



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Факультет Стоматологический

Кафедра(ы) Хирургии полости рта

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Хирургия полости рта.

Наименование дисциплины и Модуля (при наличии)

31.05.03 – Стоматология

Код и Наименование специальности Направления подготовки Направленность

Врач-стоматолог

Квалификация (степень) выпускника

Очная

Форма обучения

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры

Протокол №

11

Номер протокола

29.04.19

Дата

Заведующий кафедрой

Подпись

А.А. Бауман
ФИО

**Паспорт фонда оценочных средств
по учебной дисциплине (модулю)**

Хирургия полости рта.

Наименование дисциплины и Модуль (при наличии)

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля) создан для контроля знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся.

Фонд оценочных средств устанавливает соответствие знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся требованиям рабочей программы дисциплины (модуля).

Таблица 1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины (модуля)

Индекс компетенции	Формулировка компетенции
ОПК-4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.
ОПК-6	Готовностью к ведению медицинской документации.
ОПК-11	Готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.
ПК-5	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.
ПК-6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. X просмотра.
ПК-8	Способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями.
ПК-9	Готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Назначение оценочных средств определяет их использование для измерения уровня достижений обучающегося в результате обучения по одной теме (разделу) и/или совокупности тем дисциплины (модуля).

Таблица 2. Показатели оценивания компетенций

№	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (модуля)	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства и способ осуществления оценки компетенции
1.	Основы хирургической стоматологии.	ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6	Контрольные задания (устно, письменно); Задания в тестовой форме (письменно); Практические задания (на фантоме) Ситуационные задачи (устно)
2.	Хирургическая стоматология.	ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Контрольные задания (устно, письменно); Задания в тестовой форме (письменно); Практические задания (на фантоме); Ситуационные задачи (устно)
3.	Одонтогенные воспалительные заболевания полости рта.	ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Контрольные задания (устно, письменно); Задания в тестовой форме (письменно); Практические задания (на

			фантоме); Ситуационные задачи (устно)
4.	Хирургия полости рта.	ОПК-4, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Контрольные задания (устно, письменно); Задания в тестовой форме (письменно); Практические задания (на фантоме); Ситуационные задачи (устно)

Для оценки качества учебной деятельности обучающегося на этапах формирования компетенций в течение изучения дисциплины (модуля) разработаны критерии оценивания компетенций по различным контролируемым видам деятельности - контроль текущей успеваемости.

Таблица 3. Критерии оценивания текущей успеваемости

Контролируемый вид деятельности	Оценка	Критерии оценивания
Тестирование	Неудовлетворительно	0-15 верных ответов из 25 заданий
	Удовлетворительно	16-18 верных ответов из 25 заданий
	Хорошо	19-21 верных ответов из 25 заданий
	Отлично	22-25 верных ответов из 25 заданий
Собеседование по контрольным заданиям.	Неудовлетворительно	Недостаточный уровень освоения учебного материала. Неполное представление знаний и умений по изучаемой теме. Необоснованный и нечеткий ответа на поставленный вопрос. Недостаточное оформление отчетного материала в соответствии с известными или заданными преподавателем требованиями, предъявляемыми к подобного рода материалам.
	Удовлетворительно	Средний уровень освоения учебного материала. Имеется минимальное количество знаний и умений по изучаемой теме. Нечеткий ответа на поставленный вопрос. Недостаточное оформление отчетного материала в соответствии с заданными преподавателем требованиями.
	Хорошо	Достаточный уровень освоения учебного материала, Достаточное количество знаний и умений по изучаемой теме. Четкий ответа на поставленный вопрос. Недостаточное обоснование ответа на вопрос и оформление отчетного материала в соответствии с известными или заданными преподавателем требованиями.
	Отлично	Достаточный уровень освоения учебного материала, Достаточное количество знаний и умений по изучаемой теме. Четкий ответа на поставленный вопрос. Четкое обоснование ответа на вопрос и оформление отчетного материала.
Собеседование по ситуационным задачам	Неудовлетворительно	Недостаточный уровень освоения учебного материала. Неполное представление знаний и умений по изучаемой теме. Необоснованный и нечеткий ответа на поставленный вопрос. Неспособность анализировать и прогнозировать клиническую ситуацию.
	Удовлетворительно	Средний уровень освоения учебного материала,

		Имеется минимальное количество знаний. Нечеткий или неполный ответа на поставленный вопрос. Неспособность анализировать и прогнозировать клиническую ситуацию.
	Хорошо	Достаточный уровень освоения учебного материала Достаточное количество знаний и умений по изучаемой теме. Четкий ответа на поставленный вопрос. Неспособность анализировать и прогнозировать клиническую ситуацию.
	Отлично	Достаточный уровень освоения учебного материала. Достаточное количество знаний и умений по изучаемой теме. Четкий ответа на поставленный вопрос. Способность анализировать и прогнозировать клиническую ситуацию.
Выполнение практических задания	Неудовлетворительно	Не соблюдает правила индивидуальной защиты, эргономики. Не ориентируется в названии инструментов и медикаментозных средств, для выполнения задания. Не соблюдает этапы выполнения практического задания. Не способен выполнить на фантоме определенный вид манипуляции.
	Удовлетворительно	Соблюдает правила индивидуальной защиты, эргономики. Ориентируется в названии инструментов и медикаментозных средств. Не соблюдает этапы выполнения практического задания. Не способен четко выполнить на фантоме определенный вид манипуляции.
	Хорошо	Соблюдает правила индивидуальной защиты, эргономики. Ориентируется в названии инструментов и медикаментозных средств. Соблюдает этапы выполнения практического задания. Не способен четко выполнить на фантоме определенный вид манипуляции.
	Отлично	Соблюдает правила индивидуальной защиты, эргономики. Ориентируется в названии инструментов и медикаментозных средств. Соблюдает этапы выполнения практического задания. Способен четко выполнить на фантоме определенный вид манипуляции.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Контрольные задания или иные материалы для текущего контроля и проведения промежуточной аттестации направлены на оценивание:

- уровня освоения теоретических понятий, научных основ профессиональной деятельности;
- степени готовности обучающегося применять теоретические знания и профессионально значимую информацию, сформированности когнитивных умений;
- приобретенных умений, профессионально значимых для профессиональной деятельности.

Контрольные задания и иные материалы носят практико-ориентированный комплексный характер, направлены на формирование и закрепление компетенций.

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества формирования компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Каждое контрольное задание или иные материалы проверяет уровень сформированности одной или нескольких компетенций.

Перечни контрольных заданий или иных материалов в совокупности охватывают все компетенции, формируемые дисциплиной (модулем) и заявленные в рабочей программе основные результаты обучения по дисциплине (модулю) на уровне знать, уметь. Выполнение контрольных заданий и иных материалов способствует получению навыка и опыта деятельности.

Промежуточная аттестация предназначена для определения уровня освоения изученного объема дисциплины (модуля).

Для проведения промежуточной аттестации из перечня контрольных заданий или иных материалов формируются билеты

Каждый билет включает:

Тест и три контрольных задания для оценивания результатов обучения в виде знаний.

Ситуационную задачу и практическое задание для оценивания результатов обучения в виде умений.

Итоговый результат оценивания соотносится на весь заявленный в программе перечень результатов обучения по дисциплине (модулю).

Методика оценивания при проведении промежуточной аттестации:

Применяется среднее арифметическое значение оценок, полученных за каждый элемент оценивания.

Балл промежуточной аттестации переводится в академическую оценку. Текущая успеваемость не влияет на формирование академической оценки.

Устанавливаются следующие шкалы оценивания уровней освоения компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Таблица 4. Шкала оценивания уровней освоения компетенций

Формы аттестации	Баллы			
	2	3	4	5
Зачет	Не зачтено	Зачтено	Зачтено	Зачтено
Экзамен	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины (модуля).

4.1. Типовые контрольные задания для проверки текущей успеваемости с указанием проверяемых компетенций

4.1.1. Контрольные задания

1. Количество помещений в отделении хирургической стоматологии в стоматологической поликлинике. (ОПК-4, ОПК-11)
2. Площадь операционной на одно кресло (операционный стол) в условиях поликлиники должна быть не менее (м²). (ОПК-4, ОПК-11)
3. Количество помещений в хирургическом стоматологическом кабинете. (ОПК-4, ОПК-11)
4. Необходимые помещения в отделении хирургической стоматологии в стоматологической поликлинике. (ОПК-11)
5. Сколько раз в день проводится влажная уборка в хирургическом стоматологическом отделении (кабинете) (ОПК-4, ОПК-11)
6. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

7. Форма одежды врача. при проведении осмотра больного и хирургических стоматологических операций. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
8. Этапы обследования челюстно-лицевой области. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
9. Особенности проведения опроса пациента при выявлении хирургической стоматологической патологии. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
10. При пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- 11.Показания и противопоказание к плановому удалению зуба в амбулаторных условиях. (ОПК-4, ОПК-11,ОПК-6, ПК-5)
- 12.Показания к неотложному удалению зуба. (ОПК-4, ОПК-11,ОПК-6, ПК-5)
13. Расположение врача относительно пациента при удалении боковых зубов на нижней челюсти справа. (ОПК-4, ОПК-11,ОПК-6, ПК-5)
- 14.Щипцы для удаления нижнего зуба мудрости. (ОПК-4, ОПК-11,ОПК-6, ПК-5)
- 15.Когда начинается образование остеондной ткани в лунке при нормальном ее заживлении. (ОПК-4, ОПК-11,ОПК-6, ПК-5)
- 16.За счет чего происходит сближение краев десны после удаления зуба. (ОПК-4, ОПК-11, ОПК-6, ПК-5)
- 17.Перечислите местные осложнения. возникающие во время операции удаления зуба. (ПК-5, ПК-6, ПК-9,ОПК-11)
- 18.На какие сутки извлекают йодоформную турунду, после тугой тампоны лунки с целью остановки кровотечения. (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- 19.Тактика врача стоматолога –хирурга при переломе корня зуба во время операции удаления зуба. (ОПК-11, ПК-5 ПК-6, ПК-9)
- 20.Тактика врача стоматолога –хирурга при отломе бугра верхней челюсти во время операции удаления зуба(ОПК-11, ПК-5 ПК-6, ПК-9)
- 21.Тактика врача стоматолога–хирурга при обнаружении перфорации с верхнечелюстным синусом, через лунку удаленного зуба. (ОПК-11, ПК-5 ПК-6, ПК-9)

4.1.2. Практические задания

- 22.1.Проведите удаление зуба с сохраненной коронковой частью:
- 23.1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8;
- 24.2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8;
- 25.3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8;
- 26.4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8
- 27.2.Проведите удаление зуба с отсутствующей коронковой частью
- 28.1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8;
29. 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8;
- 30.3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8;
- 31.4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8
- 32.Проведите остановку луночкового кровотечения. ПК-5 ОПК-11
- 33.Проведите обработку лунки при альвеолите. ПК-5, ОПК-11
- 34.Проведите обследования пациента при подозрении перфорации верхнечелюстного синуса. ПК-5 ОПК-11
- 35.Проведите ревизию лунки при ограниченном остеомиелите. ПК-5 ОПК-11
- 36.Проведите манипуляции необходимые для предотвращения инфицирования лунки после травматичного удаления. ПК-5 ОПК-11

4.1.3. Задания в тестовой форме

Организация отделения хирургической стоматологии(ОПК-4, ОПК-11)

1. Отделение хирургической стоматологии в стоматологических поликлиниках должно иметь не менее, помещений (ОПК-4, ОПК-11)
 - А) 2
 - Б) 3
 - В) 4
 - Г) 5
 - Д) 6
2. Площадь операционной на одно кресло (операционный стол) в условиях поликлиники должна быть не менее, м² (ОПК-4, ОПК-11)
 - А) 21

- Б) 32
- В) 17
- Г) 10

3. В стоматологических поликлиниках при наличии *хирургического кабинета* должно быть не менее, помещений (ОПК-4, ОПК-11)

- А) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 5
- Д) 6

Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии. Заполнение медицинской карты стоматологического больного. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) изучение общесоматического статуса
- Б) осмотр мягких тканей лица
- В) сбор жалоб
- Г) осмотр ротовой полости

2. Осмотр больного и все манипуляции врач проводит в . (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) маске
- Б) колпачке
- В) защитных очках
- Г) перчатках
- Д) халате или хирургическом костюме

3. При пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) глубину пародонтальных карманов
- Б) цитологическую картину патологического процесса
- В) характер внутрикостных изменений патологического очага
- Г) консистенцию тканей
- Д) болезненность тканей

Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Последовательность действий. Инструменты (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Щипцы для удаления зуба 1.7 с сохраненной коронковой частью (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) штыковидные
- Б) s-образные с шипом слева
- В) s-образные без шипов
- Г) s-образные с шипом справа
- Д) специальные

2. Щипцы для удаления корней зуба 1.7(ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) штыковидные
- Б) прямые
- В) клювовидные
- Г) s-образные с шипом слева
- Д) s-образные с шипом справа

3. Щипцы для удаления резцов и клыков на верхней челюсти (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) клювовидные
- Б) s-образные с шипом справа
- В) s-образные без шипа
- Г) прямые
- Д) специальные

4. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

- А) прямые
- Б) s-образные с шипом слева
- В) штыковидные, байонетные
- Г) клювовидные
- Д) специальные

5. S-образными щипцами с несходящимися щечками без шипов удаляют (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) корни резцов на верхней челюсти
 - Б) корни моляров нижней челюсти
 - В) моляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Г) премоляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Д) третьи моляры нижней челюсти с сохраненной коронковой частью

Местные осложнения возникающие во время и после операции удаления зуба . (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

1. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба(ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) верхнечелюстной синусит
 - Б) периостит
 - В) альвеолит
 - Г) остеомиелит
 - Д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
2. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) паротит
 - Б) кровотечение
 - В) невралгия тройничного нерва
 - Г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - Д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
3. Возможные осложнения во время операции удаления зубов верхней челюсти (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) паротит
 - Б) невралгия тройничного нерва
 - В) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 - Г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - Д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
4. Возможные осложнения во время операции удаления моляров верхней челюсти (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) паротит
 - Б) отлом бугра верхней челюсти
 - В) невралгия тройничного нерва
 - Г) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
 - Д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

4.2. Типовые контрольные задания для проверки самостоятельной работы с указанием проверяемых компетенций

4.2.1. Контрольные задания.

