

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» августа 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

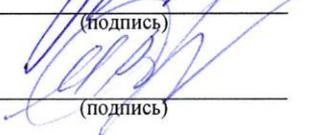
СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.74 «Стоматология хирургическая»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	А.Г. Климов (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	И.В. Орлова (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
стоматологии;
стоматологии детского возраста и ортодонтии
название кафедры

« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой	стоматологии детского возраста и ортодонтии название кафедры	
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	А.Г. Климов (расшифровка)

1. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики ординатор должен знать:

- основные закономерности роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления и исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека;
- основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- квалификационные требования к «врачу-стоматологу-хирургу», его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии, наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- принципы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространенных стоматологических заболеваний взрослых и детей;
- организацию хирургической стоматологической помощи населению;
- особенности проявления клиники и течения хирургических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- клинические, дополнительные и специальные методы диагностики патологии полости рта;
- способы ограничения риска инфицирования врачей, среднего медицинского персонала во время работы, дезинфекцию ручных инструментов, наконечников, турбин, аспирационных систем; методы стерилизации стоматологических инструментов, их эффективность; оборудование, материалы, средства; технология выполнения;
- особенности организации процесса лечения и ведения документации пациента в хирургической стоматологии (стационаре и амбулаторно);
- о новейших методах исследования, применяемых в хирургической стоматологии;
- о современных методах диагностики состояния челюстных костей;
- особенности организации процесса имплантологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов;
- современные методы диагностики состояния челюстных костей
- современные остеопластические материалы;
- о современных материалах, применяемых хирургической стоматологии;
- о современных остеопластических материалах;
- о современных методах лечения, применяемых в хирургической стоматологии.
- об особенностях проведения местного обезболивания в практике стоматологии хирургической;
- взаимодействие врача-стоматолога-хирурга с коллегами при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями, травмой и новообразованиями челюстно-лицевой области;
- современные методы хирургического лечения заболеваний пародонта; перспективы использования биоконпозиционных материалов и мембран для остеорегенерации при данной патологии;

- международная гистологическая классификация опухолей ВОЗ; особенности обследования онкологических больных и диагностики онкологических заболеваний;
- особенности клинических проявлений и дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований в челюстно-лицевой;
- теоретические проблемы боли в стоматологии, механизмы формирования болевой реакции;
- оптимизацию и выбор методов и средств для обезболивания при лечении стоматологических заболеваний с использованием новейших достижений;
- комбинированное обезболивание; показание к назначению различных схем комбинированного обезболивания у больных с учётом психосоматического статуса и возраста, а также сопутствующей патологии;
- премедикация в стоматологической практике; показания к проведению, выбор схем премедикации, современные препараты;
- показания к проведению наркоза на хирургическом стоматологическом приеме; виды наркоза, медикаментозное и техническое обеспечение;
- общие осложнения местной анестезии; клиника, диагностика, мероприятия неотложной помощи;

уметь:

- оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний;
- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека.
- организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в хирургическом стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- составить трудовой договор (контракт) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-хирург»;
- организовать повседневную работу врача-стоматолога-хирурга и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
- оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- использовать персональный компьютер для создания базы данных о пациентах, нормативных документов и составления статистических отчетов;
- пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-хирурга;
- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной стоматологической помощи распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению физиохирургических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний;
- определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;

- применять инструментальные и неинструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к хирургическому вмешательству;
- организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- проводить профилактические мероприятия хирургических стоматологических заболеваний;

владеть навыками:

- обследования больных хирургического профиля;
- провести общеклиническое обследование больного и оформить историю болезни;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
- использовать алгоритм постановки предварительного диагноза (основного, сопутствующего, осложнений);
- применять медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях;
- использовать технику антропометрии, термометрии, измерения АД, подсчета ЧСС и ЧДД;
- использовать технику введения воздуховода, промывания желудка;
- осуществлять уход за больными;
- применять современные принципы и методы асептики и антисептики во избежание инфицирования раны при работе с медицинским инструментарием, медикаментозными средствами в лабораторно-диагностических и профилактических целях;
- удалить дренажи и тампоны, снять швы с раны, произвести перевязку ран;
- провести подкожные и внутримышечные инъекции;
- провести венепункцию, взятие проб крови из вены и внутривенные инъекции;
- способен и готов определить группы крови по АВО, определить резус-принадлежность экспресс - методом, провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом;
- санитарную обработку лечебных и диагностических помещений лечебных учреждений;
- дезинфекцию воздуха источником ультрафиолетового излучения;
- дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария и средств ухода за больными;
- оценку стерильности материала в биксе.

2. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

Код компетенции и её содержание		Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции (УК)		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	текущий

УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	текущий
Профессиональные компетенции		
<i>Профилактическая деятельность</i>		
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	текущий
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	текущий
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	текущий
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	текущий
<i>Диагностическая деятельность</i>		
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	текущий
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках анестезиологии - реаниматологии.	текущий
<i>Лечебная деятельность</i>		
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	текущий
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	текущий
<i>Реабилитационная деятельность</i>		
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	текущий
<i>Психолого-педагогическая деятельность</i>		
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья	промежуточный

	граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	
Организационно-управленческая деятельность		
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	промежуточный
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный
ПК-13	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	промежуточный

3. СООТВЕТСТВИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ ФУНКЦИЯМ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

Компетенции	Результаты освоения программы практики							
	Освоение методов санитарно-просветительной работы по воспитанию населения	Освоение методов профилактической работы, направленной на выявление	Овладение навыками ведения утвержденных форм учетной и отчетной	Овладение навыками оказания неотложной помощи пациентам по	Освоение принципов оказания консультативной помощи по	Освоение принципов ведения лечебных и реабилитационных	Ведение научных исследований о современных методах	Овладение установленным порядком правил проведения
УК-1	+	+	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+						
ПК-1	+	+					+	
ПК-2		+						
ПК-3				+				
ПК-4	+							+
ПК-5				+				
ПК-6			+					+
ПК-7					+	+		
ПК-8				+	+	+		
ПК-9					+	+		
ПК-10	+	+			+	+		
ПК-11		+	+					+
ПК-12			+		+	+		
ПК-13			+	+				

4. МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ (Б 2)

Тесты

1 ВАРИАНТ.

