

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Академия профессионального образования «АКЦЕНТ»
(АНО ВО «Академия профессионального образования «АКЦЕНТ»)

ПРИНЯТО

Решением Ученого Совета

АНО ВО «Академия профессионального
образования «АКЦЕНТ»

протокол № 7 от 15.05 2026 г.

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 7 от 15.05 2026 г.

Ректор
АНО ВО «Академия профессионального
образования «АКЦЕНТ»

 О.Д. Быстрицкая

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ**

**Факультативы
Вариативная часть**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

31.08.77ОРТОДОНТИЯ

Квалификация: «Врач-ортодонт»

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
по дисциплине «Стоматология ортопедическая»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2)

диагностическая деятельность:

готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)

лечебная деятельность:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7)

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9)

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)

Цель текущего контроля – определение степени сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	КОМПЕТЕНЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание
1	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10	Раздел 1. Заболевания ВНЧС	Строение ВНЧС. Анатомо-морфологические и функциональные особенности ВНЧС. Заболевания ВНЧС, этиология, патогенез, клиника. Классификации заболеваний ВНЧС. Параклинические методы обследования: ортопантомография, рентгенография ВНЧС, томография ВНЧС, рентгеновская томография ВНЧС, магниторезонансная томография ВНЧС, аксиография, телерентгенография, электромиография жевательных

			мышц, запись суставных звуков и их компьютерный анализ. Парафункции жевательных мышц. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Артриты и артрозы ВНЧС. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Привычные вывихи и подвывихи ВНЧС. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
2	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	Раздел 2. Пародонт-функционально-тканевой комплекс. Заболевания пародонта	Диагностика болезней пародонта. Особенности клинического обследования при болезнях пародонта. Анамнез. Наследственные факторы. Системные заболевания. Режим питания. Оценка качества гигиены полости рта. Обследование: Лицевые признаки. Осмотр полости рта. Преддверие полости рта. Состояния прикуса. Окклюдограмма.Зубочелюстные аномалии. Деформации зубных рядов и окклюзионной поверхности.Состояние зубов и зубных рядов. Антропометрическое исследование диагностических моделей челюстей.Функциональные методы исследования. Выявление дефлекторов; выявление блокирующих моментов при артикуляционной положениях нижней челюсти. Выявление симптомов дисфункций мышц и суставов.Маркировка супраконтактов копировальной бумаги.Специальные методы обследования пародонта. Оценка дентальных рентгенограмм. Оценка ортопантограмм. Оценка томограмм. Парадонтальные индексы. Интерпретация данных. Подвижности зубов, кровоточивость десен. Глубины зубодесневых карманов.Стойкости капилляров.Жевательной мощности.Жевательной эффективности. Одонтопародонтография. Реонародонтография. Клиника болезней пародонта. Функциональная перегрузка пародонта. Перестройка тканей пародонта при перегрузке. Окклюзионный травматический синдром. Первичная, вторичная и комбинированная травматическая окклюзии.Факторы, осложняющие заболевания пародонта. Зубочелюстные аномалии. Дефекты коронок и зубных рядов. Парафункция жевательных мышц и языка. Неравномерная стираемость твердых тканей зубов. Нерациональное зубное протезирование. Нерациональное ортодонтическое лечение. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта.Значение ортопедического лечения заболеваний пародонта.Роль ортопедических мероприятий в общем комплексе лечения. Объем и последовательность ортопедических вмеша-

			тельств.Окклюзионная реабилитация. Ортодонтическая подготовка.Применение лечебных аппаратов. Избирательная пришлифовка зубов. Шинирование. Временные шины. Постоянные шины. Несъемные шинирующие конструкции. Интрадентальные шины. Парапульнарные шины. Съемные протезы шинирующего типа. Диспансеризация больных после комплексного лечения заболеваний пародонта. Составление индивидуальных карт для изучения отдаленных результатов заболеваний пародонта.
3	УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 3. Премедикация, обезболивание и реанимация в стоматологической практике.	Показания для премедикации, расчет доз лекарств, психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции на приеме у стоматолога. Особенности проведения обезболивания в стоматологической практике в условиях поликлиники и стационара. Местное обезболивание. Виды местного обезболивания и методы его проведения. Общее обезболивание в условиях стационара. Показания и противопоказания. Методы проведения наркоза. Общее обезболивание при лечении зубов, при стоматологических операциях, при различных стоматологических манипуляциях в полости рта. Показания к выбору методов общего и местного обезболивания. Значение премедикации. Неотложные состояния в условиях стоматологического приема. Обморок, коллапс, шок. Особенности реанимации.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Раздел 1. Заболевания ВНЧС

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Каким путем распространяется инфекция в височно-нижнечелюстной сустав?:

- 1)контактным;
- 2)лимфогенным;
- 3)гематогенным;
- 4) контактным и гематогенным;
- 5)контактным, гематогенным, лимфогенным.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

2. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно-нижнечелюстного сустава?:

- 1)ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при
- 2)приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокружение;
- 3) резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти; постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- 4)хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10.

3. Длительность течения острого артрита?:

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2-3 месяца;
- 4) 4-5 месяцев;
- 5) 6-7 месяцев;
- 6) до 1 года.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

4. Для ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Для контактного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

6. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) всегда наблюдается расширение суставной щели;
- 2) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели,
- 3) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- 4) наблюдается сужение суставной щели

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

7. Первичный артроз височно-нижнечелюстных суставов возникает при:

- 1) потере премоляров и моляров;
- 2) как исход травматических повреждений челюсти;
- 3) как исход других заболеваний (эндокринных и др.).

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

8. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) изменений нет;
- 2) расширение суставной щели,
- 3) сужение суставной щели;
- 4) расширение или сужение суставной щели, остеопороз.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

9. Артриты у детей возникают чаще на почве:

- 1) одонтогенных кист нижней челюсти;
- 2) остеомиелитов ветви нижней челюсти,

- 3) опухолей нижней челюсти;
 - 4) лимфаденитов околоушно-жевательной области.
- Ответ: 2

Компетенции: УК-1

10. Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей?:

- 1) нет, не погибают;
- 2) крайне редко погибают;
- 3) могут погибать;
- 4) практически погибают всегда.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. При костном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

- 1) остром артрите;
- 2) хроническом артрите;
- 4) вторичном артрите;
- 5) артрозе;
- 6) ревматоидном артрите.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Неоартроз - это:

- 1) злокачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) доброкачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 3) патологическое сочленение, выполняющее роль сустава;
- 4) внутрисуставной костный анкилоз;
- 5) внутрисуставной фиброзный анкилоз;
- 6) внесуставной анкилоз.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Анкилоз - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Контрактура - это:

- 1)стойкое ограничение движения в суставе;
- 2)отсутствие движения в суставе;
- 3)периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Анкилоз бывает:

- 1)только внутрисуставной;
- 2)внутри- и внесуставной;
- 3)только внесуставной.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. Внутрисуставной анкилоз ВНЧС бывает:

- 1)только фиброзным,
- 2)только костным;
- 3)фиброзным и костным.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Внесуставной анкилоз ВНЧС бывает:

- 1)только фиброзным;
- 2)только костным;
- 3)фиброзным и костным.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1,ПК-5

20. Контрактура обусловлена:

- 1)внесуставными изменениями;
- 2)внутрисуставными изменениями;
- 3)как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1,ПК-7

21. От чего зависят особенности лечения артрита?:

- 1)от формы клинического течения;
- 2)от этиологии (причины);
- 3)от наличия жевательных зубов на нижней челюсти;
- 4)от формы клинического течения и причины заболевания;
- 5)от всех ранее перечисленных факторов.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1,ПК-2

22. Лица, имеющие характерные клинические симптомы дегенеративных заболеваний ВНЧС при отсутствии рентгенологических признаков относятся к диспансерной группе:

- 1) 1 группа;
- 2) 2 группа;
- 3) 3 группа.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

23. Для чего накладывается резиновая прокладка при создании покоя в височно-нижнечелюстном суставе у больных с артритами?

- 1) для профилактики вывиха;
- 2) для профилактики подвывиха;
- 3) для профилактики контрактуры;
- 4) для профилактики анкилоза;
- 5) для уменьшения боли и отека.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

24. На этапах медицинской эвакуации проводится диагностика и лечение заболеваний ВНЧС:

- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи
- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
- 3) не проводится

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

25. Сроки нетрудоспособности при остром течении заболеваний ВНЧС:

- 1) 2-3 дня
- 2) 7-14 дней
- 3) 10-20 дней

Ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
5. Методы лечения в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.
4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижнечелюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулун-

ная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Ситуационная задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

- хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
- консультация ортодонта,
- терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
- ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание

Ситуационная задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.

3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответ

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.
4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Ситуационная задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?
4. Предложите план лечения.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответ

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазовые повязки.

При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Ситуационная задача № 5

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

Больная А. 1978 г.р., обратилась с жалобами на боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), затруднение открывания рта.

An. morbi: Больна около недели когда появились боли при открывании рта и боли иррадиирующие по ходу нижнечелюстного нерва, обратилась в поликлинику по месту жительства, где с целью санации удалены зубы 48 и 44. Улучшения не наступало.

