние внешних и внутренних факторов.

ПК-3

7. Значение санации полости рта в оздоровлении детей. Виды санации. Организационные формы.

8. Местная и очаговая гипоплазия. Этиология, диагностика, диф. диагностика, клиника, лечение.

9. Лечебно-профилактические зубные пасты

ПК-4

10. Основные показатели изучения поражаемости населения кариесом.

11. Методы и средства местной (локальной) профилактики кариеса зубов у детей

ПК-5

12. Индивидуальная, контролируемая и профессиональная чистка зубов.

13. Сроки развития, закладки, минерализации, прорезывания и рассасывания временных зубов.

14. Эпидемиологические методы обследования в стоматологии

ПК-6

15. Методы обследования ортодонтических больных.
16. Методы профилактики и лечение открытого прикуса.
17. Аномалии развития зубов и челюстей, приводящие к открытому прикусу.
18. Методы профилактики и лечения прогнатического соотношения зубных рядов

3 семестр

Раздел 5. Материаловедение

ПК-1

1. Вспомогательные стоматологические материалы.
2. Клинические стоматологические материалы.
3. Оттискные материалы.
4. Оттиск. Модель. Ложки для получения оттисков.
5. Методика получения оттиска.
6. Требования, предъявляемые к оттискным материалам

Раздел 6. Методы обследования в стоматологии

ПК-2

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 7. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

ПК-3

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 процессов в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.
6. Неинъекционные методы местного обезболивания.

4 семестр

Раздел 8. Этика, право и менеджмент в стоматологии

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. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
10. Права пациента в Российской Федерации.

УК-3

1. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?
2. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
3. Моральные проблемы ятрогении.
4. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
5. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.

УК-5

6. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
7. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.

Раздел 9. Организация стоматологической помощи

ОПК-4

1. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
2. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
3. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.

ОПК-6

4. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
5. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.

ОПК-7

6. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
7. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

ОПК-9

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

ОПК-10

9. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
10. Правовое регламентирование медицинской деятельности.

3.1.3. Ситуационные задачи

УК-1, УК-3; УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1 семестр

Раздел 1. Стоматология терапевтическая

Задача 1

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

Вопросы:

1. Имел ли врач право отказать пациенту?

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

Эталоны ответов:

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.

Вопрос:

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.

Вопрос:

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 нейтральным 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.

Вопросы:

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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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.

Вопрос:

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. Во-вторых, предельно допустимыми параметрами светового коэффициента являются 1 : 4 – 1 : 5.

Раздел 2. Стоматология ортопедическая

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 ско-

рой 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопрос:

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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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 обра-

ботку (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-ткаными 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.

Вопрос:

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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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, межапоневротической 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.

Вопросы:

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 спинно-мозговой 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.

Вопрос:

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.

Вопрос:

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 сужение 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 внемозжечковыми 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.

Вопрос:

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.

2 семестр

Раздел 3. Стоматология хирургическая

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.

Вопросы:

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 вы-

полнения аппликационной (терминальной) анестезии при помощи 10%-ного раствора лидокаина в аэрозоле у пациента начало снижаться артериальное давление (АД).

Вопросы:

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?»

Вопросы:

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 препаровки 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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. Стоматология детского возраста

Задача 1

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

Вопросы:

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 относятся:

- 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 ½. Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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°C 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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 непрямой 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 непрямая 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.

Вопросы:

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, локализуемой в преддверии полости рта в области нижней губы слева.

Вопросы:

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. Вишневному).
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 писчее 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 109 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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. Вишневному).

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. Конста-

тировано 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 выбухание 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.

Вопросы:

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 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 мышечкового 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.

Вопросы:

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, спереди 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.

Вопросы:

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 — *torus mandibulae*, который локализуется в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышечного отростков, спереди 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. Шприц 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.

Вопросы:

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 мышечкового 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 мышечкового 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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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, отступя 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 че-

люсти 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.

Вопросы:

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 накожной 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 накожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступя 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.

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 поверхностью. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу вве-

сти 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 наружу 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, отступя от переходной складки на 0,5 см книзу и наружу. Иглу продвигают вверх, кзади и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц наружу 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 наружу 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.

Вопрос:

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.

3 семестр

Раздел 5. Материаловедение

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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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 ортопантограмму, 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.

Вопросы:

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).