- Верхней границей подглазничной области является
 - скулочелюстной шов
 - нижний край глазницы
 - край грушевидного отверстия
 - альвеолярный отросток верхней челюсти
- Нижней границей подглазничной области является
 - скулочелюстной шов
 - нижний край глазницы
 - край грушевидного отверстия
 - альвеолярный отросток верхней челюсти
- Медиальной границей подглазничной области является
 - скулочелюстной шов
 - нижний край глазницы
 - край грушевидного отверстия
 - альвеолярный отросток верхней челюсти
- Латеральной границей подглазничной области является
 - скулочелюстной шов
 - нижний край глазницы
 - край грушевидного отверстия
 - альвеолярный отросток верхней челюсти
- Верхней границей скуловой области является
 - скуловисочный шов
 - скулочелюстной шов
 - передневерхний отдел щечной области
 - передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- Нижней границей скуловой области является
 - скуловисочный шов
 - скулочелюстной шов
 - передневерхний отдел щечной области
 - передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- Передней границей скуловой области является
 - скуловисочный шов
 - скулочелюстной шов
 - передневерхний отдел щечной области
 - передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- Задней границей скуловой области является
 - скуловисочный шов
 - скулочелюстной шов
 - передневерхний отдел щечной области
 - передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- Границами глазницы являются
 - стенки глазницы
 - скуловая часть, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость
 - ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов
- Верхней границей щечной области является
 - передний край m.masseter
 - нижний край скуловой кости
 - нижний край нижней челюсти
- Нижней границей щечной области является
 - средний край m.masseter
 - нижний край скуловой кости
 - нижний край нижней челюсти
- Задней границей щечной области является
 - передний край m.masseter
 - нижний край скуловой кости
 - нижний край нижней челюсти
- Верхней границей подвисочной ямки является
 - шиловидный отросток
 - бугор верхней челюсти
 - щечно-глоточная фасция
 - подвисочный гребень основной кости
 - наружная пластина крыловидного отростка
 - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- Нижней границей подвисочной ямки является
 - шиловидный отросток
 - бугор верхней челюсти
 - щечно-глоточная фасция

- г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
15. Передней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
16. Задней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
17. Внутренней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
18. Наружной границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
19. Верхней и задней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
20. Нижней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
21. Средней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
22. Внутренней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
23. Наружной границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
24. Верхней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
25. Нижней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
26. Передней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
27. Задней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги

- в) нижний край т передний ела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
28. Верхней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс g.l.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
29. Нижней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс g.l.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
30. Передней границей позадичелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс g.l.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
31. Показанием к удалению зуба является
- а) острый пульпит
 - б) глубокий кариес
 - в) острый периодонтит
 - г) хронический гранулематозный периодонтит
32. Прямыми щипцами удаляют
- а) моляры
 - б) премоляры
 - в) зубы мудрости
 - г) резцы верхней челюсти
 - д) резцы нижней челюсти
33. S-образными щипцами без шипов удаляют
- а) корни зубов
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
34. S-образными щипцами с шипом удаляют
- а) резцы
 - б) третьи моляры верхней челюсти
 - в) моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
35. Штыковидными щипцами удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры верхней челюсти
 - в) премоляры нижней челюсти
 - г) третьи моляры нижней челюсти
 - д) корни и премоляры верхней челюсти
36. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) премоляры верхней челюсти
 - г) третьи моляры верхней челюсти
 - д) корни зубов нижней челюсти
37. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти
- а) резцы
 - б) моляры
 - в) премоляры
 - г) корни зубов
38. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
- а) клыки
 - б) резцы
 - в) премоляры
 - г) корни зубов
39. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти
- а) клык
 - б) резец
 - в) премоляр
 - г) первый моляр
 - д) второй моляр
 - е) третий моляр
40. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся
- а) гайморит
 - б) периостит
 - в) альвеолит

- г) остеомиелит
 д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
41. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
 а) паротит
 б) кровотечение
 в) невралгия тройничного нерва
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
42. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится
 а) паротит
 б) невралгия тройничного нерва
 в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
43. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится
 а) паротит
 б) отлом бугра верхней челюсти
 в) невралгия тройничного нерва
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
44. Возможным осложнением во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти является
 а) синусит
 б) периостит
 в) альвеолит
 г) остеомиелит
 д) перелом нижней челюсти
45. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся
 а) анурез
 б) синусит
 в) альвеолит
 г) остеомиелит
 д) гипертонический криз
46. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 а) анурез
 б) синусит
 в) альвеолит
 г) остеомиелит
 д) анафилактический шок
47. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 а) анурез
 б) синусит
 в) обморок
 г) альвеолит
 д) остеомиелит
48. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 а) анурез
 б) синусит
 в) коллапс
 г) альвеолит
 д) остеомиелит
49. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
 а) анурез
 б) миозит
 в) коллапс
 г) невралгию
 д) альвеолит
50. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
 а) анурез
 б) миозит
 в) коллапс
 г) невралгию
 д) остеомиелит

1 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	Б	11	В	21	Г	31	Г	41	Б
2	Г	12	А	22	В	32	Г	42	В
3	В	13	Г	23	А	33	Г	43	Б
4	А	14	В	24	Б	34	В	44	Д
5	Г	15	Б	25	В	35	Д	45	Д
6	В	16	А	26	А	36	Д	46	Д
7	Б	17	Д	27	Г	37	В	47	В
8	А	18	Е	28	В	38	Г	48	В
9	А	19	Б	29	Г	39	Г	49	Д
10	Б	20	Д	30	Е	40	Д	50	Д

2 ВАРИАНТ

1 Основным симптомом перелома верхней челюсти является

- а) головная боль
 - б) носовое кровотечение
 - в) патологическая подвижность нижней челюсти
 - г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 - д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является
- а) головная боль
 - б) носовое кровотечение
 - в) патологическая подвижность нижней челюсти
 - г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 - д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
3. Основные жалобы при переломе верхней челюсти
- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
 - б) нарушение прикуса, боль, припухлость
 - в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
4. Основные жалобы при переломе нижней челюсти
- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
 - б) нарушение прикуса, боль, припухлость
 - в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
5. Синоним перелома верхней челюсти по Фор 1
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
6. Синоним перелома верхней челюсти по Фор 2
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
7. Синоним перелома верхней челюсти по Фор 3
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
8. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением
- а) на скуловые кости снизу вверх
 - б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 - в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх
9. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением
- а) на скуловые кости снизу вверх
 - б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 - в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх
10. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей
- а) периостит
 - б) фурункулез
 - в) рожистое воспаление
 - г) нагноение костной раны
11. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти
- а) открытый прикус
 - б) кровотечение из носа
 - в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
 - г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
 - д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
12. Характерный симптом при двухстороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти
- а) открытый прикус
 - б) кровотечение из носа
 - в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
 - г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
 - д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
13. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит
- а) книзу
 - б) вверх
 - в) медиально
 - г) латерально
14. Диета пациентов с переломами челюстей
- а) трубчатая (1)
 - б) трубчатая (15)
 - в) общий стол (15)
 - г) хирургическая (1)
 - д) высококалорийная
15. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- а) течением раневого процесса
 - б) быстрым развитием осложнений
 - в) сроками эпителизации раны
 - г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью
16. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- а) течением раневого процесса
 - б) сроками эпителизации раны
 - в) быстрым развитием осложнений
 - г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

17. Вторичным ранащими снарядами называются
- разрывные пули
 - осколки снаряда
 - стреловидные элементы
 - зона некротических изменений костной ткани
 - зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета
18. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются
- в антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
 - в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
 - в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
19. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24 часов
 - 48 часов
 - 72 часов
20. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24-48 часов
 - 3 суток
 - 8 суток
21. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
- 8-12 часов
 - 24 часа
 - 48 часов
 - 8 суток
22. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - на 6-7-е сутки
 - на 7-8-е сутки
 - на 8-9-е сутки
23. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - на 8-9-е сутки
 - после эпителизации раны
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
24. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - после эпителизации раны
 - с началом формирования рубца
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
25. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
- при эпителизации раны
 - при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
 - при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
26. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
- гамма-глобулина
 - антирабической сыворотки
 - стафилококкового анатоксина
 - противостолбнячной сыворотки
27. БМП - это
- медицинский пункт полка
 - база медицинской поддержки
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
28. МПП - это
- медицинский пункт полка
 - база медицинской поддержки
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
29. ОМедБ - это
- медицинский пункт полка
 - основная медицинская база
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
30. ППХГ - это
- медицинский пункт полка
 - батальонный медицинский пункт