St. praesens communis: Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд. в мин. Дыхание везикулярное ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

St. localis: Контуры лица не изменены. Открывание рта затруднено, болезненно. Пальпация в области правого ВНЧС, болезненная. При движениях н/челюсти отмечается «хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС. В полости рта отмечается частичная вторичная адентия нижней и верхней челюсти.

Задание:

- 1) оцените общее состояние больного,
- 2) какое дообследование необходимо провести?
- 3) поставьте диагноз,
- 4) обоснуйте диагноз,

5) назначьте лечение.

Ответ:

1. Состояние удовлетворительное;
2. Рентген, томограмма ВНЧС, ОАК, аксиография;
3. Обострение хронического артрита ВНЧС справа;
4. Жалобы на боли в области правого ВНЧС, затруднение открывания рта. Пальпация в области правого ВНЧС болезненна. При движениях н/ч отмечается «хруст» и пощёлкивание в области правого ВНЧС, в полости рта отмечается частичная вторичная адентия н/ч и в/ч;
5. Противовоспалительная терапия (АБ, салицилаты, антигистамин), санация полости рта, протезирование

Раздел 2. Пародонт-функционально-тканевой комплекс **Заболевания пародонта**

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-5

1. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:

- 1) до 2,0 мм;
- 2) до 3,5 мм;
- 3) до 5,0 мм.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

2. На этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС проводится диагностика и лечение пародонтита:

- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи
- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
- 3) не проводится

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Патологическая подвижность зубов I-II степени наблюдается при пародонтите:

- 1) легкой степени;
- 2) средней степени;
- 3) тяжелой степени.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

4. Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:

- 1) 1/5 высоты перегородки;
- 2) 1/4 высоты перегородки;
- 3) от 1/4 до 1/3 высоты перегородки;
- 4) от 1/3 до 1/2 высоты перегородки;
- 5) от 1/2 до 2/3 высоты перегородки.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

5. Формы клинического течения гингивита:

- 1) катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
- 2) катаральная, язвенная, гипертрофическая;
- 3) катаральная, эрозивная, язвенная;
- 4) эрозивная, язвенная, гипертрофическая.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

6. Показанием к кюретажу является глубина зубодесневого кармана:

- 1) до 2 мм;
- 2) до 3 мм;
- 3) до 4 мм;
- 4) до 5 мм;
- 5) до 6 мм.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

7. Показанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные абсцессы?:

- 1) нет, не могут;
- 2) могут.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

8. Недостаток гингивотомии?

- 1) проводится без визуального контроля;
- 2) ретракция десневого края;
- 3) частые кровотечения;
- 4) инфицированность послеоперационной раны.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

9. Показания к радикальной гингивэктомии:

- 1) наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
- 2) отсутствие костных карманов;
- 3) неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;
- 4) горизонтальная атрофия кости;
- 5) гипертрофический гингивит.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

10. При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов?:

- 1) простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
- 2) частичной гингивэктомии по В.Е. Крекшиной;
- 3) радикальной гингивэктомии по Мюллеру.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

11. При каких заболеваниях чаще происходит поражение тканей пародонта?:

- 1) гипертонической болезни;
- 2) сахарном диабете;
- 3) гриппе;
- 4) ангине;
- 5) стенокардии.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

12. Фенестрация надкостницы - это:

- 1) ее рассечение;
- 2) рассечение и отслоение надкостницы;

3) создание в надкостнице отверстия («окна»).

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

13. Френотомия - это:

- 1) иссечение уздечки языка или губы;
- 2) рассечение уздечки языка или губы;
- 3) выкраивание треугольных лоскутов с последующим их перемещением.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

14. При вестибулопластике проводится ли рассечение или отслаивание надкостницы от кости?:

- 1) не проводится;
- 2) проводится рассечение и отслаивание надкостницы от кости.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

15. Какой разрез проводится при устранении ограниченных (послеоперационных) деформаций преддверия полости рта, образовавшихся во фронтальном отделе?:

- 1) горизонтальный;
- 2) полуовальный;
- 3) угловой;
- 4) вертикальный.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Истинная диастема наблюдается:

- 1) по окончанию прорезывания постоянных зубов;
- 2) при незаконченном прорезывании зубов;
- 3) при молочном прикусе.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Ложная диастема наблюдается:

- 1) по окончанию прорезывания постоянных зубов;
- 2) при незаконченном прорезывании зубов.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. У больного имеется обнажение шеек и корней зубов до 1/3 их длины, на рентгенограмме снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 их величины и разрушение окаймляющих кортикальных пластинок. Какой степени пародонтоз у больного?:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Имеется обнажение корня зуба на 1/2 его длины, снижение высоты межзубных перегородок на такую же величину, подвижность зубов I степени. Какой степени пародонтоз у больного?:

- 1) легкой;
- 2) средней;

3) тяжелой.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

20. Имеется обнажение корня зуба более половины его длины, снижение высоты межзубных перегородок наполовину и более, подвижность зубов II-III степени. Какой степени пародонтоз у больного?:

1) легкой;

2) средней;

3) тяжелой.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Пародонтоз какой степени не осложняется воспалением десны?:

1) легкой;

2) средней;

3) тяжелой.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

22. Синдром Папийона-Лефевра - это:

1) генерализованный пародонтит, прогрессирующий остеолитический альвеолярный остеолизис челюстей, который прекращается с выпадением зубов, сопровождающийся гиперкератозом ладоней, подошв и их шелушением;

2) генерализованный пародонтит, сопровождающийся несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии;

3) генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой, адинамией, бледностью кожных покровов, потерей аппетита, похудением, гепато- и спленомегалией.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-2

23. Кратность повторных явок при диспансерном наблюдении больных пародонтитом должна быть следующей:

1) 1 раз в 12 мес;

2) 1 раз в 6 мес;

3) 1 раз в 3 мес.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

24. Вторичная профилактика проводится с целью лечения ранних признаков патологических изменений в тканях пародонта для предупреждения их прогрессирования. Составными компонентами вторичной профилактики являются:

1) рентгенологический контроль (каждый год), позволяющий выявить характер и интенсивность деструктивных процессов в костной ткани альвеолярного отростка;

2) своевременное выявление и лечение аномалий зубных рядов, рациональное ортопедическое лечение при наличии дефектов зубных рядов;

3) проведение профессиональных гигиенических мероприятий.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

25. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при пародонтите тяжелого течения:

1) 10-14 дней;

2) 2-7 дней,

3) 15-20 дней;

Ответ: 1

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.
3. Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
4. Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.
5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

Ответ:

1. Хронический генерализованный гипертрофический (ювенильный) гингивит.
2. Патогенная микрофлора (*S. gingivalis*), гормональный дисбаланс в пубертатном периоде
3. Нейтрализующее действие слюны и десневой жидкости.
4. Курение влияет на характер слюноотделения (уменьшается скорость саливации, слюна имеет повышенную вязкость), снижается активность протеиназ и лизоцима, снижается количество макрофагов ротовой полости.
5. Энзимы (гиалуронидазы, коллагеназы, протеазы, хондроитинсульфатазы, просеринэстеразы) выделяются в тканевую среду при гибели микробных клеток и вызывают диссоциацию белково-гликозамингликановых комплексов основного вещества, увеличивают инвазию эндотоксинов в ткани, разрушают коллаген.

Ситуационная задача №2.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойногипермированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной-1,2 балла, зубной камень отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основной этиологический фактор.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

Ответ:

1. Обострение хронического локализованного катарального гингивита.
2. Хроническая травма десны вследствие отсутствия контактного пункта между коронками 25-26 зубов.
3. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию пародонтального кармана и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.

4. Удалить пломбу, реставрировать зуб с восстановлением контактного пункта, удалить назубные отложения, местное применение противовоспалительных и кератопластических средств.

5. Солкосерил дентальная адгезивная паста.

Ситуационная задача №3.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, десны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налётом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какой дополнительный метод обследования подтвердит диагноз?

4. План лечения.

5. Назначьте местное лечение.

Ответ:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит легкой степени тяжести. Отёчная форма.

2. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию пародонтального кармана и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.

3. Рентгенологический метод обследования.

4. Обучение рациональной гигиене полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Противовоспалительная и склерозирующая терапия. Устранение скученности зубов.

5. На десну наносятся гель «Метрогил дента» и «Солкосерил дентальная паста». После ликвидации воспаления проводят склерозирующую терапию путем введения в каждый гипертрофированный сосочек 0,1-0,2 мл 40% раствора глюкозы. Делают 3-4 введения с перерывом 1-2 дня.

Ситуационная задача №4.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 41 лет. Жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела до 38,2 градусов, боль, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов.

Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону - 2,8, десны рыхлые, отечные, легко кровоточат при зондировании. У 42, 43 зубов слизистая оболочка гиперемированная, отечная, переходная складка сглажена. Обильное выделение серозно-гнойного экссудата наблюдается из пародонтальных карманов глубиной 5-6 мм. Подвижность зубов 2-3 степени. На язычных поверхностях нижних фронтальных зубов - умеренное отложение наддесневого и поддесневого зубного камня. На ортопантограмме между 42, 43 зубами определяется костный карман глубиной до 1/2, длины корня. В области моляров деструкция межзубных перегородок достигает 1/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.