Вопрос:

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 (ортопантограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет $\frac{2}{3}$ зубов 4.1 и 4.2.

Вопрос:

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. Методы обследования в стоматологии

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 (ортопантограммы и денальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.

Вопросы:

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, трапециевидные, для зубов бокового отдела необходимо выкраивать угловые лоскуты, отступя 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 (ортопантомограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный корневого канал зуба 4.6 запломбирован, апикальное отверстие obturated. Медиальный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, апикальное отверстие не obturated. В периапикальных тканях в области апекса медиального корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см) с четкими ровными контурами.

Вопросы:

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 3., 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.

Вопросы:

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 $37,2^{\circ}\text{C}$. 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Раздел 7. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии

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 военной 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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, развившейся 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

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

4 семестр

Раздел 8. Этика, право и менеджмент в стоматологии

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.

Вопросы:

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 утолще-

ние 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.

Вопросы:

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 околочелюстных 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.

Вопросы:

1. Укажите диагноз, с которым пациентка 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?

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 гнойновоспалительных 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.

Вопросы:

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 абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства — ко II группе заболеваний (с поражением околичелюстных 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 поднижнече-

люстной 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.

Вопросы:

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.

Раздел 9. Организация стоматологической помощи

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 ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм.

Вопрос:

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.

Вопрос:

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.

Вопросы:

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 отечна, гиперемизирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой Р-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2 см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5 мм; у 35 зуба - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4 мм.

Вопросы:

Ваш диагноз.

Укажите причину заболевания и лечебную тактику.

Эталон ответа:

Периимпантит 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.

Вопросы:

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 3 мм; контуры кости, окружающей тело имплантата, размыты.

Вопросы:

Ваш диагноз.

Укажите причину заболевания.

Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

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 вторич-

ной 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.

Вопросы:

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.

Вопросы:

Ваш диагноз.

Укажите причины данного явления.

Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Воспалительный процесс слизистой в области имплантата. Причинами 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.

Вопросы:

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 средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Тестовые задания для экзамена

1 семестр

Раздел 1. Стоматология терапевтическая

ОПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Глубина кариозной полости при лечении среднего кариеса обычно не превышает _____ мм.	1.5-2 мм
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для химического расширения устья корневого канала используют препараты на основе _____ кислоты.	ЭДТА
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Временную пломбу из водного дентина фиксируют с помощью _____ цемента.	цинк-фосфатного
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Показатель индекса гигиены полости рта OHI-S Green-Vermillion вычисляют суммированием индекса налёта и индекса _____	зубного камня
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основным методом лечения некариозного поражения «киста зуба» является _____	цистэктомия

ОПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для работы в корневых каналах зубов должен использоваться _____ наконечник.	эндодонтический
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Эндодонтический инструментарий может храниться в чашках петри при их открытии до _____ часов.	четырёх
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Дентин, лишенный правильного строения, называется _____ дентин.	третичный
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При пломбировании силикатным цементом изолирующую прокладку накладывают на _____ полости.	дно
10.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Заключительный этап окончательной обработки реставрации называется _____ реставрации.	полирование

ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
11.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Процесс обратимого прекращения или замедления прогрессирования кариеса без удаления тканей зуба с последующей их реминерализацией называется _____ кариозного процесса	стабилизация

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
12.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для хронического _____ пульпита характерно разрастание ткани пульпы за пределы кариозной полости с образованием полипа.	гипертрофического
13.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Наиболее объективный метод оценки состояния пульпы, основанный на измерении ее реакции на электрический ток, называется _____.	электроодонтометрия
14.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основным патогенетическим фактором развития пульпита является _____ инфекция из кариозной полости.	бактериальная

ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
15.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Рентгенологический признак успешного лечения периодонтита – полное исчезновение очага _____ в периапикальных тканях.	деструкции
16.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Материал, предназначенный для заполнения просвета корневого канала при эндодонтическом лечении, называется _____	филлер

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
17.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Поражение твердых тканей зуба, характеризующееся образованием дефекта в пришеечной области клиновидной формы, называется _____ дефект.	клиновидный
18.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Повышенная стираемость зубов, не связанная с их кариозным поражением, относится к _____ некариозным поражениям	приобретенным
19.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Патологическая повышенная чувствительность зубов к внешним раздражителям называется _____	гиперестезия