- в) отдельный медицинский батальон
 - г) полевой подвижной химический гарнизон
 - д) полевой подвижной хирургический госпиталь
 - е) специализированный хирургический подвижной госпиталь
31. СХППГ - это
- а) медицинский пункт полка
 - б) батальонный медицинский пункт
 - в) отдельный медицинский батальон
 - г) полевой подвижной хирургический госпиталь
 - д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
 - е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон
32. Мероприятия при переломах челюстей на БМП
- а) остеосинтез
 - б) наложение гладкой шины скобы
 - в) наложение бимаксиллярных шин
 - г) межчелюстное связывание по Айви
 - д) временная (транспортная) иммобилизация
33. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя
- а) наложение бимаксиллярных шин
 - б) временную (транспортную) иммобилизацию
 - в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
 - г) наложение гладкой шины скобы
 - д) остеосинтез
34. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область
- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
 - б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
 - в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением
35. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область
- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
 - б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
 - в) устранение недостатков первой врачебной помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением
36. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей
- а) остеосинтез
 - б) транспортная иммобилизация
 - в) наложение бимаксиллярных шин
37. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) при продолжающемся кровотечении
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
38. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) при угрозе асфиксии
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
39. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) временно не транспортабельных
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
40. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) агонирующих
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
41. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей
- а) временная иммобилизация
 - б) оперативные методы иммобилизации
 - в) консервативные методы иммобилизации
 - г) все виды консервативных и оперативных методов лечения
42. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область
- а) 7 дней
 - б) 15 дней
 - в) 30-90 суток
 - г) 6 месяцев
 - д) один год
43. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются
- а) в МПП
 - б) в ОМедБ
 - в) в госпитальную тыловую базу
 - г) в госпиталь для легкораненых
44. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ
- а) 5-7 дней
 - б) 7-14 дней
 - в) до 1 месяца

- г) 30-90 суток
 д) один год
45. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) временно нетранспортабельных
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
46. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) агонирующих
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
47. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) при угрозе асфиксии
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
48. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) при продолжающемся кровотечении
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
49. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) не выведенных из шока
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
50. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
 а) врач
 б) санитарный инструктор
 в) эпидемиологическая служба
 г) служба медицинской разведки полка

2 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	Г	11	Д	21	В	31	Д	41	Г
2	В	12	А	22	А	32	Д	42	В
3	Б	13	А	23	Г	33	Б	43	В
4	Б	14	Б	24	В	34	В	44	А
5	В	15	Г	25	В	35	В	45	В
6	Б	16	Г	26	Г	36	Б	46	А
7	А	17	Д	27	В	37	В	47	А
8	Г	18	Д	28	А	38	А	48	В
9	В	19	В	29	Г	39	В	49	В
10	Г	20	В	30	Е	40	А	50	Б

3 ВАРИАНТ

1. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
 а) гиперсаливация
 б) частичная адентия
 в) массивные зубные отложения
 г) хроническая травма слизистой оболочки
 д) заболевания желудочно-кишечного тракта
2. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
 а) гиперсаливация
 б) частичная адентия
 в) предраковые заболевания
 г) массивные зубные отложения
 д) заболевания желудочно-кишечного тракта
3. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить
 а) к районному онкологу
 б) к специалисту-радиологу
 в) к участковому терапевту
 г) к хирургу общего профиля
 д) к специалисту-стоматологу
4. Больной с диагнозом "Злокачественное новообразование" челюстно-лицевой области должен быть направлен
 а) к районному онкологу
 б) к специалисту-радиологу
 в) к участковому терапевту
 г) к хирургу общего профиля
 д) к специалисту-стоматологу
5. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится

- а) физикальный
 - б) биохимический
 - в) цитологический
 - г) иммунологический
 - д) ангиографический
6. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится
- а) физикальный
 - б) биохимический
 - в) гистологический
 - г) ангиографический
 - д) иммунологический
7. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований
- а) ранних симптомов
 - б) препаратов для лечения
 - в) профессиональных вредностей
 - г) допустимых доз лучевой терапии
8. Под онкологической настороженностью понимают знание
- а) профессиональных вредностей
 - б) допустимых доз лучевой терапии
 - в) поздних симптомов злокачественных новообразований
 - г) препаратов для лечения злокачественных новообразований
 - д) системы организации помощи онкологическим больным
9. Под онкологической настороженностью понимают знание
- а) профессиональных вредностей
 - б) препаратов для лечения опухолей
 - в) допустимых доз лучевой терапии
 - г) специальных методов обследования, ранней диагностики
 - д) системы организации помощи онкологическим больным
10. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается
- а) киста
 - б) киста
 - в) киста
 - г) киста
 - д) киста
11. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается
- а) киста
 - б) киста
 - в) киста
 - г) киста
 - д) киста
12. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является
- а) боль
 - б) симптом Венсана
 - в) нарушение глотания
 - г) плотное обызвествленное образование
 - д) безболезненная деформация в виде вздутия
13. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани
- а) в виде "тающего сахара"
 - б) с нечеткими границами в области образования
 - в) в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
14. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
- а) с одонтомой
 - б) с цементомой
 - в) с амелобластомой
 - г) с твердой одонтомой
 - д) с репаративной гранулемой
15. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
- а) с одонтомой
 - б) с цементомой
 - в) с твердой одонтомой
 - г) с радикулярной кистой
 - д) с репаративной гранулемой
16. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани
- а) в виде "тающего сахара"
 - б) с четкими границами и тенью зуба в полости
 - в) с нечеткими границами в области образования
 - г) в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
17. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
- а) лимфы
 - б) крови
 - в) мутной жидкости
 - г) холестеотомных масс
 - д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
18. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
- а) цистэктомия
 - б) криодеструкция

- в) склерозирование
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
19. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
- а) цистотомия
 - б) цистэктомия
 - в) криодеструкция
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
20. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
- а) прорастание кисты в полость носа
 - б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - в) небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - г) большие размеры (до 3 зубов в полости)
 - д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
21. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
- а) прорастание кисты в полость носа
 - б) одиночная киста с одним корнем в полости
 - в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - г) большие размеры (до 3 зубов в полости)
 - д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
22. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- а) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - б) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов
23. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- а) прорастает в полость носа
 - б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - в) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
24. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
- а) оттеснивших полость носа
 - б) нижней челюсти больших размеров
 - в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
25. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
- а) оттеснивших полость носа
 - б) нижней челюсти больших размеров
 - в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
26. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является
- а) миоцит
 - б) рецидив
 - в) панкреатит
 - г) инфаркт миокарда
27. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является
- а) гематома
 - б) одонтогенная инфекция
 - в) длительность существования кисты
 - г) послеоперационное воспаление раны
 - д) не полностью удаленная оболочка кисты
28. Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование
- а) "причинного" зуба
 - б) всех зубов челюсти
 - в) зубов-антагонистов
 - г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
29. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование
- а) "причинного" зуба
 - б) всех зубов челюсти
 - в) зубов-антагонистов
 - г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
30. Для пломбирования канала при подготовке к операции по поводу кисты челюсти лучше использовать
- а) симедент
 - б) амальгаму
 - в) фосфат-цемент
 - г) эвгенол-тимоловую пасту
 - д) резорцин-формалиновую пасту
31. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является
- а) гематома
 - б) длительность существования кисты
 - в) послеоперационное воспаление раны
 - г) не полностью удаленная оболочка кисты
 - д) раннее закрытие трепанационного отверстия
32. Двухэтапная цистэктомия на верхней челюсти проводится, когда киста больших размеров
- а) прорастает поднадкостнично
 - б) оттесняет верхнечелюстную пазуху
 - в) разрушает костное дно полости носа
 - г) располагается в области премоляров
33. Двухэтапная цистэктомия на нижней челюсти проводится, когда киста больших размеров располагается в области