2. О каком осложнении, следует думать?

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

4. Какое экстренное вмешательство следует провести?

5. План лечения.

Ответ:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени.

2. Пародонтальный абсцесс в области 42, 43 зубов.

3. С острым гнойным периоститом, периодонтитом.

4. Вскрытие пародонтального абсцесса.

5. Противовоспалительная терапия, рациональная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, открытый кюретаж пародонтальных карманов, устранение травматической окклюзии, шинирование подвижных зубов.

Ситуационная задача №5.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

Больной 45 лет. Жалобы: на подвижность зубов, запах изо рта.

Анамнез: Беспокоит несколько лет. Ранее отмечал кровоточивость десен при чистке зубов.

Не лечился. Считает себя соматически здоровым. Зубы чистит регулярно.

Объективно: На всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. гигиенический индекс OGI(S)=2,8. Десневой край гиперемирован с синюшным оттенком. Десневые сосочки неплотно прилегают к шейкам зубов. Кровоточивость 2 степени, пародонтальные карманы 3-4мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти; до 6 мм во фронтальном отделе, распространяющиеся на все резцы. Имеется серозно-гнойное отделяемое. Подвижность 16, 17, 26, 27, 46-2степени, во фронтальном отделе 3 степени. Несъемные ортопедические конструкции на зубах верхней челюсти неудовлетворительного качества. Слюна вязкая, тягучая.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите основные методы обследования.

3. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для постановки диагноза.

4. Какие методы исследования позволят оценить состояние кровотока в десне.

5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ответ:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени

2. Основные методы исследования: осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия. Клиническая оценка состояния десны: окраска, консистенция, характеристика зубодесневого соединения. Проба Шиллера Писарева. Обратимые и необратимые пародонтальные индексы. Исследование пародонтальных карманов (глубина, характер экссудата).

3. Рентгенологический, микробиологический, лабораторный (цитологический, эмиграция лейкоцитов в ротовую полость, гемограмма, биохимический, иммунологический), функциональный.

4. Определение стойкости капилляров (проба Кулаженко), капилляроскопия, реография, полярография, ЛДФ (лазерная доплеровская флоуметрия).

5. С гингивитом, пародонтозом, с идиопатическими заболеваниями пародонта.

Раздел 3 .Премедикация, обезболивание и реанимация в стоматологической практике

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-7

1. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) торусальная

2) мандибулярная

3) туберальная

4) у ментального отверстия

5) верно 1) и 4)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

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

1) не эффективнее;

2) в 2 раза;

3) в 3-4 раза

4) в 5-6 раз;

5) в 7-10 раз.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) у большого небного отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) торусальная
- 5) у резцового отверстия

Ответ: 4

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- 1) щечный
- 2) щечный и нижний луночковый
- 3) нижний луночковый и язычный
- 4) язычный и щечный
- 5) щечный, язычный и нижний луночковый

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

6. При торусальной анестезии выключаются нервы:

- 1) язычный
- 2) язычный и щечный
- 3) щечный и нижний луночковый
- 4) нижний луночковый и язычный
- 5) язычный, нижний луночковый и щечный

Ответ: 5

Компетенции: УК-1,ПК-7

7. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) у ментального отверстия
- 5) верно 1) и 4)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

8. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) мандибулярная
- 2) туберальная
- 3) ментальная

- 4) торусальная
 - 5) верно 2) и 4)
- Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) туберальная
- 2) инфраорбитальная
- 3) инфильтрационная
- 4) внутрикостная
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) трех лет
- 2) пяти лет
- 3) семи лет
- 4) восьми лет
- 5) десяти лет

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

11. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3) инфильтрационной
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

12. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

- 1) быстрее и сильнее
- 2) сильнее и медленнее
- 3) медленнее и слабее
- 4) слабее и быстрее
- 5) быстрее

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

13. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

- 1) спазмофилия
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) ОРВИ
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1,ПК-7

14. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

- 1) заболевание ЦНС

- 2) острая респираторно-вирусная инфекция
 - 3) болезнь Дауна
 - 4) спазмофилия
 - 5) верно 3) и 4)
- Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

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

- 1) обморока
- 2) анафилактического шока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) аллергической реакции
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

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

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

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

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1

18. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

- 1) апноэ
- 2) брадипноэ
- 3) гиперпноэ
- 4) тахипноэ
- 5) диспноэ

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) все поверхности языка
- 2) боковые поверхности языка
- 3) переднюю 1/3 языка
- 4) среднюю 1/3 языка
- 5) заднюю 1/3 языка

Ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-7

20. Во избежание ларинго- и бронхоспазма при введении тиопентал-натрия вводят:

- 1) адреналин;
- 2) атропин;
- 3) мезатон;
- 4) фентанил;
- 5) бемеград

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

21. Местные анестетики амидной группы:

- 1) новокаин, дикаин
- 2) новокаин, тримекаин
- 3) ультракаин, дикаин
- 4) тримекаин, лидокаин
- 5) верно 1), 2) и 3)

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

22. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3) выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

23. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4) инфраорбитальной
- 5) туберальной

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

24. Основная задача первой врачебной помощи раненым в челюстно-лицевую область на этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС:

- 1) коррекция сердечно-сосудистой системы
- 2) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- 3) борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

25. Для премедикации применяют препараты:

- 1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества
- 2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества
- 3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики
- 4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества
- 5) анальгетики + антибиотики

Ответ: 1

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-7

Ребенок 5 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне бо-
язни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5%
раствора лидокаина в количестве 1,5 мл у ребенка появилось двигательное беспокойство, по-
зывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, за-
трудненное, пульс частый, полный.

16 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 26

46 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 36

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ

1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка.
2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости.
3. Внутривенно вводят преднизолон 1,0 мл. на килограмм веса ребенка.
Внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина.
Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола.
4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение детского стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе.
5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Ситуационная задача № 2

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

Ребенку 8 лет показано удаление околокорневой кисты 21. Поведение ребенка адекватное. Проведено обезболивание 5 мл раствора 2% лидокаина с адреналином из расчета 1:10000. После осуществления разреза ребенок резко побледнел, ладони рук стали холодными, влажными, отмечена мышечная слабость, на лице капельки пота. На вопросы не отвечает, ко всему безучастен. Зрачки расширены, пульс редкий, слабого наполнения и напряжения. Дыхание замедленное, поверхностное.

16 55 54 53 12 11 21 22 63 64 65 26

46 85 84 83 42 41 31 32 73 74 75 36

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность действий по оказанию неотложной помощи.
3. Назначьте медикаментозное лечение.
4. Действия врача-стоматолога после купирования неотложного состояния.

5. Меры профилактики данного осложнения.

Ответ

1. Обморок. Радикулярная киста.
2. Прекращение операции. Очистить полость рта от инородных тел. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Запрокинуть голову в крайнее разгибательное положение. Стимулировать дыхательный центр - дать вдохнуть нашатырный спирт, смочив им ватку и поднеся к носу. Введение медикаментозных средств.
3. Введение медикаментозных средств (внутримышечно 0,5 мл. 10 % раствор кофеина или 1 мл. 1% раствор кордиамина). При отсутствии эффекта можно ввести 0,5 мл. 1% раствор мезатона или 5% раствор эфедрина.
4. При выходе из обморока можно продолжить стоматологические манипуляции лечение проводить в горизонтальном положении.
5. Психологическая подготовка пациента. Премедикация

Ситуационная задача № 3

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

Больной К., 35 лет, страдающий ИБС, гипертонической болезнью, обратился с целью санации перед заменой съемного протеза на нижнюю челюсть. После осмотра врач рекомендовал удалить корни разрушенных 36 и 37.

После введения 5 мл 2% р-ра лидокаина с 2 кап 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида в крыло-челюстную складку почувствовал сердцебиение, несильную давящую боль за грудиной, недостаток воздуха, страх смерти. Появился озноб, холодный липкий пот.

Объективно: Больной заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Кожа и видимые слизистые бледные, лицо заострившееся. Дыхание частое, поверхностное. Пульс нитевидный, прощупывается на крупных артериях, ЧСС – 85 в мин. Артериальное давление 85/50 мм рт. ст. О О О О О К О О О О О К О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 10 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 40 31 32 33 34 35 36 37 38

С С

1. Поставьте диагноз остро развившегося состояния.
2. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Дайте рекомендации по обследованию, срокам санации, выборе анестезиологических препаратов.
5. При наличии непереносимости лекарственных препаратов перечислите особенности выбора медикаментов, слепочных масс, материала для базиса съемного протеза.