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
20.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Рентгенологическим признаком хронического _____ периодонти-	гранулематозного

	та является четко ограниченный очаг разрежения костной ткани у вер- хушки корня	
21.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Широко используемым раствором для ирригации корневых каналов, способным растворять некротизированные ткани, витальные ткани пульпы и органические компоненты дентина, является _____	гипохлорит натрия
22.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Полное выпадение зуба из лунки в результате травмы называется _____	авульсия

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
23.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Тактика лечения неосложненного перелома коронки зуба заключается в _____ тканей зуба и анатомической формы реставрационным ма- териалом.	восстановлении
24.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Дрильбор / Gates Glidden / Largo - инструменты, предназначенные для _____ корневого канала	расширения устья
25.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Поражение эмали, связанное с избыточным поступлением фтора в ор- ганизм во время формирования зубов, называется _____	флюороз

Раздел 2. Стоматология ортопедическая ОПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
26.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Ортопедический аппарат, у которого точка опоры и точка приложения силы находятся внутри полости рта, называется _____ аппарат	внутриротовой
27.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Оттиск, который снимается без учета функционального состояния по- движной слизистой оболочки, называется оттиск _____	анатомический
28.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Ортопедическая конструкция, которая фиксируется на опорных зубах и не может быть самостоятельно извлечена пациентом, называется _____ протез.	несъёмный

ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
29.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Протез, который замещает отсутствующие зубы, опираясь на десну и сохранившиеся зубы, и который пациент может извлекать самосто- ятельно, называется _____ протез.	съёмный
30.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Искусственная металлическая зубная коронка, изготовленная из специ-	штампованная

	альных заготовок (гильз), называется коронка _____.	
31.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Каркас для бюгельного протеза чаще всего изготавливают из _____ сплава.	кобальтохромового

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
32.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Анатомическое образование, являющееся границей между твердым и мягким нёбом и важным ориентиром при изготовлении съёмных протезов, называется « _____ » линия.	А

ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
33.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Процесс определения центрального соотношения челюстей осуществляется с помощью _____ шаблона.	воскового
34.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Тонкая облицовка из керамики или композита, фиксируемая на вестибулярную поверхность зуба, называется _____.	винир
35.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Искусственная коронка, конструкция которой состоит из литого металлического каркаса и облицовки из керамики, называется _____ коронка.	металлокерамическая

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
36.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Зубы, отпрепарированные и подготовленные для установки мостовидного или бюгельного протеза, называются зубами _____.	опорными
37.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Промежуточная часть мостовидного протеза, которая восстанавливает отсутствующий зуб, называется _____.	тело
38.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Часть бюгельного протеза, которая имитирует десну и служит основанием для крепления искусственных зубов, называется _____.	базис

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
39.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Фиксация полного съёмного протеза на беззубой челюсти в значительной степени осуществляется благодаря физическому явлению, называемому _____ эффект.	клапанный
40.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Часть бюгельного протеза, расположенная на нёбе или под языком и _____	дуга

	соединяющая правую и левую стороны, называется _____.	
41.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Часть опорно-удерживающего кламмера, прилегающая к коронковой поверхности зуба, называется _____	плечо

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
42.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Переходной элемент, соединяющий имплантат с внешней частью протеза, называется _____	абатмент
43.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Процесс сращения имплантата с костной тканью, в результате которого возникает стабильно функционирующая опора для искусственного зуба, называется _____.	остеоинтеграция
44.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Переходная часть между телом имплантата и десной, обеспечивающая плотное прилегание мягких тканей, называется _____.	шейка

2 семестр

Раздел 3. Стоматология хирургическая

ОПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Наиболее распространенный метод обезболивания при удалении зубов на верхней челюсти – _____ анестезия.	инфильтрационная
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Метод проводниковой анестезии, при котором анестетик вводится в область отверстия нижней челюсти, называется _____ анестезия.	мандибулярная
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Остановка кровотечения из лунки удаленного зуба с помощью наложения швов на края десны называется _____ гемостаз.	механический

ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно-го ответа
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Хирургический инструмент для отделения слизисто-надкостничного лоскута называется _____.	распатор
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Осложнение после удаления зуба, характеризующееся воспалением стенок лунки и сопровождающееся сильной болью, называется _____.	альвеолит
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Инструмент, используемый для надежной фиксации иглы во время наложения швов в полости рта, называется _____	иглодержатель