- а) клыков
 - б) моляров
 - в) премоляров
 - г) тела и ветви
 - д) мышечкового отростка
34. Неодонтогенное происхождение имеет киста
- а) кератокиста
 - б) радикулярная
 - в) фолликулярная
 - г) носо-небного канала
35. Неодонтогенное происхождение имеет киста
- а) кератокиста
 - б) радикулярная
 - в) фолликулярная
 - г) шаровидно-верхнечелюстная
36. Неодонтогенное происхождение имеет киста
- а) носо-губная
 - б) кератокиста
 - в) радикулярная
 - г) фолликулярная
37. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является
- а) цистотомия
 - б) цистэктомия
 - в) криодеструкция
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
38. По происхождению неодонтогенные кисты челюстей
- а) связаны с зубами
 - б) не связаны с зубами
39. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением
- а) эмбриогенеза лица
 - б) формирования корня зуба
 - в) формирования зачатка зуба
 - г) развития зубного фолликула
40. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят
- а) гемисекцию
 - б) пломбирование канала
 - в) эндодентальный электрофорез
 - г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала
41. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) щек
 - б) губы
 - в) дна полости рта
42. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) губы
 - б) дна полости рта
 - в) задней трети языка
43. Клинически фиброма - это опухоль округлой формы
- а) на ножке
 - б) на широком основании
 - в) на инфильтративном основании
44. Основным методом лечения фибром является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) иссечение в пределах здоровых тканей
45. Фиброматоз относится
- а) к истинным опухолям
 - б) к опухолеподобным образованиям
46. Фиброматоз развивается в результате
- а) вредных привычек
 - б) нарушения эмбриогенеза
 - в) хронического механического раздражения
47. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) щек
 - б) верхней губы
 - в) дна полости рта
 - г) переходной складки с вестибулярной стороны
48. Основным методом лечения фиброматоза является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) иссечение новообразования вместе с надкостницей
49. Основным методом лечения фиброматоза является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) устранение хронической травмы слизистой оболочки
50. Липома состоит из жировой ткани

- а) зрелой
 б) незрелой
 в) незрелой и зрелой

3 вариант									
№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	Г	11	В	21	Б	31	Д	41	А
2	В	12	Д	22	В	32	В	42	В
3	Д	13	Г	23	А	33	Г	43	Б
4	А	14	В	24	Г	34	Г	44	Г
5	В	15	Г	25	Г	35	Г	45	Б
6	В	16	Б	26	Б	36	А	46	В
7	В	17	Д	27	Д	37	Б	47	Г
8	В	18	А	28	Г	38	Б	48	Г
9	Г	19	А	29	А	39	А	49	Г
10	б	20	В	30	В	40	Г	50	А

Вопросы для устного собеседования

- Анатомические особенности строения и иннервации челюстно-лицевой области. Анатомические особенности верхней и нижней челюсти, связанные с обезболиванием.
 - Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области. Жалобы. Анамнез заболевания. Анамнез жизни: наследственность, перенесенных и сопутствующие заболевания, вредные привычки (употребление алкогольных напитков, курение), аллергологический анамнез. Местный статус: осмотр, пальпация, перкуссия.
 - Исследование функции двигательных и чувствительных нервов. Обследование слюнных желез, ВНЧС, регионарных лимфатических узлов лица и шеи.
- Определение характера и величины дефектов и деформаций тканей органов лица и полости рта, состояния окружающих тканей. Оценка степени анатомических, функциональных и эстетических нарушений.
- Объективные методы исследования и применения современной диагностической аппаратуры. Рентгенологические: рентгенография, томография, панорамная рентгенография и пантомография, магнито-ядерно-резонансная и компьютерная томография. Применение искусственного контрастирования.
 - Морфологические методы: цитологическое исследование отпечатков, пункционного материала. Биопсия пункционная и эксцизионная, экспресс-биопсия; гистологическое исследование материала.
 - Методы функциональной диагностики: электроодонтометрия, реография, полярография, электромиография. Радиоизотопная, ультразвуковая диагностика.
 - Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
 - Цель и задачи обезбоживания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента: сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный.
 - Клинико-фармакологическая характеристика местно-анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии (показания, противопоказания).
 - Назовите виды обезбоживания, используемые в стоматологии.
 - Назовите виды общего обезбоживания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию общего обезбоживания в стоматологии. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Посленаркозный период.
 - Назовите виды местного обезбоживания, используемые в стоматологии. Перечислите показания к использованию местного обезбоживания в стоматологии.
 - Какие формы лекарственных средств, используемых для аппликационной анестезии, вы знаете?
 - Назовите виды инфильтрационной анестезии.
 - Расскажите о препаратах, используемых для инфильтрационной анестезии.
 - Назовите препараты группы сложных эфиров. Назовите препараты группы амидов.
 - Какова цель использования вазоконстрикторов. Назовите их. Какой должна быть концентрация вазоконстрикторов, используемых для местной анестезии?
 - Перечислите инструменты, используемые для проведения анестезий, и методы их обработки.
 - Расскажите о методике проведения подслизистой, поднадкостничной, интрасептальной, интралигаментарной анестезий.
 - Назовите неинъекционные (аппликационная, электроаналгезия) способы местной анестезии. Показания и методы проведения неинъекционной местной анестезии на верхней челюсти?
 - Перечислите отличительные особенности прямой и непрямой инфильтрационной анестезии верхней челюсти. В чем заключаются особенности инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.
 - Показания, техника и зона обезбоживания при проведении туберальной анестезии.
 - Показания и метод проведения анестезии у большого небного отверстия. Обозначьте зону обезбоживания при проведении резцовой анестезии.
 - Показания и метод проведения анестезии у резцового отверстия. Обозначьте зону обезбоживания при проведении резцовой анестезии.
 - Назовите ветви нерва, которые выключаются при мандибулярной анестезии. Показания и методика ее проведения.
 - Назовите ветви нерва, которые выключаются при инфраорбитальной анестезии. Показания и методика ее проведения.
 - Особенности инфильтрационного обезбоживания инъекторами и карпульными анестетиками, показания и противопоказания к их применению.
 - Стволовая: (региональная) анестезия у овального и круглого отверстия.
 - Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Этапы операции удаления зуба.
 - Методика удаления зубов на нижней челюсти. Инструменты.
 - Методика удаления зубов на верхней челюсти. Инструменты.
 - Методика удаления корней на верхней и нижней челюстях. Инструменты.
 - Операции при затрудненном прорезывании третьего моляра.
 - Особенности операции удаления зуба у лиц с сопутствующими заболеваниями.
 - Особенности операции удаления ретинированных и дистопированных зубов.
 - Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. Профилактика и устранение осложнений, возникающих после удаления зуба.
 - Альвеолит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

38. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний ЧЛО.
39. Периодонтиты. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
40. Острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита. клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика, морфологическая картина, дифференциальная диагностика различных форм.
42. Ампутация корня. Показания и противопоказания к ампутации. Техника выполнения, осложнения.
43. Коронорадикулярная сепарация. Показания, техника выполнения.
44. Гемисекция. Показания, техника выполнения.
45. Резекция верхушки корня. Показания, подготовка зуба к операции, техника выполнения.
46. Операция реплантации зуба. Показания, противопоказания. Подготовка, этапы операции, осложнения.
47. Ошибки и осложнения оперативного лечения хронических периодонтитов, их профилактика.
48. Острый одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
49. Тактика хирурга по отношению к "причинному зубу" при остром периостите. Особенности периостомии на вестибулярной, язычной, небной поверхностях.
50. Одонтогенный абсцесс твердого неба. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.
51. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, особенности течения на нижней челюсти.
52. Подострая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
53. Хронический остеомиелит челюстей. Классификация, клиника и рентгенологическая картина различных форм хронического остеомиелита.
54. Лечение хронического остеомиелита челюстей. Особенности хирургического вмешательства на верхней и нижней челюсти.
55. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.
56. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика.
57. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика, особенности лечения.
58. Показания к оперативному лечению при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах. Техника оперативного лечения.
59. Методы консервативного и оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита.
60. Острый одонтогенный лимфаденит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
61. Хронический лимфаденит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
62. Дифференциальная диагностика специфических и неспецифических лимфаденитов.
63. Фурункул, карбункул лица. Клиника, диагностика, лечение.
64. Рожистое воспаление лица. Клиника, диагностика, лечение. Предрасполагающие факторы для развития заболевания, классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
65. Нома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, прогноз.
66. Определение понятия "одонтогенной инфекции". Взаимосвязь одонтогенной инфекции с общей патологией.
67. Состояние неспецифической иммунологической реактивности у больных с острой одонтогенной воспалительной патологией. Три иммунологических варианта развития воспалительных заболеваний.
68. Пути распространения инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛО одонтогенного происхождения.
69. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
70. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, клиника, особенности проведения разрезов, пути распространения инфекции.
71. Абсцесс и флегмона глазницы. Топографическая анатомия, пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
72. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подглазничной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
73. Одонтогенные абсцессы и флегмоны скуловой области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
74. Одонтогенные абсцессы и флегмоны позадичелюстной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
75. Флегмона подвисочной и крыло-небной ямок. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
76. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидночелюстного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, оперативный доступ к очагу.
77. Одонтогенные абсцесс и флегмона поднижнечелюстной области. Топографическая анатомия поднижнечелюстного треугольника, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
78. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подъязычной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
79. Одонтогенные абсцесс челюстно-язычного желобка. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.
80. Абсцесс и флегмона языка. Топографическая анатомия клетчаточных пространств языка, пути распространения инфекции
81. Одонтогенные абсцесс и флегмона подподбородочной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
82. Одонтогенные абсцесс и флегмона околоушно-жевательной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ к гнойному очагу.
83. Абсцесс и флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
84. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
85. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Людвига). Причины возникновения. Клиника, диагностика. Особенности лечения.
86. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
87. Общие принципы лечения флегмон лица и шеи. Методы консервативной терапии.
88. Лечение острой одонтогенной инфекции. Принципы этиотропной терапии. Выбор антибактериальных препаратов.
89. Методы экстракорпоральной детоксикации, используемые при воспалительных заболеваниях ЧЛО, показания к применению.
90. Общие принципы хирургического лечения абсцессов и флегмон лица и шеи. Особенности проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон ЧЛО.
91. Одонтогенный медиастенит. Причины возникновения, клиника, диагностика, лечение, пути профилактики.
92. Флебит лицевых вен. Клинические проявления, диагностика, лечение. Осложнения.

93. Особенности строения вен лица. Флебит лицевых вен: этиология, клиника, лечение, пути профилактики.
94. Осложнения острой одонтогенной инфекции. Тромбоз пещеристого синуса. Внутричерепные осложнения.
95. Осложнения воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Сепсис. Клиника, диагностика, лечение. Септический шок.
96. Внутричерепные осложнения одонтогенной инфекции тканей ЧЛЮ. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
97. Менингеальные осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение.
98. Неогнестрельные повреждения. Повреждения мягких тканей. Ушиб лица. Раны лица.
99. Повреждения зубов. Вывихи и переломы зубов. Перелом альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
100. Вывихи нижней челюсти. Лечение вывихов и переломов зубов. Методы иммобилизации.
101. Неогнестрельные повреждения костей лица. Травма костей лица. Ушибы и переломы костей лица.
102. Переломы по типу "зеленой ветки", поднадкостничные переломы.
103. Методы фиксации костных отломков. Отрорпедические методы иммобилизации костных отломков. Сроки заживления переломов.
104. Методы остеосинтеза. Техники операции. Крепление отломков челюсти с помощью костного шва. Варианты остеосинтеза. Оперативные методы закрепления отломков нижней челюсти. Фиксация надкостная и внутрикостная.
105. Методы иммобилизации. Хирургические методы иммобилизации отломков челюстей.
106. Заживление переломов челюстей и сроки снятия шин и аппаратов. Осложнения при повреждении челюстно-лицевой области. Травматический остеомиелит челюстей.
107. Переломы верхней челюсти. Уровни переломов верхней челюсти. Варианты переломов верхней челюсти по Вассмунду.
108. Транспортная иммобилизация. Лечебная иммобилизация. Принципы общей терапии и больных с переломами челюстей. Питание больных.
109. Переломы скуловой кости и дуги. Методы репозиции. Переломы костей носа.
110. Осложнения травмы ЧЛЮ. Ранние осложнения. Поздние осложнения. Травматический гайморит.
111. Огнестрельные повреждения ЧЛЮ. Характеристика огнестрельной раны по Ю.Г. Шапошникову.
112. Основные группы раненых. Классификация повреждений ЧЛЮ.
113. Повреждения анатомической области. Особенности огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей. Симптоматология и диагностика.
114. Классификация ранений мягких тканей лица. Особенности огнестрельных ранений ЧЛЮ. Ранение мягких тканей лица.
115. Огнестрельные переломы костей лица. Переломы верхней челюсти. Виды огнестрельных переломов верхней челюсти и направления раневых каналов. Виды и объем медицинской помощи раненым в ЧЛЮ.
116. Объем хирургической стоматологической помощи. Доврачебная помощь, первая врачебная помощь и квалифицированная медицинская помощь. Специализированная медицинская помощь.
117. Особенности лечения огнестрельных переломов костей лица. Уход за ранеными в лицо и профилактика осложнений.
118. Огнестрельный остеомиелит челюстей. Кровотечения, асфиксия.
119. Ожоги и отморожения лица, шеи и полости рта. Анатомия кожи лица и шеи.
120. Классификация ожогов. Клиническая картина. Лечение ожогов. Местное лечение. Хирургическое лечение. Электроожоги. Химические ожоги.
121. Отморожения. Радиационные повреждения лица и шеи. Периоды лучевой болезни.
122. Военно-врачебная экспертиза при челюстно-лицевых ранениях.
123. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей и слизистой оболочки полости рта, лица и шеи. Международная классификация опухолей.
124. Папиллома и папилломатоз. Фиброма. Фиброматоз десен. Липома. «Жирная шея» Маделунга. Миома. Сосудистые опухоли. Гемангиома. Системный гемангиоз. Лимфангиома.
125. Гистологическая классификация. Опухоли слюнных желез. Аденома Аденолимфома. Плеоморфная аденома.
126. Доброкачественные опухоли лицевого скелета. Классификация доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов лицевого скелета у детей.
127. Опухолеподобные образования и диспластические процессы.
128. Злокачественные эпителиальные опухоли полости рта и челюстей. Злокачественные опухоли челюстей неэпителиальной природы. Клиническая классификация TNM.
129. Лучевые повреждения челюстно – лицевой области у онкологических больных. Профилактика и лечение местных лучевых осложнений челюстно-лицевой области.