Организация отделения хирургической стоматологии. Структура и работа стоматологического хирургического кабинета, операционной. (ОПК-4, ОПК-11)

1. Количество помещений в отделении хирургической стоматологии в стоматологической поликлинике. (ОПК-4; ОПК-11)
2. Площадь операционной на одно кресло (операционный стол) в условиях поликлиники должна быть не менее (м²).(ОПК-4, ОПК-11)
3. Количество помещений в хирургическом стоматологическом кабинете. (ОПК-4, ОПК-11)

Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
2. Форма одежды врача, при проведении осмотра больного и хирургических стоматологических операций. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
3. Этапы обследования челюстно-лицевой области(ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)и.

Операция удаления зуба. Показания и противопоказания (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Показания и противопоказания к плановому удалению зуба в амбулаторных условиях. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
2. Показания к неотложному удалению зуба. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

3. При удалении каких зубов первое вывихивающее движение проводят в оральную сторону(ОПК-4, ОПК-11).
4. При удалении каких зубов первое вывихивающее движение проводят в вестибулярную сторону. (ОПК-4, ОПК-11)

Местные осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба.

Профилактика и методы их устранения. операции удаления зуба (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4,)

1. Перечислите местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4)
2. На какие сутки извлекают йодоформную турунду, после тугой тампонады лунки с целью (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4)
3. Насколько болезненно протекает процесс нормального заживления лунки. (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4)
4. Образованием какой ткани завершается процесс заживления лунки. (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4,)
5. Сроки окончательного костеобразования после травматичного удаления зуба. (ОПК-11, ПК-5, ОПК-4)

4.2.2. Задания в тестовой форме

Организация отделения хирургической стоматологии(ОПК-4, ОПК-11)

1. Площадь на одно кресло в хирургическом кабинете не менее (m^2) (ОПК-4, ОПК-11)
 - А) 10
 - Б) 12
 - В) 14
 - Г) 8
 - Д) 20
2. Операционная площадь на каждое последующее кресло в хирургическом кабинете не менее (m^2) (ОПК-4, ОПК-11)
 - А) 5
 - Б) 7
 - В) 10
 - Г) 14
3. Генеральная уборка помещений в хирургическом отделении проводится(ОПК-4, ОПК-11)
 - А) один раз в неделю
 - Б) один раз в день
 - В) два раза в месяц
 - Г) два раза в полгода
4. Потолки хирургического кабинета(ОПК-4, ОПК-11)
 - А) оклеены обоями
 - Б) окрашены вододисперсионной, масляной или клеевой краской
 - В) побелены
 - Г) закрыты пластиковыми панелями
 - Д) облицованы плиткой

Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии. Заполнение медицинской карты стоматологического больного. (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. При исследовании протоков больших слюнных желез используется (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
 - А) конусно-лучевая томография
 - Б) продольный разрез протока на всю длину
 - В) инстилляционная раствором фурацилина
 - Г) зондирование
2. Затрудненное открывание рта возникает при(ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
 - А) воспалительных процессах в периапикальной области зубов верхней челюсти
 - Б) нарушении функции височно-нижнечелюстного сустава
 - В) неправильном прикреплении уздечки верхней и нижней губы
 - Г) повреждении нижнего альвеолярного нерва
 - Д) после проведения мандибулярной анестезии
3. При исследовании подъязычной области применяется (ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
 - А) рото-посовая проба
 - Б) пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва

- В) бимануальная пальпация
 - Г) зондирование протоков околоушных слюнных желез
4. Этапы обследования челюстно-лицевой области (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) внешний осмотр: конфигурация лица, пальпация лимфатических узлов
 - Б) общий осмотр, определение психо-эмоционального состояния
 - В) обследование полости рта
 - Г) опрос: сбор жалоб, история заболевания, история жизни
 - Д) дополнительные методы: рентгенологическое, ЭОД, КТ, МРТ
5. Опрос больного начинают с (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) анамнеза жизни
 - Б) анамнеза болезни
 - В) осмотра органов и тканей полости рта
 - Г) рентгенографического обследования
 - Д) выяснения жалоб

Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Последовательность действий. Инструменты. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Прямыми щипцами с несходящимися щеками удаляют зубы с сохраненной коронковой частью (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) моляры верхней челюсти
 - Б) премоляры нижней челюсти
 - В) зубы мудрости верхней челюсти
 - Г) резцы верхней челюсти
 - Д) корни резцов нижней челюсти
2. Нижний зуб мудрости удаляют щипцами прямыми щипцами с несходящимися щеками удаляют зубы с сохраненной коронковой частью (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) клювовидными
 - Б) s-образными
 - В) штыковидными
 - Г) прямыми
 - Д) специальными изогнутыми по плоскости
3. Для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронковой частью применяют щипцы (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) клювовидные с шипами
 - Б) штыковидные (байонетные)
 - В) s-образные с шипом слева
 - Г) s-образные с шипом справа
 - Д) прямые с несходящимися щеками
4. Правильное положение врача при удалении зуба 4.6 относительно пациента (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)
- А) справа и впереди
 - Б) справа и сзади
 - В) слева и впереди
 - Г) слева и сзади

Местные осложнения возникающие во время и после операции удаления зуба (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

1. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) ангулез
 - Б) мнотит
 - В) коллапс
 - Г) невралгию
 - Д) альвеолит
2. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) ангулез
 - Б) мнотит
 - В) коллапс

- Г) невралгию
 - Д) остеомиелит
3. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) анурез
 - Б) миозит
 - В) коллапс
 - Г) невралгию
 - Д) альвеолоневрит
4. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- А) анурез
 - Б) миозит
 - В) коллапс
 - Г) невралгия
 - Д) oro-антральное сообщение

4.3. Типовые контрольные задания для проведения промежуточной аттестации с указанием проверяемых компетенций

4.3.1. Контрольные задания

Организация отделения хирургической стоматологии. Структура и работа стоматологического хирургического кабинета, операционной. . (ОПК-4, ОПК-11)

1. Количество помещений в отделении хирургической стоматологии в стоматологической поликлинике.
2. Площадь операционной на одно кресло (операционный стол) в условиях поликлиники должна быть не менее (м²).
3. Количество помещений в хирургическом стоматологическом кабинете.
4. Необходимые помещения в отделении хирургической стоматологии в стоматологической поликлинике.
5. Сколько раз в день проводится влажная уборка в хирургическом стоматологическом отделении (кабинете)?
6. Пробы для оценки качества предстерилизационной очистки изделий на наличие остаточных количеств крови.
7. Критерий оценки санитарного состояния хирургического кабинета.
8. Асептика. Что включает в себя асептика в условиях кабинета хирургической стоматологии?
9. Площадь на одно кресло в хирургическом кабинете и на каждое последующее.
10. Как часто должна проводиться генеральная уборка помещений в отделении хирургической стоматологии?
11. Потолки в кабинете хирургической стоматологии: высота, обработка.
12. В течение какого времени сохраняет стерильность стерильный стол?
13. Для чего предназначена сухожаровая стерилизация?

Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии (ОПК-6, ПК-5)

14. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного.
 15. Форма одежды врача, при проведении осмотра больного и хирургических стоматологических операций.
 16. Этапы обследования челюстно-лицевой области.
 17. Особенности проведения опроса пациента при выявлении хирургической стоматологической патологии
 18. При пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить.
 19. Последовательность действий при обследовании полости рта.
 20. При каких состояниях возникает затрудненное открывание рта?
 21. Какой способ применяется при исследовании подъязычной области?
 22. Места расположения устьев выводных протоков больших слюнных желез?
 23. Порядок оформления медицинской карты стоматологического больного
- Операция удаления зуба. Показания и противопоказания (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)**
24. Степени сложности удаления зубов.
 25. Виды анестезий используемых при удалении зубов на нижней челюсти

26. На каком уровне по отношению к врачу располагается операционное поле при удалении зубов на нижней челюсти?
 27. Расположение врача относительно пациента при удалении боковых зубов на нижней челюсти справа.
 28. Щипцы для удаления нижнего зуба мудрости.
 29. Щипцы для удаления 3.7 зуба с сохраненной коронковой частью.
 30. В какую сторону проводят первое движение при вывихивании нижних клыков?
 31. Расположение врача относительно пациента при удалении моляров на нижней челюсти слева.
 32. Щипцы для удаления 3.6 зуба с сохраненной коронковой частью.
 33. Щипцы для удаления нижних резцов.
 34. Корни каких зубов удаляют клювовидными щипцами со сходящимися щечками?
 35. На какую глубину проводится отслойка десны при удалении зуба.
 36. Виды анестезий используемых при удалении зубов на верхней челюсти.
 37. На каком уровне по отношению к врачу располагается операционное поле при удалении зубов на верхней челюсти?
 38. Щипцы для удаления зуба 1.7. С сохраненной коронковой частью.
 39. Щипцы для удаления корней зуба 1.7.
 40. Щипцы для удаления резцов и клыков на верхней челюсти.
 41. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти.
 42. Какие зубы удаляют s-образными щипцами с несходящимися щечками без шипов.
 43. Какие зубы удаляют прямыми щипцами с несходящимися щечками.
 44. Признаком чего является наличие нити на щечках щипцов для удаления верхних моляров.
 45. При удалении каких зубов используют прямой элеватор.
 46. При удалении каких зубов на верхней челюсти используют ротацию.
 47. Щипцы для удаления больших коренных зубов верхней челюсти с сохраненной коронковой частью.
 48. Что необходимо сделать для снижения риска развития осложнений во время операции удаления зуба пациентам с сопутствующими заболеваниями.
 49. Тактика врача при подъеме артериального давления у больного гипертонической болезнью перед операцией удаления зуба.
 50. Когда возможно плановое удаление зубов у пациентов перенесших инфаркт миокарда (после консультации кардиолога).
 51. Тактика врача при удалении зуба у пациентов, больных сахарным диабетом
 52. Тактика врача при удалении зуба у пациентов, больных гипертонической болезнью
 53. Тактика врача при удалении зуба у пациентов, больных ишемической болезнью сердца
 54. Общие причины длительного луночкового кровотечения, после удаления зуба.
 55. Признаки гипогликемии. Тактика врача-стоматолога при их появлении.
 56. Тактика врача стоматолога хирурга при наличии плановых показаний к удалению зуба в I триместре беременности.
 57. Выбор анестетика у больных с нарушением функции печени.
 58. Особенности удаления зубов у пациентов, страдающих гемофилией.
 59. Психические заболевания относительное противопоказание для удаления зубов.
- Местные осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба. Профилактика и методы их устранения. операции удаления зуба (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)**
60. Вид заживления раны после удаления зуба
 61. Какой тканью происходит замещение сгустка на начальном этапе его организации.
 62. На какие сутки начинается развитие в лунке грануляционной ткани при нормальном течении процесса.
 63. При отеке сгустка крови лунка заживает путем развития грануляции со стороны.
 64. Когда начинается образование остеонной ткани в лунке при нормальном ее заживлении.
 65. За счет чего происходит сближение краев десны после удаления зуба.
 66. Какие процессы происходят в лунке одновременно с образованием костной ткани.
 67. Насколько болезненно протекает процесс нормального заживления лунки.
 68. Образованием какой ткани завершается процесс заживления лунки.
 69. Сроки окончательного костеобразования после травматического удаления зуба.
 70. Перечислите местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба.