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Распространение гнойного процесса из области верхушки корня зуба в окружающие мягкие ткани с образованием гнойного очага называется _____.	абсцесс
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств, не имеющее четких границ, называется _____.	флегмона
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Воспаление надкостницы челюсти, часто являющееся осложнением периодонтита, называется _____.	периостит

ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
10.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Операция по увеличению объема костной ткани на месте планируемой установки имплантата называется _____ пластика.	костная
11.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Материал, используемый для замещения костных дефектов и стимуляции остеогенеза, называется _____ материал.	остеопластический
12.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Направленная костная регенерация часто проводится с использованием специальной резорбируемой барьерной _____	мембраны

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
13.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Хирургическая операция по удалению участка поврежденной или некротизированной ткани называется _____	некрэктомия
14.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Хирургическое вмешательство по иссечению капюшона над прорезывающимся зубом мудрости называется _____.	перикоронаротомия
15.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Хирургическое рассечение уздечки языка или губы называется _____	френулотомия

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
16.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Ответственность за организацию работы по экспертизе временной нетрудоспособности, в том числе выдаче, хранению и учету листов нетрудоспособности, несет _____	главный врач
17.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для получения листа нетрудоспособности пациент должен предоставить _____	паспорт

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
18.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Оперативные вмешательства, которые выполняются по жизненным показаниям (остановка кровотечения, трахеостомия, удаление инородного тела из дыхательных путей), называются _____	экстренные

Раздел 4. Стоматология детского возраста ОПК-8

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
19.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива, индивидуума и общества в целом, называется санитарное _____	просвещение
20.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Стоматологическое просвещение для детей в возрасте от рождения до трех лет проводят с _____	родителями

ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
21.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Кариес, развивающийся у детей первых лет жизни вследствие неправильного вскармливания, называется _____ кариес.	бутылочный
22.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Предпочитаемым методом лечения при переломе коронки зуба со вскрытием полости зуба при несформированном корне является частичная _____	пульпотомия
23.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Наиболее распространенный метод лечения пульпита молочных зубов, при котором пульпа сохраняется жизнеспособной, называется _____.	витальная ампутация

ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
24.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Герметизация фиссур жевательных зубов проводится для _____ кариеса.	профилактики
25.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Привокариозное действие зубных паст обусловлено введением в их состав _____	фторидов
26.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основной метод профилактики кариеса, который включает обучение правильной технике чистки, называется _____ гигиена.	индивидуальная

ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильно- го ответа
27.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Перед инъекцией анестетика слизистую оболочку у детей обрабатывают _____ анестезией.	аппликационной
28.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Современный местный анестетик, наиболее широко применяемый в детской практике, – это _____.	артикаин
29.	Аппарат, используемый для коррекции вредных привычек (сосание пальца, прокладывание языка) у детей, называется вестибулярная пластинка _____	Хинца

ПК-4

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
30.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Специальный рентгенологический снимок, показывающий все зубы и челюсти ребенка для оценки развития и положения зачатков, называется _____.	ортопантомограмма
31.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Реабилитация детей с гипоматурационным и гипоминерализованным типом несовершенного амелогенеза в постоянных зубах с завершённым формированием корней, заключается в использовании для пломбирования цементов _____	стеклоиномерных

ПК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
32.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Повышенная стираемость зубов у детей может быть связана с таким заболеванием, как несовершенный _____.	амелогенез
33.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Наиболее частый тип травмы передних молочных зубов у детей 2-4 лет – это их _____.	вывих
34.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Окончательное решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу принимает _____	врачебная комиссия

ПК-6

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
35.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основной метод управления поведением тревожного ребенка на приеме, основанный на отвлечении внимания, называется _____.	отвлечение
36.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до _____ лет	пяти

3 семестр
Раздел 5. Материаловедение
ПК-1

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Процесс создания шероховатой поверхности на эмали для надежной фиксации пломбы или брекета с помощью ортофосфорной кислоты называется _____ травление.	кислотное
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Материал для изготовления слепков, основанный на полиэфирах или полисилоксанах и обладающий высокой точностью, называется _____ оттисковой материал.	эластичный
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Стоматологический цемент, химическая реакция отверждения которого сопровождается выделением тепла, называется _____ цемент	цинк-фосфатный