Алгоритмы практических навыков

- Алгоритм организации хирургической стоматологической помощи населению;
- Алгоритм выполнения новейших методов исследования, применяемых в хирургической стоматологии;
- Алгоритм организации процесса имплантологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов;
- Алгоритм составления трудового договора (контракт) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- Алгоритм подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности «врач-стоматолог-хирург»;
- Алгоритм организовать повседневную работу врача-стоматолога-хирурга и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших;
- Алгоритм пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-хирурга;
- Алгоритм определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной стоматологической помощи распространенных стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- Алгоритм определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространенных стоматологических заболеваний;
- Алгоритм определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;
- Алгоритм применять инструментальные и неинструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца;
- Алгоритм осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- Алгоритм необходимости участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и

старческого возраста;

- Алгоритм выполнения профилактических мероприятий хирургических стоматологических заболеваний;
- Алгоритм выполнения общеклинического обследования больного и оформить историю болезни.

Задачи

Задача № 1

Больной 27 лет обратился с жалобой на **НАЛИЧИЕ** безболезненного опухолевидного образования в подъязычной области справа, которое заметил около полутора месяцев назад. Связывает его появление с частым употреблением варёной рыбы, которую очень любит. Образование медленно увеличивалось в размерах. Неделю тому назад, после приема грубой пищи, обратил внимание на выделение изо рта большого количества вязкой прозрачной жидкости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшилось, но через сутки оно вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров, что и вынудило пациента обратиться к врачу. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В подъязычной области справа имеется опухолевидное образование размерами 3,5 x 2,0 x 1см, вытянутой, округло-овальной формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачная. Сквозь неё просвечивает скопившееся содержимое голубоватого оттенка. Основание языка незначительно смещено в здоровую сторону. При пункции опухолевидного образования получена вязкая, тягучая, прозрачная жидкость.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова возможная причина заболевания?
3. Анатомо-топографическое положение подъязычных слюнных желез.
4. С чем связано уменьшение размеров новообразования? 5. Что представляет собой вязкая, тягучая жидкость?
6. Варианты хирургического лечения данного заболевания.
7. Какие осложнения возможны при проведении операции?

Задача № 2

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойно-крошковым отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Каковы пути распространения инфекции?
4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
5. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?
6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Задача № 3

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на невозможность закрыть рот после акта зевания. При осмотре лицо больного вытянуто в длину за счет смещения нижней челюсти книзу и впереди. Рот 86 полуоткрыт, из него самопроизвольно вытекает слюна, попытки закрыть рот ни к чему не приводят, только вызывают боль в мышцах и в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Больной расстроен и беспомощен. Речь неразборчива. При пальпации в области височно-нижнечелюстных суставов наличия суставных головок в ямках не определяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные, отсутствующие в описании, характерны для данного вида патологии? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Перечислите факторы, способствующие возникновению данного вида патологии.
5. Классификация данного вида патологии.
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Методы устранения данной патологии через 1-3 часа после случившегося.
8. Тактика ведения больных после устранения данной патологии.

Задача № 4

Пациентка 43 лет обратилась с целью санации полости рта. Любые стоматологические манипуляции вызывают у нее сильный, неконтролируемый страх. В процессе лечения пациентке предстоит удаление 18, 15, 14, 27, 36, 38, 44 и 46 зубов.

1. Какими способами и средствами можно уравновесить психологическое состояние пациентки?
2. Какими будут особенности премедикации при наличии у пациентки ишемической болезни сердца (сахарного диабета, бронхиальной астмы)?
3. Какой вид обезболивания может быть использован при удалении 18, 15 и 14 зубов?
4. Каким анестетиком будет отдано предпочтение при удалении зубов, если у пациентки гипертоническая болезнь?
5. Опишите методику проведения торусальной анестезии.
6. Каковы критерии наступления торусальной анестезии?

Задача № 5

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина в количестве 5 мл для удаления 14 зуба, у больного появилось ощущение слабости, бледность кожных покровов, ощущение тяжести за грудиной, шумное дыхание, осиплость голоса, сердцебиение, холодный пот, АД снизилось до 90/50 мм.рт.ст. Затем, после судорог, возникла потеря сознания.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.
5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?
6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?
7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Задача № 6

У пациентки, находящейся на 4 месяце беременности возникла необходимость удаления разрушенного 38 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли противопоказания к удалению зуба?
2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?
3. Как необходимо подготовить больную к операции удаления зуба?
4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства?
5. Какую анестезию следует выполнить?
6. Какие чувствительные нервы, помимо ветвей V пары, участвуют в иннервации слизистой оболочки ретромолярного треугольника и как их блокировать?
7. Каким инструментом можно удалить 38 зуб? Опишите методику.
8. Особенности послеоперационного периода у беременных.

Задача № 7

Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, 89 имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты серовато-грязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Составьте план комплексного лечения.
6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?
7. Исход заболевания? Возможные осложнения?

Задача № 8

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. 90 Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см. 1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
6. Возможные осложнения.

Задача № 9

Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте, в момент крика о помощи. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не смог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения рентгенограммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после получения травмы. При осмотре: лицо выглядит чрезмерно удлиненным из-за того, что больной не может сомкнуть зубные ряды, симптом Фабриканта (или симптом 91 «нагрузки») резко положительный в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади. Контакт зубовантагонистов только в области последних моляров. R-граммы выполнены в неприемлемой проекции, нужной информации не несут.

1. О каком повреждении какой кости следует думать?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует выполнить?
3. Возможные осложнения и их предупреждение.

Задача № 10

Больная 58 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстных суставов обеих сторон. Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелканья в обоих суставах после вывиха нижней челюсти при зевании 3 года тому назад, чему не придавала тогда особого значения. Спустя 1,5-2 года в области суставов стали появляться ноющие боли, которые усиливались при движениях нижней челюстью, особенно при пережевывании жесткой пищи. Объективно: открывание рта чрезмерное, до четырёх пальцев пациентки между резцами. При этом подбородок совершает зигзагообразные движения вначале влево, а затем вправо. Пальпация в области ВНЧ суставов болезненна, при аускультации областей ВНЧ суставов движения суставных головок сопровождается хорошо слышимым хрустом и глухими ударами на вершине амплитуды движения. В полости рта: отмечается двусторонний концевой дефект зубных рядов, отсутствуют 17, 16, 26, 27 зубы. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. На рентгенограмме по Шюллеру-Майеру отмечается уплотнение кортикальных замыкательных пластинок суставных головок с явлениями остеосклероза. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧ суставов. При широко открытом рте 92 суставные головки находятся впереди от суставных бугорков, которые сглажены и имеют небольшую высоту, особенно правый.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Какие особенности анатомического строения ВНЧС Вы знаете?
3. Классификация разновидностей данного заболевания
4. Этиология и патогенез данного заболевания.