71. На какие сутки извлекают йодоформную турунду, после тугой тампонады лунки с целью остановки кровотечения.
72. Тактика врача стоматолога –хирурга при переломе корня зуба во время операции удаления зуба.
73. Тактика врача стоматолога –хирурга при отломе бугра верхней челюсти во время операции удаления зуба
74. Тактика врача стоматолога–хирурга при обнаружении перфорации с верхнечелюстным синусом, через лунку удаленного зуба.
75. Тактика врача стоматолога–хирурга при разрыве десны во время операции удаления зуба.
76. К какому осложнению может привести неполное отделение круговой связки от шейки зуба при удалении зуба?
77. При удалении каких зубов может произойти прободение дна верхнечелюстной пазухи.
78. Признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи.
79. Что надо сделать для предотвращения инфицирования лунки после травматичного удаления?
80. Метод остановки костного кровотечения из стенок лунки.
81. Действия врача при проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху.
82. Признаки вскрытия дна верхнечелюстной пазухи.
83. При удалении каких зубов может произойти отлом бугра верхней челюсти.
84. Местные осложнения, которые могут возникнуть после удаления зуба.
85. Что рекомендуется сделать при позднем вторичном кровотечении из лунки.
86. Клинические проявления и тактика лечения альвеолита.
87. Что проводят при выявлении перфорации дна верхнечелюстной пазухи.
88. Сроки формирования оронтального свищевого хода (сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта).
89. Причины развития ограниченного остеомиелита лунки зуба.
90. Лечение ограниченного остеомиелита лунки зуба.
91. Методика операции альвеолотомии.
92. Причины развития невралгии нижнего альвеолярного нерва.
93. Причины альвеолярной послеоперационной боли.

4.3.2. Практические задания

(ОПК-4,ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

1. Внешний осмотр
2. Пальпация мягких тканей
3. Пальпация лимфатических узлов челюстно-лицевой области
4. Пальпация височно-нижнечелюстного сустава
5. Осмотр полости рта
6. Удалить зуб 1.1
7. Удалить зуб 1.2
8. Удалить зуб 1.3
9. Удалить зуб 1.4
10. Удалить зуб 1.5
11. Удалить зуб 1.6
12. Удалить зуб 1.7
13. Удалить зуб 1.8
14. Удалить зуб 2.1
15. Удалить зуб 2.2
16. Удалить зуб 2.3
17. Удалить зуб 2.4
18. Удалить зуб 2.5
19. Удалить зуб 2.6
20. Удалить зуб 2.7
21. Удалить зуб 2.8
22. Удалить зуб 3.1
23. Удалить зуб 3.2
24. Удалить зуб 3.3
25. Удалить зуб 3.4
26. Удалить зуб 3.5
27. Удалить зуб 3.6

- 28. Удалить зуб 3.7
- 29. Удалить зуб 3.8
- 30. Удалить зуб 4.1
- 31. Удалить зуб 4.2
- 32. Удалить зуб 4.3
- 33. Удалить зуб 4.4
- 34. Удалить зуб 4.5
- 35. Удалить зуб 4.6
- 36. Удалить зуб 4.7
- 37. Удалить зуб 4.8
- 38. Остановить кровотечение из лунки удаленного зуба 2.4
- 39. Остановить кровотечение из лунки удаленного зуба 3.6

4.3.3. Задания в тестовой форме

Организация отделения хирургической стоматологии (ОПК-4, ОПК-11)

1. Отделение хирургической стоматологии в стоматологических поликлиниках должно иметь не менее, помещений
 - А) 2
 - Б) 3
 - В) 4
 - Г) 5
 - Д) 6
2. Площадь операционной на одно кресло (операционный стол) в условиях поликлиники должна быть не менее, м²
 - А) 21
 - Б) 32
 - В) 17
 - Г) 10
3. В стоматологических поликлиниках при наличии *хирургического кабинета* должно быть не менее, помещений
 - А) 2
 - Б) 3
 - В) 4
 - Г) 5
 - Д) 6
4. Необходимые помещения в отделении хирургической стоматологии в стоматологических поликлиниках
 - А) для ожидания больных
 - Б) предоперационная
 - В) операционная
 - Г) стерилизационная
 - Д) для временного пребывания после операции
5. В хирургическом стоматологическом отделении (кабинете) влажная уборка проводится
 - А) один раз в месяц
 - Б) один раз в неделю
 - В) дважды в день
 - Г) один раз в квартал
 - Д) после каждого пациента
6. Для оценки качества предстерилизационной очистки изделий, на наличие остаточных количеств крови используют
 - А) азопирамовую или амидопириновую пробы
 - Б) фенолфталеиновую пробу
 - В) бактериологический контроль
 - Г) визуальный контроль
7. Критерием оценки санитарного состояния хирургического кабинета является
 - А) азопирамовая проба
 - Б) амидопириновая проба
 - В) фенолфталеиновая проба

- Г) бактериологический контроль
 - Д) визуальный контроль
8. Асептика включает в себя
- А) специальную обработку рук врача
 - Б) стерилизацию инструментов, приборов, материалов
 - В) соблюдение определенных приемов во время лечения
 - Г) специальные гигиенические и организационные мероприятия в лечебном учреждении
 - Д) все вышеперечисленное
9. Площадь на одно кресло в хирургическом кабинете не менее (m^2)
- А) 10
 - Б) 12
 - В) 14
 - Г) 8
 - Д) 20
10. Операционная площадь на каждое последующее кресло в хирургическом кабинете не менее (m^2)
- А) 5
 - Б) 7
 - В) 10
 - Г) 14
11. Генеральная уборка помещений в хирургическом отделении проводится
- А) один раз в неделю
 - Б) один раз в день
 - В) два раза в месяц
 - Г) два раза в полгода
12. Потолки хирургического кабинета
- А) оклеены обоями
 - Б) окрашены вододисперсионной, масляной или клеевой краской
 - В) побелены
 - Г) закрыты пластиковыми панелями
 - Д) облицованы плиткой
13. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов)
- А) 1-2
 - Б) 2-4
 - В) 3-6
 - Г) 4-10
 - Д) 10-12
14. Сухожаровая стерилизация предназначена для
- А) перевязочного материала
 - Б) белья
 - В) ватных валиков
 - Г) цельнометаллических инструментов
 - Д) шовного материала
15. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного
- А) изучение общесоматического статуса
 - Б) осмотр мягких тканей лица
 - В) сбор жалоб
 - Г) осмотр ротовой полости
16. Осмотр больного и все манипуляции врач проводит в
- А) маске
 - Б) колпачке
 - В) защитных очках
 - Г) перчатках
 - Д) халате или хирургическом костюме
17. При пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить
- А) глубину пародонтальных карманов
 - Б) цитологическую картину патологического процесса
 - В) характер интратканевых изменений патологического очага

- Г) консистенцию тканей
 - Д) болезненность тканей
18. Обследование полости рта начинают с
- А) осмотра собственно ротовой полости
 - Б) осмотра преддверия рта и
 - В) изучения функционального состояния органов ротовой полости
 - Г) обследования пародонтологического статуса
 - Д) осмотра зубов
19. При исследовании протоков больших слюнных желез используется
- А) конусно-лучевая томография
 - Б) продольный разрез протока на всю длину
 - В) инстилляционная раствором фурацилина
 - Г) зондирование
20. Затрудненное открывание рта возникает при
- А) воспалительных процессах в периодонте зубов верхней челюсти
 - Б) нарушении функции височно-нижнечелюстного сустава
 - В) неправильном прикреплении уздечки верхней и нижней губы
 - Г) повреждении нижнего альвеолярного нерва
 - Д) после проведения мандибулярной анестезии
21. При исследовании подъязычной области применяется
- А) рото-носовая проба
 - Б) пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва
 - В) бимануальная пальпация
 - Г) зондирование протоков околоушных слюнных желез
22. Этапы обследования челюстно-лицевой области
- А) внешний осмотр: конфигурация лица, пальпация лимфатических узлов
 - Б) общий осмотр, определение психо-эмоционального состояния
 - В) обследование полости рта
 - Г) опрос: сбор жалоб, история заболевания, история жизни
 - Д) дополнительные методы: рентгенологическое, ЭОД, КТ, МРТ
23. Опрос больного начинают с
- А) анамнеза жизни
 - Б) анамнеза болезни
 - В) осмотра органов и тканей полости рта
 - Г) рентгенографического обследования
 - Д) выяснения жалоб
24. Выводные протоки поднижнечелюстных слюнных желез располагаются
- А) на слизистой оболочке нёба на уровне 1.6, 2.6 зубов
 - Б) на подъязычном возвышении, по бокам от уздечки языка
 - В) на слизистой оболочке челюстно-язычного желобка
 - Г) на резцовом сосочке
- Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии. Заполнение медицинской карты стоматологического больного. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)**
25. Первый этап обследования хирургического стоматологического больного
- А) изучение общесоматического статуса
 - Б) осмотр мягких тканей лица
 - В) сбор жалоб
 - Г) осмотр ротовой полости
26. Осмотр больного и все манипуляции врач проводит в
- А) маске
 - Б) колпачке
 - В) защитных очках
 - Г) перчатках
 - Д) халате или хирургическом костюме
27. При пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить
- А) глубину пародонтальных карманов
 - Б) цитологическую картину патологического процесса

- В) характер внутрикостных изменений патологического очага
 - Г) консистенцию тканей
 - Д) болезненность тканей
28. Обследование полости рта начинают с
- А) осмотра собственно ротовой полости
 - Б) осмотра преддверия полости рта
 - В) изучения функционального состояния органов ротовой полости
 - Г) обследования пародонтологического статуса
 - Д) осмотра зубов
29. При исследовании протоков больших слюнных желез используется
- А) конусно-лучевая томография
 - Б) продольный разрез протока на всю длину
 - В) инстилляцией раствором фурацилина
 - Г) зондирование
30. Затрудненное открывание рта возникает при
- А) воспалительных процессах в периодонте зубов верхней челюсти
 - Б) нарушении функции височно-нижнечелюстного сустава
 - В) неправильном прикреплении уздечки верхней и нижней губы
 - Г) повреждении нижнего альвеолярного нерва
 - Д) после проведения мандибулярной анестезии
31. При исследовании подъязычной области применяется
- А) рото-посовая проба
 - Б) пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва
 - В) бимануальная пальпация
 - Г) зондирование протоков околоушных слюнных желез
32. Этапы обследования челюстно-лицевой области
- А) внешний осмотр: конфигурация лица, пальпация лимфатических узлов
 - Б) общий осмотр, определение психо-эмоционального состояния
 - В) обследование полости рта
 - Г) опрос: сбор жалоб, история заболевания, история жизни
 - Д) дополнительные методы: рентгенологическое, ЭОД, КТ, МРТ
33. Опрос больного начинают с
- А) анамнеза жизни
 - Б) анамнеза болезни
 - В) осмотра органов и тканей полости рта
 - Г) рентгенографического обследования
 - Д) выяснения жалоб
34. Выводные протоки поднижнечелюстных слюнных желез располагаются
- А) на слизистой оболочке щеки на уровне 1.6, 2.6 зубов
 - Б) на подъязычном возвышении, по бокам от уздечки языка
 - В) на слизистой оболочке челюстно-язычного желобка
 - Г) на резцовом сосочке
35. Какие инструменты используются для обследования пациента:
- А) гладыка
 - Б) элеватор
 - В) зеркало
 - Г) зонд
36. Обследование полости рта включает
- А) Осмотр преддверия и собственно полости рта
 - Б) Пальпация регионарных лимфатических узлов
 - В) Пальпация выхода периферических ветвей тройничного нерва
 - Г) Бимануальную пальпацию
37. Перечислите дополнительные методы обследования
- А) Опрос
 - Б) Внешний осмотр
 - В) Осмотр полости рта
 - Г) Рентгенодиагностика

38. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов необходимо
- А) Запрокинуть голову назад
 - Б) Наклонить голову вперед
 - В) Попросить пациента широко открыть рот
 - Г) Использовать шпатель

39. Кпереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы пальпируют
- А) Околоушные лимфатические узлы
 - Б) Поднижнечелюстную слюнную железу
 - В) Надключичные лимфатические узлы
 - Г) Латеральные шейные лимфатические узлы

Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Последовательность действий. Инструменты. (ОПК-4, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5)

40. Щипцы для удаления зуба 1.7 с сохраненной коронковой частью
- А) Штыковидные
 - Б) S-образные с шипом слева
 - В) S-образные без шипов
 - Г) S-образные с шипом справа
 - Д) Специальные
41. Щипцы для удаления корней зуба 1.7
- А) Штыковидные
 - Б) Прямые
 - В) Клювовидные
 - Г) S-образные с шипом слева
 - Д) S-образные с шипом справа
42. Щипцы для удаления резцов и клыков на верхней челюсти
- А) Клювовидные
 - Б) S-образные с шипом справа
 - В) S-образные без шипа
 - Г) Прямые
 - Д) Специальные
43. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти
- А) Прямые
 - Б) S-образные с шипом слева
 - В) Штыковидные, байонетные
 - Г) Клювовидные
 - Д) Специальные
44. S-образными щипцами с несходящимися щечками без шипов удаляют
- А) Корни резцов на верхней челюсти
 - Б) Корни моляров нижней челюсти
 - В) Моляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Г) Премоляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Д) Третьи моляры нижней челюсти с сохраненной коронковой частью
45. Прямыми щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы с сохраненной коронковой частью
- А) Моляры верхней челюсти
 - Б) Премоляры нижней челюсти
 - В) Зубы мудрости верхней челюсти
 - Г) Резцы верхней челюсти
 - Д) Корни резцов нижней челюсти
46. Нижний зуб мудрости удаляют щипцами
- А) Клювовидными
 - Б) S-образными
 - В) Штыковидными
 - Г) Прямыми
 - Д) Специальными изогнутыми по плоскости
47. Для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронковой частью применяют щипцы
- А) Клювовидные с шипами
 - Б) Штыковидные (байонетные)

- В) S-образные с шипом слева
 - Г) S-образные с шипом справа
 - Д) Прямые с несходящимися щечками
48. Правильное положение врача при удалении зуба 4.6 относительно пациента
- А) Справа и впереди
 - Б) Справа и сзади
 - В) Слева и впереди
 - Г) Слева и сзади
49. Местное осложнение возникающее во время операции удаления зуба
- А) Паротит
 - Б) Невралгия тройничного нерва
 - В) Перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 - Г) Ограниченный остеомиелит лунки зуба
 - Д) Альвеолит
50. Местное осложнение, возникающее после удаления зуба
- А) Неврит нижнего луночкового нерва
 - Б) Перелом нижней челюсти
 - В) Отлом участка альвеолярного отростка
 - Г) Ограниченный остеомиелит лунки зуба
 - Д) Перелом и вывих соседнего зуба
51. После тугой тампонады лунки с целью остановки кровотечения йодоформную турунду извлекают
- А) На 5-7 день
 - Б) На 12-14 день
 - В) Через три недели
 - Г) Через месяц
 - Д) На следующий день
52. При позднем вторичном кровотечении из лунки рекомендуется
- А) Провести интенсивный кюретаж лунки
 - Б) Удалить распавшийся кровяной сгусток и ввести в альвеолу гемостатический препарат
 - В) Обработать лунку антисептиком
 - Г) Наложить на распавшийся кровяной сгусток плёнку диплен-дента
 - Д) Сдвинуть края лунки и наложить сближающий шов
53. При переломе корня во время операции удаления зуба не рекомендуется
- А) удаление полностью фрагмента корня
 - Б) оставление отломка корня в лунке
 - В) удаление грануляционной ткани
 - Г) сглаживание острого края кости
 - Д) наложение сближающих швов на десну в области лунки
54. При удалении зуба 3.8 допускается использовать элеватор леклюза (или прямой элеватор) при
- А) отсутствии 3.7 зуба
 - Б) отсутствии 3.6 зуба
 - В) подвижности III степени 3.6. и 3.7 зубов
 - Г) наличии 3.5, 3.6, 3.7 с интактным пародонтом
 - Д) наличии 3.7 зуба с интактным пародонтом и отсутствии 3.5 и 3.6 зубов
55. Для удаления раздвинутых корней зуба 3.7 применяется
- А) угловой элеватор
 - Б) s-образные щипцы
 - В) прямой элеватор
 - Г) прямые щипцы
 - Д) штыковидные щипцы
56. Осложнение, возникающее во время операции удаления зуба
- А) синусит
 - Б) альвеолит
 - В) вывихивание соседнего зуба
 - Г) периостит челюсти
 - Д) остеомиелит лунки
57. Осложнение, возникающее во время операции удаления зуба

- А) невралгия тройничного нерва
 - Б) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - В) паротит
 - Г) луночковое кровотечение
 - Д) верхнечелюстной синусит
58. Штыковидные щипцы применяются для удаления
- А) премоляров верхней челюсти
 - Б) корней моляров верхней челюсти
 - В) резцов нижней челюсти
 - Г) премоляров нижней челюсти
 - Д) корней моляров нижней челюсти
59. Для удаления второго моляра нижней челюсти с сохраненной коронковой частью применяются
- А) S-образные щипцы
 - Б) Клювовидные щипцы со сходящимися щечками
 - В) Клювовидные щипцы с несходящимися щечками и шипами
 - Г) Прямой элеватор
 - Д) Штыковидные щипцы
60. К Поздним осложнениям операции удаления зуба относится
- А) Перфорация верхнечелюстного синуса
 - Б) Вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - В) Перелом челюсти
 - Г) Остеомиелит лунки
 - Д) Отлом коронки зуба
61. При проталкивании корня зуба в подъязычную область
- А) Тампонируют лунку зуба
 - Б) Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
 - В) Ушивают лунку зуба
 - Г) Госпитализируют больного
 - Д) Продолжают удаление
62. К осложнениям, возникающим во время удаления восьмого зуба верхней челюсти, относится
- А) Отлом бугра верхней челюсти
 - Б) Повреждение носо-нёбного нерва
 - В) Остеомиелит лунки
 - Г) Повреждение инфраорбитального нерва
 - Д) Верхнечелюстной синусит
63. При разрыве десны во время операции удаления зуба показано
- А) Тампонирование раны
 - Б) Наложение швов на десну
 - В) Обработка раневой поверхности 1% р-ром йода
 - Г) Аппликация эпителизирующими средствами
 - Д) Госпитализация
64. После сложного удаления зуба 4.8 пациенту следует местно назначить
- А) Холод на область угла нижней челюсти
 - Б) Тепловой компресс
 - В) Компресс с мазью вишневского
 - Г) Компресс с вазелином
 - Д) Тепловые полоскания
65. Первое вывихивающее движение в оральную сторону проводят при удалении
- А) Резцов нижней челюсти
 - Б) Премоляров верхней челюсти
 - В) Клыков верхней челюсти
 - Г) Моляров нижней челюсти
 - Д) Верхних восьмых зубов
66. При удалении зуба 3.8 допускается использовать элеватор леклюза (или прямой элеватор) при
- А) Отсутствии 3.7 зуба
 - Б) Отсутствии 3.6 зуба
 - В) Подвижности iii степени 3.6. И 3.7 зубов

- Г) Наличии 3.5, 3.6, 3.7 с интактным пародонтом
 - Д) Наличии 3.7 зуба с интактным пародонтом и отсутствии 3.5 и 3.6 зубов
67. Для удаления разъединённых корней зуба 3.7 применяется
- А) Угловой элеватор
 - Б) S-образные щипцы
 - В) Прямой элеватор
 - Г) Прямые щипцы
68. Для удаления второго моляра нижней челюсти с сохранённой коронковой частью применяются
- А) S-образные щипцы
 - Б) Клювовидные щипцы со сходящимися щечками
 - В) Клювовидные щипцы с несходящимися щечками и шипами
 - Г) Прямой элеватор
 - Д) Штыковидные щипцы
69. После сложного удаления зуба 4.8 пациенту следует местно назначить
- А) Холод на область угла нижней челюсти
 - Б) Тепловой компресс
 - В) Компресс с мазью вишневского
 - Г) Компресс с вазелином
 - Д) Тепловые полоскания
70. Люксация
- А) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - Б) Метод иммобилизации зуба при неполном его вывихе
 - В) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
 - Г) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
71. Ротация
- А) Своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - Б) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - В) Отделение круговой связки от шейки зуба
 - Г) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
 - Д) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг
72. Тракция
- А) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - Б) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - В) Извлечение зуба из лунки
 - Г) Отделение круговой связки от шейки зуба
73. Сепарация
- А) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
 - Б) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - В) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - Г) Отделение круговой связки от шейки зуба
74. При удалении зуба 4.6 правильное положение врача относительно пациента
- А) Справа и спереди
 - Б) Справа и несколько впереди
 - В) Справа и сзади
 - Г) Слева и сзади
75. Для удаления корней зубов нижней челюсти используют
- А) Клювовидные щипцы изогнутые по плоскости
 - Б) S-образные щипцы
 - В) Серповидная гладилка
 - Г) Клювовидные щипцы со сходящимися щечками
76. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

- А) Резцы нижней челюсти
 - Б) Корни зубов нижней челюсти
 - В) Моляры нижней челюсти
 - Г) Премоляры верхней челюсти
77. Какие щипцы используют для удаления зуба 3.7 с сохраненной коронковой частью?
- А) Клювовидные
 - Б) S-образные с шипом слева
 - В) Горизонтальные, изогнутые по плоскости
 - Г) Клювовидные с шипом
78. Какие щипцы используют для удаления больших коренных зубов на нижней челюсти при ограниченном открывании рта?
- А) Клювовидные
 - Б) Клювовидные с шипом
 - В) Горизонтальные, изогнутые по плоскости
 - Г) S-образные с шипом слева
79. Какой инструмент используют для удаления зуба 4.8 с сохраненной коронковой частью?
- А) Элеватор леклюза
 - Б) Серповидной гладилкой
 - В) Элеваторк
 - Г) Крючок лимберга
80. Щипцы для удаления нижних резцов
- А) Клювовидные
 - Б) Прямые
 - В) S-образные без шипов
 - Г) Байонетные
81. Щипцы для удаления корней резцов нижней челюсти
- А) Клювовидные щипцы со сходящимися щечками
 - Б) S-образные щипцы с несходящимися щечками
 - В) Штыковидные щипцы
 - Г) Прямые щипцы со сходящимися щечками
82. Для удаления грануляционной ткани из альвеолы применяют
- А) Серповидную гладилку
 - Б) Крючок фарабефа
 - В) Кюретажную ложку
 - Г) Распатор
83. При удалении корней, элеватор используется в качестве
- А) Долота
 - Б) Фиксатора
 - В) Рычага
 - Г) Не используется
84. Зуб любой групповой принадлежности можно удалить с помощью
- А) Байонетных щипцов
 - Б) Клювовидных щипцов
 - В) Прямых щипцов
 - Г) S-образных щипцов
85. Как располагается врач по отношению к пациенту при удалении зуба 4.4 с помощью щипцов
- А) Справа и спереди
 - Б) Слева и спереди
 - В) Справа и сзади
 - Г) Слева и сзади
86. Щипцы для удаления зуба 1.7 с сохраненной коронковой частью
- А) Штыковидные
 - Б) S-образные с шипом слева
 - В) S-образные без шипов
 - Г) S-образные с шипом справа
 - Д) Специальные
87. щипцы для удаления корней зуба 1.7