Раздел 6. Методы обследования в стоматологии
ПК-2

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное словосочетание. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется 2% раствор _____	метиленового синего
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Метод диагностики состояния периодонта, при котором специальным инструментом измеряется глубина пространства между зубом и десной, называется _____	зондирование
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Метод диагностики скрытого кариеса на контактных поверхностях зубов, основанный на прохождении яркого света через ткани зуба, называется _____	трансиллюминация

Раздел 7. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии
ПК-3

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. «Золотым стандартом» проводниковой анестезии на нижней челюсти является мандибулярная анестезия, при которой анестетик вводится в область _____ отверстия.	нижнечелюстного
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Перед проведением инфильтрационной анестезии для обезболивания слизистой оболочки применяется _____ анестезия	аппликационная
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Механизм действия местных анестетиков основан на блокировании _____ каналов в мембране нервного волокна	натриевых

4 семестр

Раздел 9. Организация стоматологической помощи

ОПК-4

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Первичная медико-санитарная помощь в стоматологии оказывается в амбулаторных условиях и в условиях _____ стационара.	дневного
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основной учётно-отчётной формой врача-стоматолога при лечении больного является _____.	медицинская карта
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Плановая санация полости рта проводится с периодичностью не реже _____ раз(а) в год.	одного
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Стоматологическая помощь детям до 18 лет в системе ОМС оказывается бесплатно при наличии _____.	полис
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Количество стоматологических кресел в отделении определяет _____ мощность учреждения	пропускную
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Участковый принцип оказания стоматологической терапии взрослому населению предполагает закрепление за врачом _____ человек.	2000
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Экспертиза качества стоматологической помощи проводится на основании клинических протоколов и _____	стандартов
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Организационная форма массового профилактического осмотра населения с последующим лечением называется _____	санация
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Экстренная стоматологическая помощь оказывается при _____ состояниях безотлагательно	неотложных
10	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Норма нагрузки врача-стоматолога-терапевта на приёме составляет _____ условных единиц трудоёмкости (УЕТ) в смену	21

ОПК- 6

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Документом, удостоверяющим право медицинской организации на оказание стоматологических услуг, является _____.	лицензия
	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Документом, удостоверяющим право медицинской организации на оказание стоматологических услуг, является _____.	Амбулаторно-поликлинической
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Журнал учёта профилактических осмотров полости рта и санации де-	0.49/y

	тей имеет форму № _____	
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При оказании стоматологической помощи по ОМС пациент имеет право выбора как врача, так и _____	Медицинской организации
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Показатель обеспеченности населения врачами-стоматологами рассчитывается на _____ населения.	10000
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Информированное добровольное согласие пациента оформляется в письменном виде до начала _____ вмешательства.	медицинского
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Отделение профилактики стоматологической поликлиники создаётся при численности прикреплённого населения не менее _____ человек	50000
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Трёхсторонний контроль качества стоматологической помощи включает: предварительный, текущий и _____ контроль.	последующий
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Доля санированных от нуждающихся в санации рассчитывается при оценке _____ профилактической работы.	эффективности
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. В случае возникновения неотложного состояния в стоматологическом кресле врач обязан незамедлительно приступить к _____ помощи	реанимационный

ОПК-7

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. В структуру стоматологической поликлиники входят лечебно-профилактические отделения, вспомогательные кабинеты и _____ служба.	административно-хозяйственная
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Целевой осмотр стоматолога организованного детского коллектива с последующим лечением называется _____ санацией.	плановой
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Соотношение числа посещений к числу первичных больных отражает _____ стоматологической помощи.	кратность
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Внедрение системы добровольного медицинского страхования в стоматологию расширяет перечень _____ услуг для пациента.	платных
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для оценки работы врача-стоматолога используется показатель среднего числа _____ на одну врачебную должность в год	посещений
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Организация стоматологической помощи в сельской местности предусматривает этапность: ФАП — врачебная амбулатория — _____ поликлиника	ЦРБ
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Анализ расхождения диагнозов между поликлиникой и стационаром проводится при _____ помощи.	Экспертизе качества

7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Основным направлением деятельности стоматологической службы является первичная _____ заболеваний.	профилактика
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Медицинская карта стоматологического больного хранится в регистратуре в течение _____ лет после последнего посещения.	5
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При организации выездной стоматологической бригады необходимо наличие передвижного _____	Стоматологического кабинета