5. Дифференциальная диагностика.
6. Составьте план комплексного лечения.

Задача № 11

Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость спереди от козелка уха в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, резкое ограничение открывания рта. Боли усиливаются при попытке приеме пищи, при движениях нижней челюстью. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла после получения удара «в ухо» слева около 12 часов назад. Больной сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Появившийся отек мягких тканей в околоушной области слева постепенно нарастал, усиливалось и ограничение подвижности нижней челюсти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушной области слева, ближе к козелку уха имеется подкожная гематома размером 2,2 x 1,9 см, пальпация в этом участке болезненна. Открывание рта резко ограничено – до полутора см между резцами. В полости рта: ортогнатический прикус, целостность альвеолярных отделов челюстных костей не нарушена, при открывании рта боковых смещений нижней челюсти не определяется. При рентгенологическом 93 исследовании по Шюллеру костные структуры, образующие сустав, в норме, суставная щель слева несколько расширена при сомкнутых челюстях.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие особенности височно-нижнечелюстного сустава Вы знаете?
3. Этиология данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечебных мероприятий.
6. Особенности ведения больных с такой патологией.
7. Прогноз.

Задача № 12

Больной 27 лет обратился с жалобами на невозможность полноценного открывания рта. Питается только жидкой пищей, ограничение движений нижней челюсти происходило постепенно, в течение полугода. Шесть месяцев тому назад в результате имевшей место обширной флегмоны справа образовались несколько рубцов на месте имевшихся разрезов после лечения в стационаре. Рубцы со временем становились всё грубее, а открывание рта становилось всё более ограниченным. При внешнем осмотре в месте соединения скуловой кости и скуловой дуги справа на коже имеется втянутый трёхлепестковый рубец. При пальпации определяется рубцовый конгломерат под кожей, идущий от скуловой дуги к венечному отростку. Движения суставных головок сохранены, но в ограниченном объёме. Открывание рта на 8-9 мм между резцами. В полости рта: большое количество мягкого зубного налёта, остатки пищи в складках слизистой оболочки и в области переходных складок.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каковы причины, вызывающие заболевание?
3. Классификация данной патологии
4. Дайте определение заболевания.
5. Методы лечения этой патологии.
6. Причины рецидивов данного заболевания и их профилактика.

Задача № 13

Через 5 минут после проведения инфильтрационной анестезии 2% раствором лидокаина у шестидесятилетней пациентки гипертензивного телосложения, в количестве 5 мл с 0,1% раствором адреналина для удаления 14 зуба, появилось ощущение головокружения, головная боль, гиперемия кожи лица, шумное дыхание, сердцебиение, холодный пот, АД поднялось до 190/110 мм.рт.ст. Затем появился шум в ушах, звон, стук «молоточков» в височных областях, позывы к рвоте.

1. О каком осложнении может идти речь?
2. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?
3. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?
4. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.
5. Каковы возможные варианты течения описанного патологического состояния?
6. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?
7. Профилактика осложнений при местном обезболивании.

Задача № 14

У больного 35 лет, готовящегося к протезированию, при обследовании опорных зубов на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с 95 четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками интактных 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 не запломбированы.

1. Какой диагноз вы поставите этому больному?
2. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией?
3. Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такого больного?
4. Каким анестетикам следует отдать предпочтение?
5. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе? Опишите основные этапы хирургического вмешательства
6. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.
7. Что можно использовать для стимуляции остеогенеза в зоне деструкции костной ткани?

Задача № 15

Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на 1/2 коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбировочного материала в канале 35 зуба на 1/3 длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм. 96

1. Поставьте диагноз.
2. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхушечные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?
3. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.
4. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.
5. Какие щипцы Вы предпочтете, и в какое положение усадите больного?
6. Опишите этапы удаления зуба и положение левой руки врача при этом.
7. Как добиться полноценного формирования сгустка?
8. Каковы прогнозы при различных подходах к лечению

Задача № 16

Больной 39 лет обратился с жалобами на периодически возникающие ноющие боли в области 36 зуба, которые начали проявляться полгода назад после его лечения. Объективно: 36 зуб под пломбой, изменён в цвете, перкуссия его слабо болезненна, слизистая оболочка вокруг 36 гиперемирована, отёчна и пастозна, слегка цианотична. В проекции корней 36 зуба, на слизистой оболочке десны, имеется нефункционирующий на момент осмотра свищевой ход. На R-грамме: определяется участок деструкции костной ткани с неровными краями размерами до 2 мм в области бифуркации корней 36 зуба. Тень пломбирочного материала прослеживается до верхушечных отверстий всех каналов 36 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. На каком этапе лечения была допущена ошибка?
3. Возможно ли сохранение 36 зуба консервативными методами?
4. Какую зубосохраняющую операцию можно провести в данной ситуации?
5. Как подготовить больного к операции?
6. В случае удаления зуба, какую анестезию следует провести? Опишите методику.
7. Выбор щипцов и этапы удаления 36 зуба.
8. Какие действия нужно предпринять после удаления зуба у данного больного?

Задача № 17

Больной 58 лет обратился с жалобами на выраженную подвижность 42, 41, 31, 32 зубов на нижней челюсти, боль при попытке откусывания твёрдой пищи. Объективно: коронки 42, 41, 31, 32 зубов интактны, корни 42, 41, 31, 32 оголены на 2/3 своей длины. Подвижность зубов 3 степени. Слизистая оболочка вокруг указанных зубов обычной окраски. На R-грамме определяется оголение корней зубов 42, 41, 31, 32 на 2/3 длины, резорбция окружающей костной ткани, значительное расширение периодонтальной щели вокруг указанных зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите анестетик и вид анестезии.
3. Чем Вы должны руководствоваться при выборе анестетика?
4. Какие щипцы Вы используете для удаления 42, 41, 31, 32 зубов?
5. Положение врача и положение больного при удалении 42, 41, 31, 32 зубов.
6. Этапы удаления 42, 41, 31, 32 зубов в данном конкретном случае.
7. Этапы заживления лунки.

Задача № 18

Больная 37 лет обратилась с жалобами на обильное кровотечение из лунки 36 зуба, удаленного 3 часа назад. Сутки назад у неё не начались регулы.

1. В чём заключается грубая ошибка хирурга стоматолога, удалившего зуб?
2. Какими могут быть общие и местные причины луночкового кровотечения?
3. Как определить, из какого участка тканей, окружающих лунку, отмечается кровотечение?
4. Какие возможные варианты остановки кровотечения следует применить при преобладании общих его причин?
5. Перечислите местные способы остановки луночкового кровотечения.
6. Профилактика луночковых кровотечений.