Ответ

1. Диагноз: Анафилактический шок.
2. Диф. диагностика с инфарктом миокарда, гипертоническим кризом, комой.
3. При оказании помощи необходимо: а) прекратить введение лекарственного вещества, вызвавшего анафилактический шок. б) уложить больного, повернуть его голову на бок и выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западания языка и асфиксии, убрать зубные протезы из полости рта при их наличии, в) ввести преднизолон из расчета 1–2 мг на 1 кг массы тела больного, или 4–20 мг дексаметазона, или 100-300 мг гидрокортизона (последние два препарата вводят без учёта массы тела), г) ввести 2-4 мл 2,5% раствора пипольфена, или 2-4 мл 2% раствора супрастина, д) при сердечной недостаточности показаны сердечные гликозиды или диуретики, е) вызвать специализированную бригаду. Интенсивная терапия проводится при отсутствии эффекта от обязательных противошоковых мероприятий. Желательно это делать в отделениях интенсивной терапии.
4. Необходимо госпитализировать больного. После нормализации гемодинамических показателей провести аллергологические пробы на переносимость анестетиков, пломбировочных

материалов, слепочных масс. Продолжить санацию после получения результатов аллергологических проб.

5. Избегать лекарственных препаратов с резким запахом, отдушками. Пользоваться гипсом при снятии слепков, бесцветными пластмассами при изготовлении базиса протеза.

Ситуационная задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-10.

Больной И., 25 лет, неоднократно приходил к стоматологу и сразу уходил не получив помощь. Визит к врачу для него стресс. В кресле больной покрывается потом, учащается сердцебиение, все время смотрит на врача. Из анамнеза больной страдает сахарным диабетом. Что необходимо предпринять до хирургического вмешательства?

Ответ:

Провести седативное воздействие. Например: феназепам – 0,0005- 0,001г; диазепам – 0,005- 0,01г; элениум – 0,01г.

Ситуационная задача № 5

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-10.

Больной С., 43 лет, уроженец города Чапаевск. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 46 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Ответ:

Внутриротовая нижнечелюстная (мандибулярная) проводниковая анестезия.

Место укола находится в точке пересечения горизонтальной линии с вертикальной линией. Горизонтальная линия проходит на уровне около 1см выше жевательной поверхности нижних моляров. Проходя по жевательной поверхности нижних моляров, как мы уже указывали, она является верхней границей воронки нижнечелюстного отверстия.

В области переднего края ветви нижней челюсти различают два позадиомолярных треугольника — большой и малый. Большой треугольник находится выше и латерально, а малый — ниже и медиально. Большой позадиомолярный треугольник образуется наружным ребром в виде наружной косой линии, *lineaobliquaexterna*, переходящей в венечный отросток, и внутренним ребром в виде внутренней косой линии, *lineaobliquainterna*, s. *lineamylohyoidea*, называемой, также височным гребнем нижней челюсти, *cristatemporalismandibulae*. Между указанными ребрами находится ямка, называемая *fossaretromolaris*.

Височный гребень нижней челюсти (внутреннее ребро большого треугольника) в нижней своей части позади последнего нижнего моляра делится на расходящиеся в медиальную и латеральную стороны две ножки — *crusmedialeetlaterale*. Малый треугольник представляет собой небольшую треугольную шероховатую костную площадку, находящуюся между указанными ножками височного гребня, которую также называют *trigonumretromolare*.

Таким образом, под *trigonumretromolare* подразумевают костную площадку, находящуюся между *lineaobliquaexterna* и *lineaobliquainterna* (*cristatemporalismandibulae*).

Вколов иглу вплотную у внутреннего ребра большого позадиомолярного треугольника (височный гребень нижней челюсти), на высоте около 1см от жевательной поверхности нижних моляров, продвигают ее параллельно этой жевательной поверхности в глубь тканей все время в тесном соприкосновении с костью на 1,5—2 см и выпускают там обезболивающий раствор. Таким образом, для правильного выполнения внутриротовой нижнечелюстной проводниковой анестезии очень важно уметь легко и точно находить внутреннее ребро большого позадиомолярного треугольника.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Стоматология ортопедическая»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

диагностическая деятельность:

готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10)

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	КОМПЕТЕНЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание
1	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10	Раздел 1. Заболевания ВНЧС	Строение ВНЧС. Анатомо-морфологические и функциональные особенности ВНЧС. Заболевания ВНЧС, этиология, патогенез, клиника. Классификации заболеваний ВНЧС. Параклинические методы обследования: ортопантомография, рентгенография ВНЧС, томография ВНЧС, рентгеновская томография ВНЧС, магниторезонансная томография ВНЧС, аксиография, телерентгенография, электромиография жевательных

			мышц, запись суставных звуков и их компьютерный анализ. Парафункции жевательных мышц. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Артриты и артрозы ВНЧС. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Привычные вывихи и подвывихи ВНЧС. Показания, противопоказания, клиника, диагностика, классификации, особенности протезирования. Ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
2	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	Раздел 2. Пародонт-функционально-тканевой комплекс. Заболевания пародонта	Диагностика болезней пародонта. Особенности клинического обследования при болезнях пародонта. Анамнез. Наследственные факторы. Системные заболевания. Режим питания. Оценка качества гигиены полости рта. Обследование: Лицевые признаки. Осмотр полости рта. Преддверие полости рта. Состояния прикуса. Окклюдограмма.Зубочелюстные аномалии. Деформации зубных рядов и окклюзионной поверхности.Состояние зубов и зубных рядов. Антропометрическое исследование диагностических моделей челюстей.Функциональные методы исследования. Выявление дефлекторов; выявление блокирующих моментов при артикуляционной положениях нижней челюсти. Выявление симптомов дисфункций мышц и суставов.Маркировка супраконтактов копировальной бумаги.Специальные методы обследования пародонта. Оценка дентальных рентгенограмм. Оценка ортопантограмм. Оценка томограмм. Парадонтальные индексы. Интерпретация данных. Подвижности зубов, кровоточивость десен. Глубины зубодесневых карманов.Стойкости капилляров.Жевательной мощности.Жевательной эффективности. Одонтопародонтография. Реонародонтография. Клиника болезней пародонта. Функциональная перегрузка пародонта. Перестройка тканей пародонта при перегрузке. Окклюзионный травматический синдром. Первичная, вторичная и комбинированная травматическая окклюзии.Факторы, осложняющие заболевания пародонта. Зубочелюстные аномалии. Дефекты коронок и зубных рядов. Парафункция жевательных мышц и языка. Неравномерная стираемость твердых тканей зубов. Нерациональное зубное протезирование. Нерациональное ортодонтическое лечение. Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта.Значение ортопедического лечения заболеваний пародонта.Роль ортопедических мероприятий в общем комплексе лечения. Объем и последовательность ортопедических вмеша-

			тельств.Окклюзионная реабилитация. Ортодонтическая подготовка.Применение лечебных аппаратов. Избирательная пришлифовка зубов. Шинирование. Временные шины. Постоянные шины. Несъемные шинирующие конструкции. Интрадентальные шины. Парапульнарные шины. Съемные протезы шинирующего типа. Диспансеризация больных после комплексного лечения заболеваний пародонта. Составление индивидуальных карт для изучения отдаленных результатов заболеваний пародонта.
3	УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10	Раздел 3. Премедикация, обезболивание и реанимация в стоматологической практике.	Показания для премедикации, расчет доз лекарств, психоэмоциональная коррекция поведенческой реакции на приеме у стоматолога. Особенности проведения обезболивания в стоматологической практике в условиях поликлиники и стационара. Местное обезболивание. Виды местного обезболивания и методы его проведения. Общее обезболивание в условиях стационара. Показания и противопоказания. Методы проведения наркоза. Общее обезболивание при лечении зубов, при стоматологических операциях, при различных стоматологических манипуляциях в полости рта. Показания к выбору методов общего и местного обезболивания. Значение премедикации. Неотложные состояния в условиях стоматологического приема. Обморок, коллапс, шок. Особенности реанимации.

Уровни сформированности компетенции у обучающихся

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	сущность метода системного анализа, системного синтеза, понятие «абстракция», ее типы и значение	выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых	навыками сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; методикой решения профессиональных задач.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

				объектов.		
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Принципы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, встречающихся среди членов коллектива и при взаимодействии различных типов коллективов (медицинского персонала, партнеров и пациентов); этические и деонтологические нормы общения, психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; принципы управления коллективом, проблемы взаимоотношения руководитель - подчиненный в медицинском коллективе.	Управлять коллективом сотрудников; уважительно принимать особенности других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах; сотрудничать с людьми, различающимися по полу, возрасту, языку, убеждениям, обычаям, верованиям; строить межличностные отношения и работать в команде; организовывать внутригрупповое взаимодействие с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий отдельных членов группы.	Методологией - управления коллективом на основе этических и деонтологических норм; - социального взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение	формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здо-	производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового об-	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, напра-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные за-

		и укрепление стоматологического здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	рового образа жизни; основы здорового образа жизни, методы его формирования; причины и факторы риска возникновения стоматологических заболеваний, принципы и особенности их профилактики.	раза жизни, профилактике стоматологических заболеваний; определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту; разработать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни.	вленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику стоматологических заболеваний; методами борьбы с вредными привычками.	дачи.
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов со стоматологической патологией; принципы диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией; порядок организации медицинских осмотров и	проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами; проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления стоматологических заболеваний, основных факторов риска их развития; производить диспансерное наблюдение	методикой проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления стоматологических заболеваний и основных факторов	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