ОПК-9

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При проведении диспансеризации стоматологических больных выделяют три группы: здоровые, практически здоровые и больные с _____ заболеваниями.	хронического
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Врачебная должность в стоматологической поликлинике считается занятой при фактической работе врача на _____ ставки и более.	0,75
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Уровень госпитализации пациентов с одонтогенной инфекцией зависит от работы стоматологического _____ отделения поликлиники.	хирургического
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Приказом Министерства здравоохранения утверждён Порядок оказания _____ помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях.	медицинской
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Стоматологическая поликлиника I категории должна иметь в своём составе не менее _____ врачебных должностей.	50
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Анализ структуры посещений стоматолога по нозологическим формам позволяет оценить _____ заболеваемость.	первичную
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Взаимодействие стоматологической поликлиники со страховыми компаниями регулируется договором на оказание услуг по _____ страхованию.	ОМС
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Санитарно-просветительная работа среди населения является составной частью _____ деятельности стоматологической службы.	профилактической
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Для оценки укомплектованности штата стоматологической поликлиники используется коэффициент _____.	совместительства
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При госпитализации пациента в челюстно-лицевой стационар оформляется направление, выписка из амбулаторной карты и _____ документ.	паспортный

ОПК-10

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Норматив площади на одно стоматологическое кресло в поликлинике составляет не менее _____ квадратных метров.	14
1.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в стоматологическом кабинете осуществляет _____ служба	роspotребнадзора
2.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При организации стоматологической помощи на дому врач должен иметь переносной _____.	Стоматологический инструментарий
3.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Индекс КПУ (кариес, пломба, удалённый зуб) используется для оценки _____ стоматологического здоровья населения	интенсивности
4.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Плановая санация детей в организованных коллективах проводится с обязательным участием _____ персонала.	Среднего медицинского
5.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Отказ пациента от стоматологического вмешательства фиксируется в медицинской документации и заверяется _____ пациента.	подписью
6.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает раздел по _____ помощи	стоматологической
7.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Срок хранения рентгеновских снимков зубов в стоматологической поликлинике составляет не менее _____ лет.	5
8.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. При выявлении онкологического заболевания челюстно-лицевой области врач-стоматолог обязан направить пациента в _____ диспансер.	онкологический
9.	Прочитайте текст и вставьте пропущенное слово. Экономическая эффективность стоматологической профилактики оценивается как соотношение предотвращённого ущерба и _____ на её проведение.	затрат

УК-1

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа						
1.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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 нахо-	<table border="1"> <tr> <th>А</th><th>Б</th><th>В</th></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	А	Б	В	1	2	2
А	Б	В						
1	2	2						

	дится обломок каналонаполнителя в пломбировочном материале. Какова Ваша дальнейшая тактика? Определите корректность предложенных вариантов дальнейшей тактики врача <table><tr><th colspan="2">Тактика</th><th colspan="2">Вариант</th></tr><tr><td>А</td><td>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.</td><td>1</td><td>Корректный вариант</td></tr><tr><td>Б</td><td>Закончите лечение и ничего не скажете больному о происшедшем</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr><tr><td>В</td><td>Попросите коллегу из ортопедического отделения сообщить пациенту о случившемся осложнении и объяснить его причину.</td><td></td><td></td></tr></table>	Тактика		Вариант		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.									
Тактика		Вариант																						
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.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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. На каком этапе была допущена ошибка? Как следовало поступить? Определите корректность предложенных вариантов тактики врача. <table><tr><th colspan="2">Тактика</th><th colspan="2">Вариант</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>	Тактика		Вариант		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			<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	А	Б	В	2	2	1
Тактика		Вариант																						
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	Б	В																						
2	2	1																						
3.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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 сложи-	<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></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	Б	В	Г																					
2	1	2	2																					

	лось 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">Тактика</th><th>Вариант</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 общего в клинической картине.</td><td>2</td><td>Некорректный вариант</td></tr><tr><td>В</td><td>Попытаетесь объяснить, что лечение было правильным и никакого вреда не принесло, а Ваши коллеги тоже старались в поиске правильной тактики лечения.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Г</td><td>Бросите реплику «Лечиться надо у настоящих врачей» и больше ничего не скажете.</td><td></td><td></td></tr></table>	Тактика			Вариант	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 общего в клинической картине.	2	Некорректный вариант	В	Попытаетесь 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.			
Тактика			Вариант																			
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 общего в клинической картине.	2	Некорректный вариант																			
В	Попытаетесь 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.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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><th colspan="3">Тактика</th><th>Вариант</th></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></table>	Тактика			Вариант	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	<table><tr><th>А</th><th>Б</th><th>В</th><th>Г</th></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	А	Б	В	Г	2	2	1	2
Тактика			Вариант																			
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																			
А	Б	В	Г																			
2	2	1	2																			