- А) Штыковидные
 - Б) Прямые
 - В) Клювовидные
 - Г) S-образные с шипом слева
 - Д) S-образные с шипом справа
88. щипцы для удаления резцов и клыков на верхней челюсти
- А) Клювовидные
 - Б) S-образные с шипом справа
 - В) S-образные без шипа
 - Г) Прямые
 - Д) Специальные
89. щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти
- А) Прямые
 - Б) S-образные с шипом слева
 - В) Штыковидные, байонетные
 - Г) Клювовидные
 - Д) Специальные
90. S-образными щипцами с несходящимися щечками без шипов удаляют
- А) Корни резцов на верхней челюсти
 - Б) Корни моляров нижней челюсти
 - В) Моляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Г) Премоляры верхней челюсти с сохраненной коронковой частью
 - Д) Третьи моляры нижней челюсти с сохраненной коронковой частью
91. Прямыми щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы с сохраненной коронковой частью
- А) Моляры верхней челюсти
 - Б) Премоляры нижней челюсти
 - В) Зубы мудрости верхней челюсти
 - Г) Резцы верхней челюсти
 - Д) Корни резцов нижней челюсти
92. Для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронковой частью применяют щипцы
- А) Клювовидные с шипами
 - Б) Штыковидные (байонетные)
 - В) S-образные с шипом слева
 - Г) S-образные с шипом справа
 - Д) Прямые с несходящимися щечками
93. штыковидные щипцы применяются для удаления
- А) Премоляров верхней челюсти
 - Б) Корней моляров верхней челюсти
 - В) Резцов нижней челюсти
 - Г) Премоляров нижней челюсти
 - Д) Корней моляров нижней челюсти
94. Отслаивание десны при удалении зуба проводится
- А) Серповидной гладилкой
 - Б) Экскаватором
 - В) Элеватором
 - Г) Стоматологическим зондом
95. Перед наложением щипцов проводится
- А) Сепарация
 - Б) Люксация
 - В) Тракция
 - Г) Пальпация
96. Ротацио не используют при удалении
- А) Резцов нижней челюсти
 - Б) Клыков верхней челюсти
 - В) Малых коренных зубов верхней челюсти
 - Г) Больших коренных зубов нижней челюсти
97. Щипцы для удаления малых коренных зубов верхней челюсти с сохранившейся коронкой

- А) Прямые щипцы с несходящимися щечками
 - Б) S-образные щипцы с несходящимися щечками
 - В) Байонетные щипцы
 - Г) S-образные щипцы со сходящимися щечками
98. правильная последовательность этапов операции удаления зуба
- А) Сепарация круговой связки зуба, наложение щипцов, продвижение щечек щипцов под десну, фиксация, ротация или люксация, тракция
 - Б) Наложение щипцов, продвижение щечек под десну, люксация, фиксация, сепарация круговой связки зуба, тракция
 - В) Фиксация зуба с одновременным отслаиванием круговой связки, ротация зуба, фиксация зуба, вывихивание зуба
 - Г) Сепарация круговой связки, продвижение щечек щипцов под десну, вывихивание зуба
99. Щипцы для удаления боковых коренных зубов верхней челюсти с сохранившейся коронкой
- А) Штыковидные щипцы
 - Б) Клювовидные щипцы
 - В) S-образные щипцы с тупом справа или слева
 - Г) S-образные щипцы со сходящимися щечками
100. Люксация это
- А) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - Б) Метод иммобилизации зуба при неполном его вывихе
 - В) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
 - Г) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
101. Ротация
- А) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - Б) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - В) Отделение круговой связки от шейки зуба
 - Г) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
102. Тракция
- А) Извлечение зуба из лунки
 - Б) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - В) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
 - Г) Отделение круговой связки от шейки зуба
103. Сепарация
- А) Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении
 - Б) Этап удаления зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20-25% вначале в одну, потом в другую сторону
 - В) Подвижность зуба третьей степени при хроническом генерализованном пародонтите
104. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти
- А) Угловой элеватор
 - Б) S-образные щипцы с тупом
 - В) Специальные щипцы
 - Г) Штыковидные щипцы со сходящимися щечками
105. Ротацию используют при удалении
- А) Резцов верхней челюсти
 - Б) Премоляров верхней челюсти
 - В) Моляров верхней челюсти
 - Г) Резцов нижней челюсти
106. Для снижения риска развития осложнений во время операции удаления зуба пациентам с сопутствующими заболеваниями необходимо
- А) Проводить удаление зубов только в специализированном стационаре
 - Б) Провести премедикацию для снятия психоэмоционального напряжения

- В) Провести адекватную местную анестезию
 - Г) Провести удаление зубов под общим обезболиванием
 - Д) Использовать анестетик с концентрацией адреналина 1:100000
107. При проведении плановой операции удаления зуба у больных с отягощенным аллергоанамнезом рекомендовано
- А) На ночь, перед операцией принять 0,1 г. Этаминала натрия
 - Б) Подготовка микродозами йода в течение 6-8 дней
 - В) Для проведения местной анестезии преимущественно использовать новокаин
 - Г) Применять при проведении местной анестезии анестетик без адреналина
 - Д) За 2-3 дня назначить антигистаминные и стероидные препараты
108. В пожилом возрасте при легкой и умеренной степени выраженности психоэмоционального напряжения для премедикации не используют
- А) Реланиум (диазепам), супрастин
 - Б) Коденн, этаминал-натрия
 - В) Промедол, атропина сульфат
 - Г) Коденн, но-шпа
 - Д) Обзидан, анальгин
109. При подъеме артериального давления у больного гипертонической болезнью перед операцией удаления зуба, необходимо применение
- А) Принять препарат назначенный кардиологом
 - Б) Энап (капотен)
 - В) Мотилиум
 - Г) Супрастин
 - Д) Омепразол
110. Плановое удаление зубов у пациентов перенесших инфаркт миокарда возможно через
- А) 6 месяцев
 - Б) 2 месяца после консультации кардиолога
 - В) 6 месяцев после консультации кардиолога
 - Г) 1 год в условиях кардиологического стационара
 - Д) 1 год
111. Перед оперативным вмешательством у больных с ибс для профилактики инфаркта миокарда применяют:
- А) Эфедрин, преднизолон, супрастин
 - Б) Валидол, коринфар 10 мг под язык, но-шпа в/м
 - В) Атропина сульфат, промедол, дроперидол
 - Г) Кофенн, эпинефрин, р-р глюкозы
 - Д) Коринфар 10 мг под язык, эфедрин в/м
112. Для проведения планового удаления зуба пациенту с сахарным диабетом (уровень сахара в крови 11 ммоль/л) следует:
- А) Ввести 10 ед инсулина на каждые лишние 2,77 ммоль/л
 - Б) Провести премедикацию диазепамом 0,2 мг/кг внутрь за 30-40 мин. До анестезии
 - В) Направить пациента к врачу эндокринологу для коррекции уровня сахара
 - Г) Внутривенное введение седуксена 0,3 мг/кг и баралгина 30 мг/кг
113. У больных с нарушением функции печени для проведения анестезии рекомендовано использовать:
- А) Артикаин
 - Б) Лидокаин
 - В) Тримеканн
 - Г) Мениваканн
 - Д) Новокаин
114. наиболее частое осложнение у пациентов с артериальной гипертонией:
- А) Невропатия нижнего альвеолярного нерва
 - Б) Альвеолит
 - В) Гемосинус
 - Г) Вторичное раннее кровотечение
 - Д) Вторичное позднее кровотечение
115. Длительное кровотечение во время удаления зуба может возникнуть у пациентов принимающих:

- А) Витамин к
- Б) Непрямые антикоагулянты
- В) Фибринолизин
- Г) Тромбин
- Д) Инсулин

Местные осложнения возникающие во время и после операции удаления зуба. (ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

116. На начальном этапе организации сгустка происходит его замещение тканью

- А) Грануляционной *
- Б) Хрящевой
- В) Коллагеновой
- Г) Остеоидной
- Д) Рубцовой

117. На какие сутки начинается развитие в лунке грануляционной ткани при нормальном течении процесса

- А) 1-2
- Б) 3-4 *
- В) 5-6
- Г) 7-8
- Д) к 14 дню

118. При отсутствии сгустка крови лунка заживает путем развития грануляции со стороны

- А) Слизистой оболочки
- Б) Пародонта
- В) Периодонта
- Г) Костных стенок лунки *
- Д) Надкостницы

119. Образование остеоидной ткани в лунке при нормальном течении начинается от

- А) сразу после удаления зуба
- Б) 1-4 дней
- В) 1-2 недель
- Г) 1-4 месяцев *
- Д) от 1 года

120. После удаления зуба рана заживает «натяжением»

- А) первичным
- Б) вторичным *
- В) третичным
- Г) четвертичным
- Д) келоидным рубцом

121. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба

- А) верхнечелюстной синусит
- Б) периостит
- В) альвеолит
- Г) остеомиелит
- Д) перелом коронки или корня удаляемого зуба

122. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба

- А) паротит
- Б) кровотечение
- В) невралгия тройничного нерва
- Г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- Д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

123. Возможные осложнения во время операции удаления зубов верхней челюсти

- А) паротит
- Б) невралгия тройничного нерва
- В) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- Г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- Д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

124. Возможные осложнения во время операции удаления моляров верхней челюсти

- А) паротит
 - Б) отлом бугра верхней челюсти
 - В) невралгия тройничного нерва
 - Г) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
 - Д) артрит височно-нижнечелюстного сустава
125. Возможные осложнения во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти
- А) синусит
 - Б) периостит
 - В) альвеолит
 - Г) остеомиелит
 - Д) перелом нижней челюсти
126. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) синусит
 - В) альвеолит
 - Г) остеомиелит
 - Д) гипертонический криз
127. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) синусит
 - В) альвеолит
 - Г) остеомиелит
 - Д) анафилактический шок
128. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) синусит
 - В) обморок
 - Г) альвеолит
 - Д) остеомиелит
129. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) синусит
 - В) коллапс
 - Г) альвеолит
 - Д) остеомиелит
130. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) миозит
 - В) коллапс
 - Г) невралгию
 - Д) альвеолит
131. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) миозит
 - В) коллапс
 - Г) невралгию
 - Д) остеомиелит
132. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба относят
- А) анурез
 - Б) миозит
 - В) коллапс
 - Г) невралгию
 - Д) альвеолоневрит
133. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят
- А) анурез
 - Б) миозит

- В) коллапс
- Г) невралгия
- Д) оро-антральное сообщение

4.4. Типовые контрольные задания для проверки текущей успеваемости с указанием проверяемых компетенций

4.4.1. Контрольные задания/вопросы

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Какие виды актиномицетов являются возбудителями актиномикоза: *israelii*, *naeslundii*, *viscosus*, *odontolyticus*, *meyer*i (ПК-5; ПК-9)
2. Что формируется при проникновении актиномицетов в ткани (ПК-5; ПК-9)
3. Как изменяется цвет кожи над очагом при кожной форме актиномикоза (ПК-9)
4. В каких случаях можно заподозрить актиномикоз лимфатических узлов (ПК-5; ПК-9)
5. Какие изменения происходят в тканях, окружающих участок кости в месте поражения при актиномикозе челюстей (ПК-5; ПК-9)

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

6. Что обозначают термином регионарные лимфатические узлы (ПК-5)
 7. В какой синус лимфатического узла впадают приносящие лимфатические сосуды (ПК-5)
 8. Какие лимфатические узлы составляют группу лицевых лимфатических узлов (ПК-5)
 9. В чем особенность группы лицевых лимфатических узлов (ПК-5)
 10. Почему паротит Герценберга называют ложным (ПК-5; ПК-9)
- Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.
11. Чем представлена верхняя стенка верхнечелюстной пазухи (ПК-5)
 12. В какие сроки происходит формирование свищевого хода с верхнечелюстной пазухой (ПК-5; ПК-9)
 13. Где проводится лечение хронического одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита с ороантральным свищевым ходом (ПК-9)
 14. От чего зависит тактика врача при выявлении перфорации дна верхнечелюстного синуса (ПК-9)
 15. Как осуществляется оперативный доступ к верхнечелюстной пазухе (ПК-9)

4.4.2. Контрольные задания

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Находятся ли актиномицеты в полости рта в норме (ПК-5; ПК-9)
2. Актиномицеты относятся к грамположительным или грамотрицательным микроорганизмам (ПК-5; ПК-9)
3. Места обитания актиномицетов в полости рта (ПК-5; ПК-9)
4. Пути распространения актиномицетов в подлежащие ткани (ПК-5; ПК-9)
5. Инкубационный период при актиномикозе (ПК-5; ПК-9)

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

6. Строение лимфатического узла (ПК-5)
 7. Основные функции лимфатических узлов (ПК-5)
 8. Группы лимфатических узлов в челюстно-лицевой области (ПК-5)
 9. Количество поднижнечелюстных лимфатических узлов (ПК-5)
 10. Регион, из которого лимфа оттекает в поднижнечелюстные лимфатические узлы (ПК-5)
- Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.
11. Нижняя стенка верхнечелюстной пазухи представлена (ПК-5)
 12. Передняя стенка верхнечелюстной пазухи представлена (ПК-5)
 13. Медиальная стенка верхнечелюстной пазухи представлена (ПК-5)

14. Типы строения верхнечелюстных пазух (ПК-5)

15. В течение какого времени сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта называется перфорацией (ПК-5; ПК-9)

4.4.3. Задания в тестовой форме

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Актиномикоз (ПК-5)

- А) хроническое инфекционное венерическое заболевание
- Б) острое инфекционное заболевание из группы зоонозов
- В) влажная гангрена мягких тканей лица, челюстей, полости рта
- Г) инфекционное заболевание, вызванное
- Д) гнойно-некротический процесс в костной ткани челюсти

2. В полости рта актиномицеты находятся в (ПК-5)

- А) зубном налете
- Б) кариозных полостях
- В) периапикальных очагах инфекции
- Г) зубо-десневой борозде
- Д) в криптах миндалин

3. Актиномицеты (ПК-5)

- А) грамположительные бактерии*
- Б) грамотрицательные бактерии
- В) грибы
- Г) протозои
- Д) простейшие

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области.

Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

1. Лимфаденит, воспаление (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) лимфатических сосудов
- Б) клетчатки
- В) лимфатического узла*
- Г) слюнной железы
- Д) надкостницы

2. Воспаление лимфатического сосуда (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) лимфангит
- Б) лимфаденит*
- В) аденофлегмона
- Г) периаденит

3. Аденофлегмона (ПК-5; ПК-8; ПК-9)

- А) воспаление лимфатических сосудов
- Б) гнойное воспаление лимфатического узла и прилежащей к нему клетчатки
- Г) воспаление лимфатического узла
- Д) воспаление прилегающей к лимфатическому узлу клетчатки

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.

1. Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи (ПК-5)

- А) альвеолярный отросток верхней челюсти
- Б) носовая поверхность верхней челюсти
- В) подвисочная поверхность верхней челюсти
- Г) глазничная поверхность верхней челюсти*
- Д) скуловой отросток верхней челюсти

2. Нижняя стенка верхнечелюстной пазухи (ПК-5)

- А) альвеолярный отросток верхней челюсти*
- Б) носовая поверхность верхней челюсти
- В) подвисочная поверхность верхней челюсти
- Г) глазничная поверхность верхней челюсти
- Д) скуловой отросток верхней челюсти

3. Естественное сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью носа располагается в (ПК-5)

- А) верхнем носовом ходу
- Б) среднем носовом ходу*
- В) нижнем носовом ходу
- Г) основной пазухе
- Д) лобной пазухе

4.1.4. Ситуационные задачи

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

Задача 1 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент, 40 лет жалуется на наличие новообразований в области губ, дна полости рта, периодически возникающее чувство зуда в зоне губ, дна полости рта.

Анамнез заболевания: со слов больного наличие новообразований в области губ заметил около трех месяцев назад. Занимался самолечением. Около двух недель назад обратил внимание на появление подобных новообразований под языком справа. Обратился на консультацию и лечение.

Местно: отмечается наличие множественных и сгруппированных опухолевидных новообразований размерами до 1см, синюшно-красного цвета с элементами изъязвлений, при пальпации безболезненны. Лицевые и шейные лимфатические узлы увеличены, при пальпации безболезненны.

1. Какое заболевание можно предположить основываясь на клинических данных

- 1. Проведите его обоснование.
- 2. Составьте план обследования
- 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
- 4. Каковы действия врача-стоматолога.

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области.

Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

Задача 1 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациентка М., 48 лет жалуется на постоянную ноющую боль в 3.6 зубе, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на этот зуб, а также на болезненное образование под нижней челюстью слева.

Анамнез: пять дней назад почувствовала боль во время еды в области разрушенного зуба 3.6. Затем боль усилилась и стала постоянной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстном треугольнике слева определяется плотное, болезненное, подвижное, округлой формы образование размером 2,0 на 1,5 на 1,3 см. Открывание рта свободное. Коронковая часть 3.6 зуба разрушена кариозным процессом до бифуркации. Перкуссия резко болезненна, подвижность I степени. Слизистая оболочка десны и переходной складки соответственно корням 3.6 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

- 1. Поставьте диагноз заболевания.
- 2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
- 3. В какие регионарные лимфатические узлы оттекает лимфа от моляров нижней челюсти?
- 4. Определите тактику лечения?
- 5. Какие осложнения могут развиваться при неадекватном лечении?

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Оронтральное сообщение. Перфоративный синусит.

Задача 1 (ПК-5; ПК-9)

У пациентки, 43 лет 5 дней назад во время операции удаления корня зуба 1.4 произошло смещение его в верхнечелюстную пазуху.

Какие дополнительные методы исследования надо выполнить

- 1. Определите место лечения
- 2. У какого специалиста необходимо получить консультацию
- 3. Какой вид оперативного вмешательства необходимо провести?
- 4. В какие сроки будет проведено оперативное лечение?

4.1.5. Практические задания

1. Проведите известные пробы для выявления перфорации дна верхнечелюстного синуса

2. Проведите устранение перфорации с использованием тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной смесью
3. Проведите устранение перфорации дна верхнечелюстного синуса с использованием трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти
4. Проведите устранение перфорации дна верхнечелюстного синуса с помощью языкообразного лоскута с неба

5. Проведите пластическое закрытие перфорации щечно-десневым лоскутом на фантоме

4.2. Типовые контрольные задания для проверки самостоятельной работы с указанием проверяемых компетенций

4.4.4. Контрольные вопросы

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Как проводится иммунодиагностика актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
2. Какие группы антибиотиков применяют при лечении актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
3. Чем характеризуется скрофулодерма? (ПК-5; ПК-9)
4. Что такое казеозный распад? (ПК-5; ПК-9)
5. Что такое серонегативный период сифилиса (ПК-5; ПК-9)
6. С чем дифференцируют гуммозный глоссит (ПК-5; ПК-9)
7. Что делают с зубами находящимися в зоне поражения при развитии специфического сифилитического периодонтита (ПК-5; ПК-9)

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

8. Какие лимфадениты выделяют по клиническому течению (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
9. С какими лимфатическими узлами связаны зубы боковой группы на нижней челюсти (ПК-5; ПК-9)
10. Что называют аденофлегмоной (ПК-9)
11. В каких случаях необходимо проведение биопсии лимфатического узла (ПК-9)
12. Чем характеризуется стадия персистирующей генерализованной лимфаденопатии у ВИЧ – инфицированных больных (ПК-9)

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.

13. Как проводится мобилизация трапециевидного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти (ПК-9)
14. На какие сутки после операции радикальной гайморотомии производят удаление йодоформной турунды из полости пазухи (ПК-9)
15. На какие сутки снимают швы после радикальной гайморотомии (ПК-9)

4.4.5. Контрольные задания

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Основные клинические характеристики актиномикоза при поверхностных локализациях (ПК-5; ПК-9)
2. Основные клинические характеристики актиномикоза при глубоких локализациях (ПК-5; ПК-9)
3. Основные клинические проявления подкожно-жировой формы актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
4. Методы диагностики актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
5. Метод получения актинолизата (ПК-5; ПК-9)
6. Методы консервативного и хирургического лечения актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
7. Роль иммуномодулирующей терапии в лечении актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
8. Роль препаратов йода в лечении актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
9. Возбудитель туберкулеза (ПК-5)
10. Основные внелегочные локализации туберкулеза в тканях челюстно-лицевой области (ПК-5)
11. Возможно ли первичное поражение туберкулезом тканей челюстно-лицевой области (ПК-5; ПК-9)
12. Клиническая характеристика туберкулезного лимфаденита (ПК-5; ПК-9)
13. Динамика развития специфического лимфаденита при туберкулезе (ПК-5; ПК-9)

14. Основные клинические характеристики туберкулезной язвы при локализации на слизистой оболочке полости рта (ПК-5; ПК-9)
15. Диагностика туберкулеза (ПК-5; ПК-9)
16. Общее и местное лечение туберкулеза (ПК-5; ПК-9)
17. Виды хирургического лечения туберкулеза челюстно-лицевой области (ПК-5; ПК-9)
18. Возбудитель сифилиса (ПК-5; ПК-9)
19. Первичный, вторичный, третичный период в клиническом течении сифилиса (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
20. Основные клинические характеристики шанкра при локализации на слизистой оболочке полости рта (ПК-5; ПК-9)
21. Элемент поражения при третичном сифилисе (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
22. Пути заражения сифилисом (ПК-5; ПК-9)
23. Лабораторная диагностика сифилиса (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
24. Тактика лечения при специфическом поражении сифилисом надкостницы и образовании секвестров (ПК-5; ПК-9)
25. Дифференциальная диагностика гуммозных процессов при локализации в челюстных костях (ПК-5; ПК-9)
26. Поражение зубов при врожденном сифилисе (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
- Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.**
27. Топографо-анатомические особенности группы околоушных лимфатических узлов (ПК-5)
28. Дайте определение лимфадениту (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
29. Причины развития лимфаденита (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
30. Может ли лимфаденит быть одонтогенным (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
31. Этиология лимфаденитов (ПК-5; ПК-6; ПК-9)
32. Клиническая картина острого серозного лимфаденита (ПК-9)
33. Клиническая картина острого гнойного лимфаденита (ПК-9)
34. Клиническая картина абсцедирующего лимфаденита (ПК-9)
35. Пальпируются ли поднижнечелюстные лимфатические узлы в норме (ПК-9)
36. Характеристики лимфатического узла при пальпации (ПК-9)
37. Морфологическая характеристика хронического гиперпластического лимфаденита (ПК-5)
38. Методы диагностики лимфаденита (ПК-9)
39. Назовите основные инфекционные и онкологические заболевания сопровождающиеся генерализованным лимфаденитом (ПК-5; ПК-9)
40. Принципы лечения острого серозного лимфаденита (ПК-5; ПК-9)
41. Возможно ли проведение разрезов со стороны кожных покровов при лечении лимфаденита (ПК-9)
42. Техника проведения наружной блокады в комплексном лечении острого серозного лимфаденита (ПК-9)
- Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.**
43. Подготовить реферат на тему:
 - Причины перфорации дна верхнечелюстного синуса (ПК-9)
 - Способы оперативного закрытия перфорации дна верхнечелюстного синуса (ПК-9)
 - Этапы радикальной гайморотомии по Колдуэллу-Люку (ПК-9)
44. Местные жалобы при перфорации дна верхнечелюстного синуса (ПК-9)
45. Пробы для выявления перфорации дна верхнечелюстной пазухи (ПК-9)
46. Методика проведения носо-ротовой пробы (ПК-9)
47. Тактика врача при перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба и отеугствия острого воспаления в ней (ПК-9)
48. Причины проталкивания корня зуба в верхнечелюстную пазуху (ПК-9)
49. Тактика врача при проталкивании корня зуба в верхнечелюстную пазуху (ПК-9)
50. Тактика врача при перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба при остром воспалении в ней (ПК-9)

51. Анатомо-топографические особенности сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью носа (ПК-9)

4.4.6. Задания в тестовой форме

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Возбудители актиномикоза *Actinomyces* (ПК-5)

- А) *israelii**
- Б) *naeslundii**
- В) *viscosus**
- Г) *odontolyticus**
- Д) *meyeri*

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

2. Лимфатический узел состоит из (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) клапан
- Б) капсула*
- В) трабекула*
- Г) синус*
- Д) паренхима*

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.

3. Типы строения верхнечелюстной пазухи (ПК-5)

- А) пневматический*
- Б) промежуточный*
- В) ячеистый
- Г) склеротический*
- Д) спорадический

4.3. Список контрольных заданий и иных материалов для проведения промежуточной аттестации зачет.