			диспансеризации, порядок диспансерного наблюдения пациентов со стоматологической патологией; принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов со стоматологической патологией.	пациентов со стоматологической патологией.	риска их развития в соответствии с нормативными актами; навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией.	
5	ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки стоматологического здоровья на основе принципов диагностики стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;	пользоваться международной классификацией стоматологических болезней, анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать полный стоматологический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	методами стандартного стоматологического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов стоматологических заболеваний, используя знания алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем; навыками интерпретации данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
6	ПК-7	готовность к	порядок оказа-	осуществлять	навыками	Собеседов

		определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	ния ортодонтической помощи, клинические рекомендации(протоколы лечения) и стандарты по вопросам оказания ортодонтической помощи, современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий при стоматологических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и стандартами по вопросам оказания ортодонтической помощи.	сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию; проводить обследование пациента, применяя дополнительные методы исследования, анализировать полученные результаты; составлять план лечения стоматологических заболеваний пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); назначать лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания ортодонтической помощи, клиническими рекомендациями	определения показания и противопоказания в выборе тактики лечения пациента с стоматологическими заболеваниями; проводить и интерпретировать результаты физикальных исследований с использованием современного диагностического оборудования; определять маршрут пациента при выявлении клинической ситуации вне сферы компетенции врача – ортодонта навыками выбора оптимального метода и тактики лечения при стоматологических заболеваниях.	ание Тестовые задания. Ситуационные задачи.
--	--	--	---	---	---	---

				(протоколами лечения); оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов.		
7	ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской стоматологической реабилитации и санаторно-курортном лечении	принципы, методы, медицинские показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	подобрать оптимальную лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы для пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	навыками выбора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
8	ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего стоматологического здоровья и стоматологического здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению	способы мотивации лиц, попадающих в зону риска возникновения и развития стоматологических заболеваний; тактику проведения профилактических мероприятий с учетом диагноза, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; формы и методы санитарно-просветитель-	назначать профилактические мероприятия пациентам со стоматологическими заболеваниями, в том числе социально значимых заболеваний (сифилис, туберкулез, ВИЧ); обучить пациентов методами основными гигиеническими мероприятиями оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению стоматологического	методами формирования мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; навыками санитарно-просветительской работы в общении с коллегами, пациентами, родственниками пациентов по формированию элементов здорового образа жизни.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

		нию и укреплению стоматологического здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	ской работы по формированию элементов здорового образа жизни.	здоровья.		
--	--	--	---	-----------	--	--

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Стоматология ортопедическая»

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Каким путем распространяется инфекция в височно-нижнечелюстной сустав?:

- 1) контактным;
- 2) лимфогенным;
- 3) гематогенным;
- 4) контактным и гематогенным;
- 5) контактным, гематогенным, лимфогенным.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

2. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно-нижнечелюстного сустава?:

- 1) ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокружение;
- 2) резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти; постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- 3) хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение
- 4) хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10.

3. Длительность течения острого артрита?:

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2-3 месяца;
- 4) 4-5 месяцев;
- 5) 6-7 месяцев;
- 6) до 1 года.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

4. Для ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Для контактного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

6. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) всегда наблюдается расширение суставной щели;
- 2) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели,
- 3) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- 4) наблюдается сужение суставной щели

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

7. Первичный артроз височно-нижнечелюстных суставов возникает при:

- 1) потере премоляров и моляров;
- 2) как исход травматических повреждений челюсти;
- 3) как исход других заболеваний (эндокринных и др.).

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

8. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) изменений нет;
- 2) расширение суставной щели,
- 3) сужение суставной щели;
- 4) расширение или сужение суставной щели, остеопороз.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

9. Артриты у детей возникают чаще на почве:

- 1) одонтогенных кист нижней челюсти;
- 2) остеомиелитов ветви нижней челюсти,
- 3) опухолей нижней челюсти;
- 4) лимфаденитов околоушно-жевательной области.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1

10. Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей?:

- 1) нет, не погибают;
- 2) крайне редко погибают;
- 3) могут погибать;
- 4) практически погибают всегда.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. При костном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- 1) неразличима;
- 2) едва различима;
- 3) резко расширена.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

- 1) остром артрите;
- 2) хроническом артрите;
- 4) вторичном артрите;
- 5) артрозе;
- 6) ревматоидном артрите.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Неоартроз - это:

- 1) злокачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) доброкачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- 3) патологическое сочленение, выполняющее роль сустава;
- 4) внутрисуставной костный анкилоз;
- 5) внутрисуставной фиброзный анкилоз;
- 6) внесуставной анкилоз.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Анкилоз - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Контрактура - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Анкилоз бывает:

- 1) только внутрисуставной;
- 2) внутри- и внесуставной;
- 3) только внесуставной.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. Внутрисуставной анкилоз ВНЧС бывает:

- 1) только фиброзным,
- 2) только костным;

3) фиброзным и костным.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Внесуставной анкилоз ВНЧС бывает:

- 1) только фиброзным;
- 2) только костным;
- 3) фиброзным и костным.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

20. Контрактура обусловлена:

- 1) внесуставными изменениями;
- 2) внутрисуставными изменениями;
- 3) как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

21. От чего зависят особенности лечения артрита?:

- 1) от формы клинического течения;
- 2) от этиологии (причины);
- 3) от наличия жевательных зубов на нижней челюсти;
- 4) от формы клинического течения и причины заболевания;
- 5) от всех ранее перечисленных факторов.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2

22. Лица, имеющие характерные клинические симптомы дегенеративных заболеваний ВНЧС при отсутствии рентгенологических признаков относятся к диспансерной группе:

- 1) 1 группа;
- 2) 2 группа;
- 3) 3 группа.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

23. Для чего накладывается резиновая прокладка при создании покоя в височно-нижнечелюстном суставе у больных с артритами?

- 1) для профилактики вывиха;
- 2) для профилактики подвывиха;
- 3) для профилактики контрактуры;
- 4) для профилактики анкилоза;
- 5) для уменьшения боли и отека.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

24. На этапах медицинской эвакуации проводится диагностика и лечение заболеваний ВНЧС:

- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи
- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
- 3) не проводится

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10.

25. Сроки нетрудоспособности при остром течении заболеваний ВНЧС:

- 1) 2-3 дня
- 2) 7-14 дней
- 3) 10-20 дней

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

26. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:

- 1) до 2,0 мм;
- 2) до 3,5 мм;
- 3) до 5,0 мм.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

27. На этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС проводится диагностика и лечение пародонтита:

- 1) на этапе квалифицированной медицинской помощи
- 2) на этапе специализированной медицинской помощи
- 3) не проводится

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

28. Патологическая подвижность зубов I-II степени наблюдается при пародонтите:

- 1) легкой степени;
- 2) средней степени;
- 3) тяжелой степени.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

29. Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:

- 1) 1/5 высоты перегородки;
- 2) 1/4 высоты перегородки;
- 3) от 1/4 до 1/3 высоты перегородки;
- 4) от 1/3 до 1/2 высоты перегородки;
- 5) от 1/2 до 2/3 высоты перегородки.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

30. Формы клинического течения гингивита:

- 1) катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
- 2) катаральная, язвенная, гипертрофическая;
- 3) катаральная, эрозивная, язвенная;
- 4) эрозивная, язвенная, гипертрофическая.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

31. Показанием к кюретажу является глубина зубодесневого кармана:

- 1) до 2 мм;
- 2) до 3 мм;
- 3) до 4 мм;
- 4) до 5 мм;
- 5) до 6 мм.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

32. Показанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные абсцессы?:

- 1) нет, не могут;
- 2) могут.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

33. Недостаток гингивотомии?

- 1) проводится без визуального контроля;
- 2) ретракция десневого края;
- 3) частые кровотечения;
- 4) инфицированность послеоперационной раны.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

34. Показания к радикальной гингивэктомии:

- 1) наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
- 2) отсутствие костных карманов;
- 3) неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;
- 4) горизонтальная атрофия кости;
- 5) гипертрофический гингивит.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

35. При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов?:

- 1) простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
- 2) частичной гингивэктомии по В.Е Крекшиной;
- 3) радикальной гингивэктомии по Мюллеру.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

36. При каких заболеваниях чаще происходит поражение тканей пародонта?:

- 1) гипертонической болезни;
- 2) сахарном диабете;
- 3) гриппе;
- 4) ангине;
- 5) стенокардии.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

37. Фенестрация надкостницы - это:

- 1) ее рассечение;
- 2) рассечение и отслоение надкостницы;
- 3) создание в надкостнице отверстия («окна»).