	<table><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 лечебно-профилактических мероприятий. Назначьте обследование соответственно поставленному диагнозу. Проконсультируйте пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначьте необходимые исследования, лекарственные препараты и процедуры, не идя на поводу у пациента.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Г</td><td>После установления места работы больного поверхностно обследуете пациента и назначите ему те лекарственные препараты, которые он требует</td><td></td><td></td></tr></table>	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 лечебно-профилактических мероприятий. Назначьте обследование соответственно поставленному диагнозу. Проконсультируйте пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначьте 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																			
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 лечебно-профилактических мероприятий. Назначьте обследование соответственно поставленному диагнозу. Проконсультируйте пациента со старшим коллегой (заведующим отделением, доцентом, профессором). Объясните больному необходимую тактику его обследования и лечения. Назначьте 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.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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><th colspan="2">Тактика</th><th colspan="2">Вариант</th></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>			Тактика		Вариант		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			<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
Тактика		Вариант																								
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	Б	В																								
2	1	2																								
6.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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 эндокринолога по причине плохого самочувствия и через 3 дня скончался от осложнения медиастенита. Кто будет нести ответственность за смертельный исход?			<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																							

	А	врач-стоматолог	1	Несет ответственность	
	Б	врач-эндокринолог	2	Не несет ответственность	
	В	родственники			
	Г	никто			

УК-3

Тестовые задания на установление соответствия:

№ п/п	Содержание оценочного средства				Ключ правильного ответа		
7.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. Медсестра стоматологического кабинета обслуживала одновременно трех стоматологов в кабинете терапевтической стоматологии. В коридоре скопилось 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	А	Б	В
	Б	медсестра кабинета	2	Не несет ответственность	2	1	2
	В	никто					
8.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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	А	Б	В
	Б	Неправомочно	2	Не верно	1	2	2
	В	Абсолютно правомочно					
9.	Прочитайте текст и установите правильное соответствие. 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. Вправе 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	А	Б	В
	Б	Не вправе	2	Не верно	2	2	1
	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 текст и вставьте пропущенное слово. Заключительный контроль в организации осуществляется _____ выполнения запланированных работ.	после

Тестовые задания на установление последовательности:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
15.	Прочитайте текст и установите правильную последовательность реализации основных (общих) функций управления в соответствии с концепцией Мескона. Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо через пробел: 1. Контроль 2. Организация 3. Мотивация	4 2 3 1

	4. Планирование	
--	-----------------	--

УК-5

Тестовые задания с развернутым ответом:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
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 пропущенное слово. 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. Врачом был нарушен принцип _____.	конфиденциальности
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. При этом нарушается принцип _____.	справедливости

3.2.2. Вопросы для экзамена

1 семестр

ОПК-5

1. Дезинфекция, стерилизация стоматологических инструментов, профилактика инфекционных заболеваний (СПИД, гепатит).
2. Дефекты твердых тканей зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
3. Искусственные коронки. Классификация.

4. Сплавы металлов для изготовления коронок, виды, состав, свойства.

5. Правила и режим препарирования твердых тканей зубов под искусственные коронки, оценка качества препарирования.

6. Оттисчные материалы, классификация: твердые, эластические, термопластические. Состав, свойства, требования, применение.

ОПК-8

7. Металлокерамические и металлопластмассовые мостовидные протезы. Показания и противопоказания к их применению. Клинико-лабораторные этапы изготовления.

ПК-1

8. Классификация заболеваний слюнных желез.

9. Силоаденозы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

10. Первичная хирургическая обработка ран лица, ее особенности. Виды антисепти-
ков.

11. Асептика и антисептика при операциях в ЧЛЮ.

12. Подготовка рук хирурга к операции челюстно-лицевой области.

13. Коллапс. Классификация, клиника, лечение.

14. Обморок. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

ПК-2

15. Инструменты для удаления на нижней челюсти.