4.3.1. Задания в тестовой форме

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

1. Актиномикоз (ПК-5)

- А) хроническое инфекционное венерическое заболевание
- Б) острое инфекционное заболевание из группы зоонозов
- В) влажная гангрена мягких тканей лица, челюстей, полости рта
- Г) инфекционное заболевание, вызванное
- Д) гнойно-некротический процесс в костной ткани челюсти

2. В полости рта актиномицеты находятся в (ПК-5)

- А) зубном налете
- Б) кариозных полостях
- В) периапикальных очагах инфекции
- Г) зубо-десневой борозде
- Д) в криптах миндалин

3. Актиномицеты (ПК-5)

- А) грамположительные бактерии*
- Б) грамотрицательные бактерии
- В) грибы
- Г) прionoны
- Д) простейшие

4. Возбудители актиномикоза *Actinomyces* (ПК-5)

- А) *israelii**
- Б) *naeslundii**
- В) *viscosus**
- Г) *odontolyticus**
- Д) *meyeri*

6. Входные ворота актиномикетов в челюстно-лицевой области (ПК-5; ПК-9)
 - А) карнозные зубы*
 - Б) патологические десневые карманы*
 - В) поврежденная и воспаленная слизистая оболочка полости рта*
 - Г) протоки слюнных желез*
 - Д) поврежденная и воспаленная слизистая оболочка носа
7. Актиномикеты распространяются, путем (ПК-5; ПК-9)
 - А) контактным*
 - Б) воздушно-капельным
 - В) лимфогенным*
 - Г) гематогенным*
 - Д) фекально-оральным
8. Инкубационный период актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
 - А) 7-8 часов
 - Б) от нескольких дней до 2-3 недель
 - В) 4-5 недель
 - Г) 1-2 месяца*
 - Д) до нескольких лет
9. После внедрения возбудителя актиномикоза в ткани происходит формирование (ПК-5; ПК-9)
 - А) специфической гранулемы*
 - Б) гнойно-некротического очага
 - В) абсцесса
 - Г) воспалительного инфильтрата
 - Д) секвестра
10. В челюстно-лицевой области выделяют формы актиномикоза (ПК-5; ПК-9)
 - А) кожная, подкожная, подкожно-межмышечная, актиномикоз лимфатических узлов
 - Б) кожная, подкожная, слизистая, подслизистая, подкожно-межмышечная, актиномикоз лимфатических узлов, актиномикоз челюстных костей, актиномикоз периоста челюстей, актиномикоз органов полости рта*
 - В) кожная, подкожная, слизистая
 - Г) актиномикоз челюстных костей, актиномикоз периоста челюстей
 - Д) кожная, подкожная, актиномикоз органов полости рта
11. При кожной форме актиномикоза, общее состояние пациента (ПК-5; ПК-9)
 - А) удовлетворительное*
 - Б) средней тяжести
 - В) тяжелое
 - Г) зависит от стадии процесса
 - Д) зависит от локализации
12. При кожной форме актиномикоза цвет кожи над очагом поражения (ПК-5; ПК-9)
 - А) не изменен
 - Б) гиперемизована
 - В) землистый оттенок
 - Г) желтушный
 - Д) от ярко-красного до буро-синего*
13. При подкожной форме актиномикоза температура тела (ПК-5; ПК-9)
 - А) субфебрильная
 - Б) фебрильная
 - В) циклически меняется в течении суток
 - Г) нормальная*
 - Д) гектическая
14. Клинические симптомы подкожной формы актиномикоза (ПК-9)
 - А) отек
 - Б) плотный безболезненный инфильтрат*
 - В) плотный резко болезненный инфильтрат
 - Г) свищевой ход*
 - Д) очаг флюктуации
15. При подкожной форме актиномикоза, очаг (ПК-9)

- А) не спаян с кожей
 - Б) спаян с кожей*
 - В) плотной консистенции*
 - Г) мягкой консистенции
 - Д) безболезненный*
16. При подслизистой форме актиномикоза очаг может локализоваться в (ПК-9)
- А) слизистой верхней и нижней губы*
 - Б) слизистой щек*
 - В) подъязычной области*
 - Г) поднижнечелюстной области
 - Д) позадиомюлярной области
17. При актиномикозе слизистая оболочка над очагом (ПК-9)
- А) гипертрофируется
 - Б) не изменяется
 - В) истончается*
 - Г) ярко-красного цвета*
 - Д) прорывается с образованием мелких свищевых ходов, из которых выбухают грануляции*
18. При подкожно-межмышечной форме актиномикоза поражаются (ПК-9)
- А) подкожная, межмышечная клетчатка
 - Б) подкожная, межмышечная клетчатка с распространением на мышцы
 - В) подкожная, межмышечная, межфасциальная клетчатка с распространением на кожу и мышцы
 - Г) подкожная, межмышечная и межфасциальная клетчатка с распространением на кожу, мышцы и челюстные кости*
 - Д) кожа, мышцы и челюстные кости
19. Первыми симптомами подкожно-межмышечной формы актиномикоза могут быть (ПК-9)
- А) прогрессирующее ограниченное открывание рта*
 - Б) появление воспалительного отека и последующей инфильтрации тканей*
 - В) чувство жжения в полости рта
 - Г) острое начало, с клиникой абсцесса или флегмоны*
 - Д) безболезненная припухлость в полости рта
20. Затрудненное открывание рта отмечается при форме актиномикоза (ПК-9)
- А) кожной
 - Б) подкожно-межмышечной*
 - В) подкожной
 - Г) актиномикозе лимфатических узлов
 - Д) актиномикозе челюстных костей*
21. Местные клинические проявления актиномикоза поверхностных локализаций, в позднем периоде (ПК-9)
- А) доскообразная плотность периферических отделов инфильтрата*
 - Б) участки размягчения в центре инфильтрата, со свищевыми ходами*
 - В) кожа над пораженными тканями спаяна, синюшна*
 - Г) периодические припухания под челюстью при приеме пищи
 - Д) гнойные выделения из носового хода
22. Рентгенологическая картина первичного деструктивного актиномикоза челюстей (ПК-9)
- А) одна или несколько слившихся округлых полостей, не всегда четко контурированных*
 - Б) очаг резорбции может быть окружен зоной склероза*
 - В) деструкция кости в виде множественных очагов разрежения с четкими границами (поликистозный характер разрежения)
 - Г) гомогенная тень, по плотности напоминающая тень коронки зуба с неровными краями и полоской просветления вокруг нее
 - Д) остеолитизм без четких границ в «виде тающего сахара»
23. Пути проникновения актиномикетов в слюнные железы (ПК-9)
- А) через проток слюнной железы при попадании инородного тела*
 - Б) через проток слюнной железы при его ранении*
 - В) гематогенным путем, при респираторных аденовирусных заболеваниях*
 - Г) лимфогенным путем, при воспалении внутрижелезистых лимфатических узлов*

- Д) гематогенным путем при эпидемическом паротите
24. По клиническим, патологоанатомическим и рентгенологическим данным, первичный актиномикоз челюсти (ПК-5; ПК-9)
- А) деструктивный*
- Б) продуктивно-деструктивный*
- В) внутрикостный абсцесс*
- Г) внутрикостная гумма*
- Д) остеолитиз
25. Пути распространения инфекции при актиномикозе лимфатических узлов челюстно-лицевой области (ПК-5; ПК-9)
- А) одонтогенный *
- Б) тонзиллогенный*
- В) отогенный *
- Г) стоматогенный*
- Д) офтальмогенный
26. Актиномикоз лимфатических узлов может протекать в виде (ПК-9)
- А) абсцедирующего лимфаденита*
- Б) аденофлегмоны*
- В) хронического гиперпластического лимфаденита*
- Г) актиномикоза слизистой оболочки
- Д) актиномикоза перноста челюсти
27. Актинолизат (ПК-9)
- А) 12-15 дневная культура аэробного актиномицета, в которой произошел лизис*
- Б) антибиотик, используемый при лечении актиномикоза
- В) гипериммунная сыворотка
- Г) лиофилизированная смесь актиномицетов
- Д) антигистаминный препарат
28. Путь введения актинолизата при проведении кожно-аллергической пробы (ПК-9)
- А) внутримышечный
- Б) внутривенный
- В) внутрикожный*
- Г) пероральный
- Д) внутрипульпарный
29. В качестве контроля при оценке кожно-аллергической пробы используется (ПК-9)
- А) физиологический раствор
- Б) 5% раствор глюкозы
- В) аскорбиновая кислота
- Г) стерильный мясонецтонный бульон*
- Д) гемодез
30. Количество актинолизата при проведении кожно-аллергической пробы, мл (ПК-9)
- А) 1
- Б) 2
- В) 0,3*
- Г) 0,5
- Д) 3
31. Путь введения актинолизата, при использовании лечебной схемы по методу Г.С. Сутеева (ПК-9)
- А) внутримышечный*
- Б) внутривенный
- В) внутрикожный
- Г) пероральный
- Д) внутрипульпарный
32. Схема введения актинолизата по методу Г.С. Сутеева (ПК-9)
- А) 3мл 2раза в неделю*
- Б) 1 мл 1 раз в неделю
- В) 2мл 1 раз в месяц
- Г) 1мл ежедневно
- Д) 2мл через день

33. Курс лечения актиномикоза актинолизатом по методу Г.С. Сутеева, количество инъекций (ПК-9)
- А) 3
 - Б) 5
 - В) 10
 - Г) 20*
 - Д) 30
34. Хирургическое лечение актиномикоза челюстно-лицевой области (ПК-9)
- А) удаление зубов, явившихся входными воротами актиномикозной инфекции*
 - Б) удаление участков избыточно новообразованной кости*
 - В) обработка актиномикозных очагов в мягких и костных тканях*
 - Г) удаление пораженных лимфатических узлов*
 - Д) перевязка наружной сонной артерии
35. После вскрытия актиномикозного очага, предпочтительно рану обрабатывать (ПК-9)
- А) 5% раствором йода*
 - Б) введением порошка йодоформа*
 - В) йодинолом*
 - Г) фурацилином
 - Д) 0,05% р-ром хлоргексидина
36. Туберкулез, заболевание (ПК-5; ПК-8; ПК-9)
- А) вирусное
 - Б) инфекционное*
 - В) аутоиммунное
 - Г) аллергическое
 - Д) метаболическое
37. Возбудитель туберкулеза человека, микобактерии (ПК-5)
- А) *M. tuberculosis**
 - Б) *M. tuberculosis bovinis*
 - В) *M. tuberculosis microti*
 - Г) *M. tuberculosis africanus*
38. Туберкулезная гранулема распадается с образованием (ПК-9)
- А) неказеозного некроза
 - Б) гуммы
 - В) казеозного некроза*
 - Г) туберкулезного бугорка
39. Внелегочные локализации туберкулеза (ПК-9)
- А) лимфатическая система*
 - Б) кожа*
 - В) скелет*
 - Г) центральная нервная система*
 - Д) почки*
 - Е) желудочно-кишечный тракт*
40. Наиболее распространенная зона внелегочного поражения туберкулезом головы и шеи (ПК-9)
- А) шейные лимфатические узлы, связанные с глоткой и средним ухом*
 - Б) полость носа, носоглотка
 - В) полость рта
 - Г) околоушная слюнная железа
 - Д) пищевод
 - Е) шейный отдел позвоночника
41. Частота проявлений туберкулеза в полости рта % (ПК-9)
- А) от 0,5 до 1,5%*
 - Б) от 2 до 3%
 - В) от 5 до 10%
 - Г) от 10 до 15%
 - Д) от 15 до 20%
42. Скрофула – туберкулез (ПК-9)
- А) шейных лимфатических узлов*
 - Б) околоушной слюнной железы

- В) пищевода
 - Г) полости носа, носоглотки
 - Д) шейного отдела позвоночника
43. Скрофула развивается при (ПК-9)
- А) употреблении загрязненного молока*
 - Б) внедрении инфекции в проток слюнной железы
 - В) поражении легких
 - Г) поражении кишечника
 - Д) поражении пищевода
44. Скрофулодерма, клинические проявления (ПК-9)
- А) множественные свищевые ходы на покрывающей лимфоузлы коже*
 - Б) атрофичные рубцы на коже звездчатой формы*
 - В) инфильтраты в подкожной клетчатке в виде отдельных узлов или цепочки*
 - Г) цвет пораженных тканей после вскрытия очагов красно-фиолетовый*
 - Д) паралич мимической мускулатуры
45. Наиболее частое проявление туберкулеза на слизистой оболочке полости рта (ПК-9)
- А) хроническая безболезненная или болезненная язва*
 - Б) образование на коже
 - В) участок гиперкератоза
 - Г) афты
 - Д) болезненные пузырьки
46. Скрофулодерму дифференцируют с (ПК-9)
- А) актиномикозом*
 - Б) распадающейся опухолью*
 - В) сифилисом*
 - Г) фурункулом*
 - Д) пигментным невусом
47. Для вторичного туберкулезного лимфаденита лица и шеи характерно (ПК-9)
- А) развивается при туберкулезном процессе в других органах*
 - Б) субфебрильная температура, общая слабость, потеря аппетита*
 - В) лимфатические узлы имеют плотную эластическую консистенцию, бугристую поверхность*
 - Г) распад лимфатического узла, с формированием свища, с выходом наружу творожистого секрета*
 - Д) лимфатические узлы мягкие, безболезненные
48. Лимфатические узлы при первичном поражении туберкулезом (ПК-9)
- А) не спаяны
 - Б) увеличены*
 - В) не увеличены
 - Г) плотные*
 - Д) спаяны в пакеты *
49. Для туберкулеза слюнных желез характерно (ПК-9)
- А) появление в железе плотных, безболезненных или слабоболезненных узлов*
 - Б) при распаде очага появление в слюне хлопьевидных включений*
 - В) со временем кожа спаявается с узлом и истончается*
 - Г) на месте прорыва участка кожи образуются свищи или поверхностные язвы*
 - Д) припухание во время приема пищи
50. Туберкулезная язва (ПК-9)
- А) подрытые, мягкие, слегка нависающие края*
 - Б) дно легко кровоточит*
 - В) пальпация болезненна*
 - Г) гладкие, ровные края
 - Д) блюдцеобразной формы
51. Лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области проводят в (ПК-9)
- А) специализированном фтизиатрическом лечебном учреждении*
 - Б) условиях стоматологической поликлиники
 - В) челюстно-лицевом стационаре
 - Г) хирургическом стоматологическом кабинете