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

38. Френотомия - это:

- 1) иссечение уздечки языка или губы;
- 2) рассечение уздечки языка или губы;
- 3) выкраивание треугольных лоскутов с последующим их перемещением.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

39. При вестибулопластике проводится ли рассечение или отслаивание надкостницы от кости?:

- 1) не проводится;
- 2) проводится рассечение и отслаивание надкостницы от кости.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

40. Какой разрез проводится при устранении ограниченных (послеоперационных) деформаций преддверия полости рта, образовавшихся во фронтальном отделе?:

- 1) горизонтальный;
- 2) полуовальный;
- 3) угловой;
- 4) вертикальный.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

41. Истинная диастема наблюдается:

- 1) по окончанию прорезывания постоянных зубов;
- 2) при незаконченном прорезывании зубов;
- 3) при молочном прикусе.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

42. Ложная диастема наблюдается:

- 1) по окончанию прорезывания постоянных зубов;
- 2) при незаконченном прорезывании зубов.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

43. У больного имеется обнажение шеек и корней зубов до 1/3 их длины, на рентгенограмме снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 их величины и разрушение окаймляющих кортикальных пластинок. Какой степени пародонтоз у больного?:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

44. Имеется обнажение корня зуба на 1/2 его длины, снижение высоты межзубных перегородок на такую же величину, подвижность зубов I степени. Какой степени пародонтоз у больного?:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

45. Имеется обнажение корня зуба более половины его длины, снижение высоты межзубных перегородок наполовину и более, подвижность зубов II-III степени. Какой степени пародонтоз у больного?:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

46. Пародонтоз какой степени не осложняется воспалением десны?:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

47. Синдром Папийона-Лефевра - это:

- 1) генерализованный пародонтит, прогрессирующий остеолитический альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов, сопровождающийся гиперкератозом ладоней, подошв и их шелушением;
- 2) генерализованный пародонтит, сопровождающийся несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии;
- 3) генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой, адинамией, бледностью кожных покровов, потерей аппетита, похудением, гепато- и сплено-мегалией.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-2

48. Кратность повторных явок при диспансерном наблюдении больных пародонтитом должна быть следующей:

- 1) 1 раз в 12 мес;
- 2) 1 раз в 6 мес;
- 3) 1 раз в 3 мес.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

49. Вторичная профилактика проводится с целью лечения ранних признаков патологических изменений в тканях пародонта для предупреждения их прогрессирования. Составными компонентами вторичной профилактики являются:

- 1) рентгенологический контроль (каждый год), позволяющий выявить характер и интенсивность деструктивных процессов в костной ткани альвеолярного отростка;
- 2) своевременное выявление и лечение аномалий зубных рядов, рациональное ортопедическое лечение при наличии дефектов зубных рядов;
- 3) проведение профессиональных гигиенических мероприятий.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

50. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при пародонтите тяжелого течения:

- 1) 10-14 дней;
- 2) 2-7 дней;
- 3) 15-20 дней;

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-7

51. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) у ментального отверстия
- 5) верно 1) и 4)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) не эффективнее;
- 2) в 2 раза;
- 3) в 3-4 раза
- 4) в 5-6 раз;
- 5) в 7-10 раз.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) у большого небного отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная
- 4) торусальная
- 5) у резцового отверстия

Ответ: 4

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

55. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- 1) щечный
- 2) щечный и нижний луночковый
- 3) нижний луночковый и язычный
- 4) язычный и щечный
- 5) щечный, язычный и нижний луночковый

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

56. При торусальной анестезии выключаются нервы:

- 1) язычный
- 2) язычный и щечный
- 3) щечный и нижний луночковый
- 4) нижний луночковый и язычный
- 5) язычный, нижний луночковый и щечный

Ответ: 5

Компетенции: УК-1,ПК-7

57. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) у ментального отверстия

5) верно 1) и 4)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

58. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

1) мандибулярная

2) туберальная

3) ментальная

4) торусальная

5) верно 2) и 4)

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

1) туберальная

2) инфраорбитальная

3) инфильтрационная

4) внутрикостная

5) верно 1) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

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

1) трех лет

2) пяти лет

3) семи лет

4) восьми лет

5) десяти лет

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

61. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

1) мандибулярной

2) торусальной

3) инфильтрационной

4) верно 1) и 3)

5) верно 2) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1,ПК-7

62. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

1) быстрее и сильнее

2) сильнее и медленнее

3) медленнее и слабее

4) слабее и быстрее

5) быстрее

Ответ: 2

Компетенции: УК-1,ПК-7

63. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

1) спазмофилия

2) декомпенсированный порок сердца

- 3) ОРВИ
 - 4) верно 1) и 2)
 - 5) верно 1) и 3)
- Ответ: 1

Компетенции: УК-1,ПК-7

64. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

- 1) заболевание ЦНС
- 2) острая респираторно-вирусная инфекция
- 3) болезнь Дауна
- 4) спазмофилия
- 5) верно 3) и 4)

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5,ПК-7

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

- 1) обморока
- 2) анафилактического шока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) аллергической реакции
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5,ПК-7

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

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5,ПК-7

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

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

Ответ: 3

Компетенции: УК-1

68. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

- 1) апноэ
- 2) брадипноэ
- 3) гиперпноэ
- 4) тахипноэ
- 5) диспноэ

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

69. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) все поверхности языка
 - 2) боковые поверхности языка
 - 3) переднюю 1/3 языка
 - 4) среднюю 1/3 языка
 - 5) заднюю 1/3 языка
- Ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-7

70. Во избежание ларинго- и бронхоспазма при введении тиопентал-натрия вводят:

- 1) адреналин;
- 2) атропин;
- 3) мезатон;
- 4) фентанил;
- 5) бемеград

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

71. Местные анестетики амидной группы:

- 1) новокаин, дикаин
- 2) новокаин, тримекаин
- 3) ультракаин, дикаин
- 4) тримекаин, лидокаин
- 5) верно 1), 2) и 3)

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

72. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3) выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

73. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4) инфраорбитальной
- 5) туберальной

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-7

74. Основная задача первой врачебной помощи раненым в челюстно-лицевую область на этапах медицинской эвакуации в условиях ЧС:

- 1) коррекция сердечно-сосудистой системы
- 2) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- 3) борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

75. Для премедикации применяют препараты:

- 1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества
- 2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества
- 3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики
- 4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества
- 5) анальгетики + антибиотики

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

76. Укажите правильное утверждение в отношении вируса иммунодефицита человека:

- 1) ВИЧ содержит ДНК;
- 2) ВИЧ устойчив во внешней среде;
- 3) на современном этапе эпидемии доминирует серотип ВИЧ-2;
- 4) специфические белки оболочки ВИЧ представлены гликопротеинами с молекулярной массой 120, 41 кД;
- 5) нуклеоид (сердцевина) ВИЧ представлена гликопротеином с молекулярной массой 160 кД

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

77. Укажите правильное утверждение. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:

- 1) только в периодах, выраженных клинически;
- 2) только в терминальной стадии;
- 3) только в стадии бессимптомной инфекции (П Б);
- 4) только в стадии острой инфекции (ПА);
- 5) пожизненно.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

78. Для обработки рук медицинского персонала, загрязненных кровью больного ВИЧ инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:

- 1) 40%;
- 2) 60%;
- 3) 70%;
- 4) 80%;
- 5) 96%.

Ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5

79. Диагноз ВИЧ-инфекции не подтверждают следующими методами:

- 1) вирусологическим;
- 2) иммуноферментным анализом (ИФА);
- 3) иммунным блоттингом;
- 4) микроскопическим;
- 5) молекулярно-генетическим (ГЦР).

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-10

80. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ не возможно при:

- 1) парентеральных процедурах, переливании крови;
- 2) случайном уколе во время операции с нарушением целостности кожных покровов рук хирурга;
- 3) подготовке полости рта к протезированию;
- 4) удалении зубного камня;
- 5) проведении физиотерапевтических процедур (например, электрофореза и т.д.)

Ответ: 5

Компетенции: УК-1, ПК-5

81. При скрининговом обследовании групп риска с целью выявления ВИЧ-инфицированных используют:

- 1) РПГА;
- 2) РСК;
- 3) ИФА;
- 4) иммунный блоттинг;
- 5) иммуноэлектрофорез.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

82. В какой клинической стадии у больных ВИЧ-инфекцией происходит потеря массы тела более 10% от первоначальной величины:

- 1) II А;
- 2) IV;
- 3) I II А;
- 4) III Б;
- 5) III В.