16. Техника удаления зубов верхней челюсти

ПК-3

17. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Подготовка и методи-
ка проведения.

18. Особенности удаления отдельных групп зубов нижней челюсти.

19. Особенности удаления отдельных групп зубов верхней челюсти.

20. Местные осложнения во время операции удаления зуба. Диагностика, лечение,
21. профилактика.

22. Операция реплантация зуба. Показания, техника операции, осложнения.

ПК-4

23. Дифференциальная диагностика глубокого кариеса.

24. Препараты, применяемые при лечении пульпита, их осложнения и побочные
действия.

25. Клиника острого гнойного пульпита и его дифференциальная диагностика.

26. Дифференциальная диагностика острых форм пульпита.

27. Ошибки и осложнения при лечении хронических форм верхушечных периодон-
титов.

ПК-5

28. Стирание твердых тканей. Этиология и патогенез.

29. Дифференциальная диагностика стирания твердых тканей зубов и лечени

30. Классификация кариеса по МКБ-10.

31. Особенности обследования больных с заболеваниями кариеса зубов.

32. Виды пульпитов и их дифференциальная диагностика.

ПК-6

33. Тактика лечения острого медикаментозного периодонтита.

2 семестр

ОПК-8

1. Ортопедические методы лечения частичной вторичной адентии съёмными пласти-
ночными протезами. Показания и противопоказания к применению частичных съёмных пла-
стиночных протезов.

2. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съемных пластиночных протезов. Определение и обоснование границ протезного ложа при лечении частичными съемными пластиночными протезами.

ПК-1

3. Анафилактический шок. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Отек Квинке. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
5. Крапивница. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
6. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва (по Берше).
7. Общие осложнения при проведении местной анестезии (обморок, коллапс, шок).
8. Ошибки и осложнения при проведении местного обезболивания в ЧЛЮ.
9. Осложнения аллергического характера во время проведения местного обезболивания.

ПК-2

10. Алгоритм операции удаления зуба, современные представления.
11. Показания к удалению постоянных зубов.
12. Методика удаления корней зубов. Инструментарий.

ПК-3

13. Местные осложнения после операции удаления зуба.
14. Луночковое кровотечение. Причины, лечение.
15. Способы остановки луночкового кровотечения.
16. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Клиника, диагностика, лечение.
17. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение поверхностного кариеса.

ПК-4

18. Классификация некариозных поражений, возникающие в период фолликулярного развития твердых тканей зубов.
19. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, клиника и лечение гипоплазии тканей зубов.
20. Дифференциальная диагностика гипоплазии тканей зубов.
21. Дифференциальная диагностика флюороза.
22. Классификация некариозных поражений, возникающие после прорезывания.
23. Пигментации зубов и налеты. Этиология и патогенез.

ПК-5

24. Ошибки и осложнения при лечении острых форм верхушечных периодонтитов
25. Лекарственные средства, применяемые при лечении острого периодонтита.
26. Тактика лечения острого инфекционного периодонтита.
27. Тактика лечения острого медикаментозного периодонтита.

ПК-6

29. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
30. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.

3 семестр

ПК-1

1. Вспомогательные стоматологические материалы.
2. Клинические стоматологические материалы.
3. Оттискные материалы.
4. Оттиск. Модель. Ложки для получения оттисков.

5. Методика получения оттиска.
6. Требования, предъявляемые к оттисковому материалу

ПК-2

7. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.

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

9. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.

10. Исследование пункционного материала.

11. Методы функциональной диагностики

12. Телерентгенография.

13. Магнитно-резонансная томография.

ПК-3

14. Методы и техника обезболивания в клинике хирургической стоматологии.

15. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.

16. Комбинированные методы обезболивания. Показания, противопоказания, техника проведения.

17. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессах в челюстно-лицевой области.

18. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.

19. Неинъекционные методы местного обезболивания.

4 семестр

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. Права граждан РФ в области охраны здоровья.

10. Права пациента в Российской Федерации

УК-3

11. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?

12. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.

13. Моральные проблемы ятрогении.

14. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

15. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.

УК-5

16. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.

17. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.

ОПК-4

18. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.

19. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.

20. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.

ОПК-6

21. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.

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

ОПК-7

23. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.

24. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

ОПК-9

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

ОПК-10

26. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

27. Правовое регламентирование медицинской деятельности.

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).