Задача № 19

Больная 27 лет обратилась в хирургический кабинет с жалобами на боль в области лунки удаленного накануне 45 зуба, неприятный запах изо рта, слабость, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела до 37,5 °С. При внешнем осмотре отмечается незначительный отек кожи в нижнем отделе правой щёчной области, регионарные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны. Кожа в этих участках цвете не изменена. Открывает рот свободно. В полости рта: лунка отсутствующего 45 пустая, стенки ее покрыты грязно-серым налетом. Слизистая оболочка вокруг гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. Перечислите возможные причины возникшего осложнения.
4. Какова лечебная тактика врача в подобной ситуации?
5. Какое местное лечение следует провести больной?
6. Какое общее медикаментозное лечение должно быть назначено этой больной?
7. Каким образом оценивается трудоспособность такого больного? 8. Возможный прогноз и сроки лечения.

Задача № 20

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита. 1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Задача № 21

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе шипцов?
2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба?
3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба.
4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи?
5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе?
6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи?
7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Задача № 22

В стоматологическую поликлинику обратился больной 49 лет с жалобами на наличие припухлости в области угла нижней челюсти справа, общую слабость, плохой сон, плохой аппетит, наличие повышенной (до 37,6*С) температуры. В анамнезе: в течение трёх лет состоит на учёте у фтизиатра по поводу специфического процесса в правом лёгком и поражения правого тазобедренного сустава. Реакция Манту, проведенная месяц тому назад, дала положительный результат. Считает себя больным около 2 месяцев, когда появились боли в 48 зубе, а затем припухлость в области угла нижней челюсти справа. По месту жительства стоматологом была произведена перистотомия в ретромолярном треугольнике, назначены антибиотики, сульфаниламиды. Состояние улучшилось, но спустя несколько дней вновь появилась болезненная припухлость в этой же области, которая, несмотря на продолжающееся лечение, неоднократно возобновлялась. В итоге хирург удалил 48 зуб, а через 10-12 дней на коже в области припухлости был произведен разрез, из которого выделялся густой гной, а затем творожистоподобная масса. Приобострения повышалась температура тела до 38-38,5°С. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°С. В полости рта, в проекции удалённого 48 зуба, имеется неправильной формы язва с кратерообразными стенками. Имеется грязно-жёлтый налёт. С 101 Пальпация вокруг язвы, особенно её стенок, резко болезненна. Из свища в проекции угла нижней челюсти справа (где раньше был сделан разрез) выделяется в небольшом количестве густой зеленоватый гной с казеозным распадом. На представленной рентгенограмме тела и ветви нижней челюсти справа на фоне остеопороза определяются единичные, различной величины и формы костные дефекты неправильной формы, с нечёткими контурами.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Этиология данного заболевания.
4. Определите тактику врача поликлиники по отношению к данному больному.
5. Какое лечение необходимо провести и в условиях какого стационара?
6. В чём конкретно будет заключаться стоматологическая помощь?
7. Возможный исход данного заболевания?

Задача № 23

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел перистотомию, назначил 102 противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°С. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте адекватное комплексное лечение.
4. Опишите характер операции.
5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?
6. Возможные осложнения?

Задача № 24

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстнолицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность 103 носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадичелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с **вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка** сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена расплавшимся кровяным сгустком, покрытым сероватогрязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Классификация заболеваний.
3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче?
4. Составьте план лечения.

5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов.

6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Задача № 25

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством 104 свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал больному поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромолярном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капошон» из рубцовой изменённой мягкой ткани, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз?

3. Объясните сущность дистопии и ретенции.

4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани?

5. Что такое «капошон»?

6. В чём будет заключаться лечение?

Задача № 26

Больная в возрасте 29 лет обратилась в стоматологическую поликлинику по месту постоянного жительства с жалобами на появившееся покраснение кожных покровов лица, захватывающее области щеки слева и справа, носа и верхней губы слева, с ощущением жжения и зуда, слабость, высокую температуру до 39° С, озноб. Неделю тому назад перенесла простудное заболевание, после чего на верхней губе слева появился прыщ, который безуспешно пыталась выдавить. Больной себя считает третий день. Без видимых причин на коже левой щеки появилось красное жгучее пятно, быстро увеличивающееся в размерах, захватывая другие участки лица. За медицинской помощью не обращалась, несмотря на ухудшение состояния. Объективно: общее состояние больной средней тяжести. Настроение подавленное. Температура тела 39,2° С, кожные покровы несколько бледны. Местно: на коже левой и правой щек, носа и верхней губы слева определяются возвышающиеся над поверхностью кожных покровов участки гиперемии, соединенные между собой узкими перемычками. В целом складывается картина, напоминающая «крылья бабочки». Кожа в зоне гиперемии, похожей на «языки пламени», лоснится, напряжена и отечна. Здесь же больным отмечается жгучая боль, зуд. В поднижнечелюстных областях с обеих сторон пальпируются болезненные, увеличенные лимфатические узлы.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие другие формы имеет данное заболевание?

3. Определите тактику врача поликлиники.

4. Этиологии и патогенез.

5. Дифференциальная диагностика.

6. Составьте план лечения.

7. Возможные варианты исхода заболевания.

8. Требуется ли карантинные мероприятия? В чём они заключаются?

Задача № 27

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлиненное. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, 107 изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротничкообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.
2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?
3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?
4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Задача № 28

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей 108 боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация заболевания
3. Какие дополнительные методы исследования можно провести?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Объем лечения в условиях поликлиники.
6. Объем лечения в условиях стационара.
7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде.
8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Задача № 29

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц всегда при приеме пищи появлялись боли более резкие по сравнению с предыдущими. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Назовите варианты методик хирургического лечения данной патологии.

Задача № 30

Больной 47 лет поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие болезненной припухлости в позадичелюстной области справа. Боли усиливаются при приеме пищи, приобретая колющий характер. Отмечается также сухость в полости рта, бессонница, повышенная температура тела до 38,5°C. Заболел три дня назад, когда появилась, постепенно увеличивающаяся в размерах, припухлость в околоушной и позадичелюстной областях с нарастанием интенсивности боли и ухудшением общего состояния. Больной 2 месяца назад оперирован по поводу злокачественной опухоли желудка. Аналогичное состояние было 6-7 месяцев тому назад. Объективно: общее состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Местно: при внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет припухлости, захватывающей позадичелюстную, подмассетеральную и поднижнечелюстную области. Мочка правого уха оттопырена. Открывание рта ограничено до 1,5 см. Естественные складки в этих областях сглажены. Кожа в центре припухлости гиперемирована, отёчна, пальпация в этом участке болезненна. В полости рта: слизистая оболочка вокруг зияющего устья правого стенонова протока гиперемирована, отечна. При массаже железы от центра к периферии из устья протока выделяется вязкая, тягучая слюна в небольшом количестве. Язык обложен сероватым налетом. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щек с обеих сторон имеются участки гиперкератоза с белесоватыми пятнами. На рентгенограммах околоушной области наличия конкрементов в околоушной слюнной железе не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте информацию о причинах и механизме развития данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение в поликлинике и стационаре.
5. Возможные осложнения. Прогноз.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«**Отлично**» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«**Отлично**» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«**Хорошо**» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«**Удовлетворительно**» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ

результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4.Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» -правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

/ _____ /