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-7

83. Клиническая стадия ПВ у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется:

- 1) лихорадкой;
- 2) лимфаденопатией;
- 3) признаками генерализованного кандидоза;
- 4) одышкой;
- 5) отсутствием клинических проявлений.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

84. При полном отсутствии зубов конструирование зубных рядов по ортогнатическому, прогеническому или прогнатическому типу обусловлено

- 1) необходимостью увеличения окклюзионной поверхности
- 2) просьбой больного
- 3) видом аппарата для конструирования зубных рядов (окклюдатор, артикулятор)
- 4) видом соотношения челюстей больного
- 5) степенью атрофии челюстей

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-10

85. Сроки проведения первой коррекции съемного протеза

- 1) на следующий день после наложения протеза
- 2) через неделю после наложения протеза
- 3) при появлении боли под протезом

Ответ 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

86. "Мраморность" пластмассового базиса протеза появляется

- 1) при истечении срока годности мономера
- 2) при истечении срока годности полимера
- 3) при нарушении температурного режима полимеризации
- 4) при несоблюдении технологии замешивания пластмассы

Ответ 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

87. Окклюзиограмма применяется для определения

- 1) окклюзионной высоты
- 2) окклюзионных контактов
- 3) выносливости тканей пародонта

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

88. Травма десневого края как причина очагового пародонтита может быть вследствие

- 1) неправильно созданных контактных пунктов на пломбах, вкладках
- 2) отсутствия экватора коронки
- 3) применения широких и длинных коронок
- 4) применения пластмассовых коронок, введенных под десневой край
- 5) верно все перечисленное
- 6) верно в), г)
- 7) все перечисленное неверно

Ответ 5

Компетенции: УК-1, ПК-7

89. Под непосредственным пластиночным протезом процессы регенерации лунки зуба

- 1) замедляются
- 2) ускоряются
- 3) не изменяются

Ответ 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

90. Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:

- 1) по направлению силовых линий;
- 2) перпендикулярно силовым линиям,
- 3) косо по отношению к силовым линиям;
- 4) направление силовых линий не имеет значения.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

91. Через какой срок после травмы возникает оссифицирующий миозит?

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 1,5-2 месяца;
- 4) не ранее, чем через 6 месяцев;
- 5) не ранее, чем через 1 год;
- 6) через 2 и более года.

Ответ.: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

92. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

- 1) ЭОД
- 2) биопсия
- 3) рентгенография
- 4) радиоизотопное исследование
- 5) цитологическое исследование

Ответ.: 3

Компетенции: УК-1

93. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и кверху

Ответ: 1

Компетенции: УК-1

94. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Ответ: 4

Компетенции: УК-1,

95. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху
- 5) сагиттально и вниз

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

96. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

- 1) переломе нижней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) переломе костей носа

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

97. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе мыщелкового отростка
- 5) переломе костей носа

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

98. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-7

99. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1) ликворея

2) кровотечение из носа

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) кровотечение из наружного слухового прохода

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

100. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

1) гематома

2) смещение отломков

3) воспалительная реакция

4) травма жевательных мышц

5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

Ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

5. Методы лечения в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.

4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижнечелюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней

трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Ситуационная задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответ

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

- хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
- консультация ортодонта,
- терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
- ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание

Ситуационная задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответ

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.
4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Ситуационная задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?
4. Предложите план лечения.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответ

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазовые повязки.

При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Ситуационная задача № 5

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

Больная А. 1978 г.р., обратилась с жалобами на боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), затруднение открывания рта.

An. morbi: Больна около недели когда появились боли при открывании рта и боли иррадиирующие по ходу нижнечелюстного нерва, обратилась в поликлинику по месту жительства, где с целью санации удалены зубы 48 и 44. Улучшения не наступало.

St. praesens communis: Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд. в мин. Дыхание везикулярное ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

St. localis: Контуры лица не изменены. Открывание рта затруднено, болезненно. Пальпация в области правого ВНЧС, болезненная. При движениях н/челюсти отмечается «хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС. В полости рта отмечается частичная вторичная адентия нижней и верхней челюсти.

Задание:

- 1) оцените общее состояние больного,
- 2) какое дообследование необходимо провести?
- 3) поставьте диагноз,
- 4) обоснуйте диагноз,
- 5) назначьте лечение.

Ответ:

1. Состояние удовлетворительное;
2. Рентген, томограмма ВНЧС, ОАК, аксиография;

3. Обострение хронического артрита ВНЧС справа;
4. Жалобы на боли в области правого ВНЧС, затруднение открывания рта. Пальпация в области правого ВНЧС болезненна. При движениях н/ч отмечается «хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС, в полости рта отмечается частичная вторичная адентия н/ч и в/ч;
5. Противовоспалительная терапия (АБ, салицилаты, антигистамин), санация полости рта, протезирование

Ситуационная задача №6

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

Больная 17 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов и при приеме пищи. Анамнез: кровоточивость усиливается во время месячных. Подобные явления беспокоят периодически, чаще весной и осенью в течение трех лет, последние три месяца болезненность и кровоточивость десен усилились. Курит три года.

Объективно: определяется гиперемия, отечность десневого края, ложные зубодесневые карманы, зубы интактные, повышенная вязкость слюны, обильный мягкий зубной налет, гигиенический индекс OGI(S)=2,5.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите этиологические факторы.
3. Назовите естественные защитные факторы полости рта, способствующие самоочищению.
4. Объясните влияние курения на развитие воспалительных заболеваний пародонта.
5. Расскажите о роли энзимов в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта.

Ответ:

1. Хронический генерализованный гипертрофический (ювенильный) гингивит.
2. Патогенная микрофлора (*S. gingivalis*), гормональный дисбаланс в пубертатном периоде
3. Нейтрализующее действие слюны и десневой жидкости.
4. Курение влияет на характер слюноотделения (уменьшается скорость саливации, слюна имеет повышенную вязкость), снижается активность протеиназ и лизоцима, снижается количество макрофагов ротовой полости.
5. Энзимы (гиалуронидазы, коллагеназы, протеазы, хондроитинсульфатазы, просеринэстеразы) выделяются в тканевую среду при гибели микробных клеток и вызывают диссоциацию белково-гликозамингликановых комплексов основного вещества, увеличивают инвазию эндотоксинов в ткани, разрушают коллаген.

Ситуационная задача №7

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-7

Больная М. 24 года. Обратилась с жалобами на периодическую кровоточивость десны в области 26 зуба, застревание пищи между 25-26 зубами, в последние 2 дня появилась боль в области 26 при приеме пищи. Анамнез: 2 года назад произведена реставрация коронки 26 зуба. Жалобы на кровоточивость десны появились год спустя.

Объективно: 25 зуб интактный, на медиально - жевательной поверхности 26 - пломба, межзубное пространство между 25 и 26 свободно от пломбировочного материала, контактный пункт между зубами отсутствует. Десневой сосочек между 25 и 26 отечен, застойногипермированного цвета, при надавливании у его основания наблюдается кровоточивость и болезненность. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной-1,2 балла, зубной камень отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите основной этиологический фактор.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какой препарат для местной терапии будет способствовать выздоровлению?

Ответ:

1. Обострение хронического локализованного катарального гингивита.
2. Хроническая травма десны вследствие отсутствия контактного пункта между коронками 25-26 зубов.

3. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию пародонтального кармана и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.
4. Удалить пломбу, реставрировать зуб с восстановлением контактного пункта, удалить назубные отложения, местное применение противовоспалительных и кератопластических средств.
5. Солкосерил дентальная адгезивная паста.

Ситуационная задача №8.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 18 лет жалуется на увеличение десен в области фронтальных зубов обеих челюстей, кровоточивость, боль во время приема пищи. Анамнез: подобные явления появились год назад.

Объективно: при осмотре в области верхних и нижних фронтальных зубов межзубные сосочки гипертрофированы, покрывают коронки до 1/3 высоты, десны цианотичны, болезненны при прикосновении, кровоточат. Зубы покрыты мягким налетом, отмечается отложение наддесневого зубного камня. Имеется скученность зубов во фронтальном отделе.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какой дополнительный метод обследования подтвердит диагноз?
4. План лечения.
5. Назначьте местное лечение.

Ответ:

1. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит легкой степени тяжести. Отечная форма.
2. Дифференциальную диагностику проводят с пародонтитом по отсутствию пародонтального кармана и деструктивных изменений в межальвеолярной перегородке.
3. Рентгенологический метод обследования.
4. Обучение рациональной гигиене полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Противовоспалительная и склерозирующая терапия. Устранение скученности зубов.
5. На десну наносятся гель «Метрогил дента» и «Солкосерил дентальная паста». После ликвидации воспаления проводят склерозирующую терапию путем введения в каждый гипертрофированный сосочек 0,1-0,2 мл 40% раствора глюкозы. Делают 3-4 введения с перерывом 1-2 дня.

Ситуационная задача №9.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7

Больной 41 лет. Жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела до 38,2 градусов, боль, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов.

Объективно: гигиенический индекс по Грину-Вермильону - 2,8, десны рыхлые, отечные, легко кровоточат при зондировании. У 42, 43 зубов слизистая оболочка гиперемизованная, отечная, переходная складка сглажена. Обильное выделение серозно-гнояного экссудата наблюдается из пародонтальных карманов глубиной 5-6 мм. Подвижность зубов 2-3 степени. На язычных поверхностях нижних фронтальных зубов - умеренное отложение наддесневого и поддесневого зубного камня. На ортопантограмме между 42, 43 зубами определяется костный карман глубиной до 1/2, длины корня. В области моляров деструкция межзубных перегородок достигает 1/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. О каком осложнении, следует думать?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какое экстренное вмешательство следует провести?
5. План лечения.

Ответ:

1. Обострение хронического генерализованного пародонтита средне-тяжелой степени.
2. Пародонтальный абсцесс в области 42, 43 зубов.

3. С острым гнойным периоститом, периодонтитом.
4. Вскрытие пародонтального абсцесса.
5. Противовоспалительная терапия, рациональная индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, открытый бюстед пародонтальных карманов, устранение травматической окклюзии, шинирование подвижных зубов.

Ситуационная задача №10.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

Больной 45 лет. Жалобы: на подвижность зубов, запах изо рта.

Анамнез: Беспокоит несколько лет. Ранее отмечал кровоточивость десен при чистке зубов.

Не лечился. Считает себя соматически здоровым. Зубы чистит регулярно.

Объективно: На всех зубах отложения над- и поддесневого зубного камня. гигиенический индекс OGI(S)=2,8. Десневой край гиперемирован с синюшным оттенком. Десневые сосочки неплотно прилегают к шейкам зубов. Кровоточивость 2 степени, пародонтальные карманы 3-4 мм в области жевательных зубов верхней и нижней челюсти; до 6 мм во фронтальном отделе, распространяющиеся на все резцы. Имеется серозно-гнойное отделяемое. Подвижность 16, 17, 26, 27, 46-2 степени, во фронтальном отделе 3 степени. Несъемные ортопедические конструкции на зубах верхней челюсти неудовлетворительного качества. Слюна вязкая, тягучая.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите основные методы обследования.
3. Перечислите дополнительные методы исследования необходимые для постановки диагноза.
4. Какие методы исследования позволят оценить состояние кровотока в десне.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ответ:

1. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени
2. Основные методы исследования: осмотр, пальпация, зондирование, перкуссия. Клиническая оценка состояния десны: окраска, консистенция, характеристика зубодесневого соединения. Проба Шиллера Писарева. Обратимые и необратимые пародонтальные индексы. Исследование пародонтальных карманов (глубина, характер экссудата).
3. Рентгенологический, микробиологический, лабораторный (цитологический, эми-грация лейкоцитов в ротовую полость, гемограмма, биохимический, иммунологический), функциональный.
4. Определение стойкости капилляров (проба Кулаженко), капилляроскопия, реография, полярография, ЛДФ (лазерная доплеровская флоуметрия).
5. С гингивитом, пародонтозом, с идиопатическими заболеваниями пародонта.

Ситуационная задача № 11

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-7

Ребенок 5 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл у ребенка появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26
46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.

5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ

1. Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка.
2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости.
3. Внутривенно вводят преднизолон 1,0 мл. на килограмм веса ребенка. Внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола.
4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение детского стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе.
5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Ситуационная задача № 12

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

Ребенку 8 лет показано удаление околокорневой кисты 21. Поведение ребенка адекватное. Проведено обезболивание 5 мл раствора 2% лидокаина с адреналином из расчета 1:10000. После осуществления разреза ребенок резко побледнел, ладони рук стали холодными, влажными, отмечена мышечная слабость, на лице капельки пота. На вопросы не отвечает, ко всему безучастен. Зрачки расширены, пульс редкий, слабого наполнения и напряжения. Дыхание замедленное, поверхностное.

16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность действий по оказанию неотложной помощи.
3. Назначьте медикаментозное лечение.
4. Действия врача-стоматолога после купирования неотложного состояния.
5. Меры профилактики данного осложнения.

Ответ

5. Обморок. Радикулярная киста.
6. Прекращение операции. Очистить полость рта от инородных тел. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Запрокинуть голову в крайнее разгибательное положение. Стимулировать дыхательный центр - дать вдохнуть нашатырный спирт, смочив им ватку и поднеся к носу. Введение медикаментозных средств.
7. Введение медикаментозных средств (внутримышечно 0,5 мл. 10 % раствор кофеина или 1 мл. 1% раствор кордиамина). При отсутствии эффекта можно ввести 0,5 мл. 1% раствор мезатона или 5% раствор эфедрина.
8. При выходе из обморока можно продолжить стоматологические манипуляции лечение проводить в горизонтальном положении.
5. Психологическая подготовка пациента. Премедикация

Ситуационная задача № 13

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10

Больной К., 35 лет, страдающий ИБС, гипертонической болезнью, обратился с целью санации перед заменой съемного протеза на нижнюю челюсть. После осмотра врач рекомендовал удалить корни разрушенных 36 и 37.

После введения 5 мл 2% р-ра лидокаина с 2 кап 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида в крыло-челюстную складку почувствовал сердцебиение, несильную давящую боль за грудиной, недостаток воздуха, страх смерти. Появился озноб, холодный липкий пот.

Объективно: Больной заторможен, с трудом отвечает на вопросы. Кожа и видимые слизистые бледные, лицо заострившееся. Дыхание частое, поверхностное. Пульс нитевидный, прощупывается на крупных артериях, ЧСС – 85 в мин. Артериальное давление 85/50 мм рт. ст. О О О О О К О О О О О К О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 10 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 40 31 32 33 34 35 36 37 38

С С

1. Поставьте диагноз остро развившегося состояния.
2. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Дайте рекомендации по обследованию, срокам санации, выборе анестезиологических препаратов.
5. При наличии непереносимости лекарственных препаратов перечислите особенности выбора медикаментов, слепочных масс, материала для базиса съемного протеза.

Ответ

1. Диагноз: Анафилактический шок.
2. Диф. диагностика с инфарктом миокарда, гипертоническим кризом, комой.
3. При оказании помощи необходимо: а) прекратить введение лекарственного вещества, вызвавшего анафилактический шок. б) уложить больного, повернуть его голову на бок и выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западания языка и асфиксии, убрать зубные протезы из полости рта при их наличии, в) ввести преднизолон из расчета 1–2 мг на 1 кг массы тела больного, или 4–20 мг дексаметазона, или 100–300 мг гидрокортизона (последние два препарата вводят без учёта массы тела), г) ввести 2–4 мл 2,5% раствора пипольфена, или 2–4 мл 2% раствора супрастина, д) при сердечной недостаточности показаны сердечные гликозиды или диуретики, е) вызвать специализированную бригаду. Интенсивная терапия проводится при отсутствии эффекта от обязательных противошоковых мероприятий. Желательно это делать в отделениях интенсивной терапии.
4. Необходимо госпитализировать больного. После нормализации гемодинамических показателей провести аллергологические пробы на переносимость анестетиков, пломбировочных материалов, слепочных масс. Продолжить санацию после получения результатов аллергологических проб.
5. Избегать лекарственных препаратов с резким запахом, отдушками. Пользоваться гипсом при снятии слепков, бесцветными пластмассами при изготовлении базиса протеза.

Ситуационная задача № 14

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-10.

Больной И., 25 лет, неоднократно приходил к стоматологу и сразу уходил не получив помощь. Визит к врачу для него стресс. В кресле больной покрывается потом, учащается сердцебиение, все время смотрит на врача. Из анамнеза больной страдает сахарным диабетом. Что необходимо предпринять до хирургического вмешательства?

Ответ:

Провести седативное воздействие. Например: феназепам – 0,0005–0,001г; диазепам – 0,005–0,01г; элениум – 0,01г.

Ситуационная задача № 15

Компетенции: УК-1, ПК-7, ПК-10.

Больной С., 43 лет, уроженец города Чапаевск. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 46 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Ответ:

Внутриротовая нижнечелюстная (мандибулярная) проводниковая анестезия.

Место укола находится в точке пересечения горизонтальной линии с вертикальной линией. Горизонтальная линия проходит на уровне около 1 см выше жевательной поверхности нижних моляров. Проходя по жевательной поверхности нижних моляров, как мы уже указывали, она является верхней границей воронки нижнечелюстного отверстия.

В области переднего края ветви нижней челюсти различают два позадиомолярных треугольника — большой и малый. Большой треугольник находится выше и латерально, а малый — ниже и медиально. Большой позадиомолярный треугольник образуется наружным ребром в виде наружной косой линии, *lineaobliquaexterna*, переходящей в венечный отросток, и внутренним ребром в виде внутренней косой линии, *lineaobliquainterna*, s. *lineamylohyoidea*, называемой, также височным гребнем нижней челюсти, *cristatemporalismandibulae*. Между указанными ребрами находится ямка, называемая *fossaretromolaris*.

Височный гребень нижней челюсти (внутреннее ребро большого треугольника) в нижней своей части позади последнего нижнего моляра делится на расходящиеся в медиальную и латеральную стороны две ножки — *crusmedialeetlaterale*. Малый треугольник представляет собой небольшую треугольную шероховатую костную площадку, находящуюся между указанными ножками височного гребня, которую также называют *trigonumretromolare*.

Таким образом, под *trigonumretromolare* подразумевают костную площадку, находящуюся между *lineaobliquaexterna* и *lineaobliquainterna* (*cristatemporalismandibulae*).

Вколов иглу вплотную у внутреннего ребра большого позадиомолярного треугольника (височный гребень нижней челюсти), на высоте около 1 см от жевательной поверхности нижних моляров, продвигают ее параллельно этой жевательной поверхности в глубь тканей все время в тесном соприкосновении с костью на 1,5—2 см и выпускают там обезболивающий раствор. Таким образом, для правильного выполнения внутриротовой нижнечелюстной проводниковой анестезии очень важно уметь легко и точно находить внутреннее ребро большого позадиомолярного треугольника.