- Д) терапевтическом отделении
52. Диагностика туберкулеза (ПК-9)
- А) туберкулинодиагностика (пробы Манту, Пирке, Коха)*
 - Б) рентгенологическое исследование легких*
 - В) патологоанатомическое исследование*
 - Г) цитологическое исследование мазков гноя из очагов, отпечатки клеток из язв*
 - Д) анализ мочи по Земницкому
53. Туберкулез лимфатических узлов дифференцируют с (ПК-9)
- А) флегмоной
 - Б) фурункулезом
 - В) неспецифическим лимфаденитом
 - Г) сифилисом
 - Д) актиномикозом
54. Препараты «первого ряда» при консервативном лечении туберкулеза (схема DOTS) (ПК-9)
- А) рифампицин (рифампин, микобутин)*
 - Б) изониазид*
 - В) пиразинамид*
 - Г) этиambutол*
 - Д) полусинтетические пенициллины
55. Препараты «первого ряда» при консервативном лечении туберкулеза назначаются по следующей схеме, прием стандартного набора четырех лекарств (ПК-9)
- А) ежедневный в течение шести месяцев*
 - Б) через день в течение года
 - В) один раз в неделю в течение шести месяцев
 - Г) два раза в неделю в течение месяца
 - Д) однократно
56. Оперативное лечение туберкулеза, проводят строго по показаниям (ПК-9)
- А) при клиническом эффекте противотуберкулезного лечения*
 - Б) отграничении местного процесса в полости рта, костной ткани*
 - В) до момента появления свищевых ходов
 - Г) при появлении творожистого отделяемого
 - Д) при появлении очагов деструкции в кости
57. Оперативные методы лечения туберкулеза челюстно-лицевой области (ПК-9)
- А) вскрытие внутрикостных очагов и выскабливание грануляций*
 - Б) иссечение свищей*
 - В) секвестрэктомия*
 - Г) удаление зубов с пораженным туберкулезом периодонтом*
 - Д) резекция челюсти
58. Зубы с пораженным туберкулезом периодонтом (ПК-9)
- А) удаляют обязательно*
 - Б) шинируют
 - В) проводят консервативное лечение
 - Г) в зависимости от клинической ситуации
59. Возбудитель сифилиса
- А) бледная трепонема (ПК-9)
 - Б) микобактерия
 - В) стафилококк
 - Г) стрептококк
 - Д) фузобактерии
60. Периоды сифилиса (ПК-9)
- А) инкубационный
 - Б) первичный
 - В) вторичный
 - Г) третичный
 - Д) четвертичный
61. Инкубационный период сифилиса длится, недель (ПК-9)
- А) 1-2

- Б) 3-4*
 - В) 5-6
 - Г) 7-8
 - Д) 9-10
62. Проявление первичного сифилиса в полости рта (ПК-9)
- А) пустула
 - Б) твердый шанкр
 - В) розеола
 - Г) гумма
 - Д) волдырь
63. Элемент поражения при вторичном сифилисе полости рта (ПК-9)
- А) гуммы
 - Б) пустулы, розеола
 - В) твердый шанкр
 - Г) гуммозные гранулемы
 - Д) кандиломы
64. Третичный период сифилиса развивается через (ПК-9)
- А) 1-2 месяца
 - Б) 0,5-1 год
 - В) 1-2 года
 - Г) 2-3 года
 - Д) 3-6 лет*
65. Элемент поражения при третичном сифилисе (ПК-9)
- А) твердый шанкр
 - Б) пустулы
 - В) розеола
 - Г) гуммы*
66. Гуммы при сифилисе могут локализоваться в челюстно-лицевой области (ПК-9)
- А) слизистой оболочке *
 - Б) надкостнице*
 - В) костной ткани челюсти*
 - Г) носовых костях, перегородке носа*
 - Д) языке*
67. Больных сифилисом с локализацией в челюстно-лицевой области лечат в (ПК-9)
- А) специализированном венерологическом стационаре или диспансере*
 - Б) условиях стоматологической поликлиники
 - В) челюстно-лицевом стационаре
 - Г) хирургическом стоматологическом кабинете
 - Д) терапевтическом отделении
68. В случае специфического сифилитического периодонтита, при значительной подвижности зубов (ПК-9)
- А) проводят лечение зубов с пломбированием *
 - Б) удаление
 - В) шинирование
 - Г) вскрывают и оставляют открытыми
69. Активное хирургическое лечение при сифилитическом поражении надкостницы, челюстей (ПК-9)
- А) не показано*
 - Б) проводится только после специфического лечения на фоне затихания и отграничения процесса*
 - В) проводится в максимально ранние сроки
 - Г) в случае формирования секвестров
 - Д) при выраженности болевого синдрома
70. Первичный период сифилиса длится, недель
- А) 1-2
 - Б) 2-3
 - В) 3-4
 - Г) 6-8*

Д) 10-12

71. Эрозивный сифилитический шанкр

- А) округлой или овальной формы*
- Б) ярко-красного цвета*
- В) края четко ограниченные, не подрытые*
- Г) дно ровное блестящее*
- Д) подрытые, мягкие, слегка нависающие края

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области.

Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

72. Лимфаденит, воспаление (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) лимфатических сосудов
- Б) клетчатки
- В) лимфатического узла*
- Г) слюнной железы
- Д) надкостницы

73. Воспаление лимфатического сосуда (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) лимфангит
- Б) лимфаденит*
- В) аденофлегмона
- Г) периаденит

74. Аденофлегмона (ПК-5; ПК-8; ПК-9)

- А) воспаление лимфатических сосудов
- Б) гнойное воспаление лимфатического узла и прилежащей к нему клетчатки
- Г) воспаление лимфатического узла
- Д) воспаление прилежащей к лимфатическому узлу клетчатки

75. Лимфатический узел состоит из (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

- А) клапан
- Б) капсула*
- В) трабекула*
- Г) синус*
- Д) паренхима*

76. Синусы лимфатического узла (ПК-5)

- А) воротный*
- Б) пристеночный*
- В) краевой*
- Г) межуточный*
- Д) корковый

77. Функции лимфатических узлов (ПК-5)

- А) синтез тромбоцитов
- Б) сбор и транспортировка лимфы*
- В) образование лимфы
- Г) нейтрализация микробов и токсинов*

78. Приносящие лимфатические сосуды открываются в синусе (ПК-5)

- А) краевой*
- Б) корковый
- В) воротный
- Г) межуточный
- Д) пристеночный

79. Выносящие лимфатические сосуды открываются в синусе (ПК-5)

- А) краевой
- Б) корковый
- В) воротный*
- Г) межуточный
- Д) пристеночный

80. Мозговое вещество лимфатического узла состоит из тяжей (ПК-5)

- А) лейкоцитов

- Б) лимфоцитов*
 - В) моноцитов
 - Г) нейтрофилов
81. Группы лимфатических узлов области свода черепа (ПК-5)
- А) затылочные*
 - Б) сосцевидные*
 - В) поверхностные околоушные*
 - Г) глубокие околоушные*
 - Д) лицевые
82. Лицевые лимфатические узлы (ПК-5)
- А) щечные*
 - Б) молярные*
 - В) носогубные *
 - Г) подбородочные
 - Д) нижнечелюстные*
83. Глубокие лимфатические узлы шеи (ПК-5)
- А) нижнеушные
 - Б) передние яремные*
 - В) яремно-лопаточно-подъязычные*
 - Г) надключичные
 - Д) сосцевидные
84. Количество лимфатических узлов в подбородочной области (ПК-5)
- А) 1-2
 - Б) 1-4*
 - В) 3-5
 - Г) 4-8
85. Поднижнечелюстные лимфатические узлы располагаются в (ПК-5)
- А) поднижнечелюстном треугольнике*
 - Б) подбородочном треугольнике
 - В) позадищелюстной области
 - Г) подъязычной области
86. Лимфа от зубо-челюстных сегментов от клыка до третьего моляра верхней и нижней челюсти, кожи наружного носа, передних отделов слизистой оболочки полости носа оттекает в лимфатические узлы (ПК-5)
- А) поднижнечелюстные *
 - Б) подбородочные
 - В) щечные
 - Г) околоушные
 - Д) глубокие шейные боковые
87. Количество лимфатических узлов в околоушно-жевательной области (ПК-5)
- А) 1-2
 - Б) 2-3
 - В) 3-5*
 - Г) 4-6
 - Д) 6-8
88. По клиническому течению и морфологическим признакам лимфаденит (ПК-5; ПК-9)
- А) острый серозный*
 - Б) острый гнойный*
 - В) подострый
 - Г) хронический гиперпластический*
 - Д) хронический паренхиматозный*
89. Лимфаденит лицевых лимфатических узлов развивается при воспалительных процессах в области (ПК-5; ПК-9)
- А) моляров и премоляров верхней челюсти*
 - Б) первого и второго моляра нижней челюсти*
 - В) кожи и слизистой оболочки носа
 - Г) альвеолярного отростка верхней челюсти*

- Д) альвеолярного отростка нижней челюсти*
- 90. Причины воспаления лимфатических узлов челюстно-лицевой области (ПК-9)
 - А) воспаление в области рото- и носоглотки*
 - Б) глубокий кариес
 - В) гнойничковое поражение кожи лица*
 - Г) гнойная рана слизистой оболочки полости рта*
 - Д) воспалительные процессы в периапикальных тканях зубов*

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.

- 91. Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи (ПК-5)
 - А) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - Б) носовая поверхность верхней челюсти
 - В) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - Г) глазничная поверхность верхней челюсти*
 - Д) скуловой отросток верхней челюсти
- 92. Нижняя стенка верхнечелюстной пазухи (ПК-5)
 - А) альвеолярный отросток верхней челюсти*
 - Б) носовая поверхность верхней челюсти
 - В) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - Г) глазничная поверхность верхней челюсти
 - Д) скуловой отросток верхней челюсти
- 93. Естественное сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью носа располагается в (ПК-5)
 - А) верхнем носовом ходу
 - Б) среднем носовом ходу*
 - В) нижнем носовом ходу
 - Г) основной пазухе
 - Д) лобной пазухе
- 94. Типы строения верхнечелюстной пазухи (ПК-5)
 - А) пневматический*
 - Б) промежуточный*
 - В) ячеистый
 - Г) склеротический*
 - Д) спорадический
- 95. Источники инфекции одонтогенного верхнечелюстного синусита (ПК-9)
 - А) хронический периодонтит верхнего первого моляра*
 - Б) обострившийся хронический периодонтит верхнего второго резца
 - В) остеомиелит боковых отделов верхней челюсти*
 - Г) нагноившаяся радикулярная киста верхней челюсти в области моляров *
 - Д) острый пульпит верхнего второго премоляра
- 96. Сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта называется перфорацией, в течение (ПК-9)
 - А) 1-2 дней
 - Б) 5-6 дней
 - В) 1-2 недель
 - Г) 3-4 недель*
 - Д) 6-7 недель
- 97. Причины перфорации дна верхнечелюстного синуса (ПК-9)
 - А) грубая техника удаления зубов*
 - Б) близкое расположение дна пазухи к верхушкам корней*
 - В) деструктивный процесс в периодонте верхних моляров и премоляров*
 - Г) хронический верхнечелюстной синусит
 - Д) во время выполнения операций: резекция верхушки корня, цистэктомия, имплантация*
- 98. Местные жалобы пациента при перфорации верхнечелюстного синуса (ПК-9)
 - А) боль в верхней челюсти с иррадиацией в затылок*
 - Б) заложенность носа с одной стороны*
 - В) попадание жидкой пищи из полости рта в полость носа*
 - Г) попадание воздуха из полости носа в полость рта через лунку удаленного зуба*

- Д) нарушение обоняния
99. Клинические признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удалении зуба (ПК-9)
- А) кровотечение из лунки
 - Б) кровотечение из носа*
 - В) выделение крови из лунки с пузырьками воздуха*
 - Г) глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки*
 - Д) боль с иррадиацией в затылок
100. Клинические признаки оро-антрального свищевого хода (ПК-9)
- А) отёк слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта соответственно зубам 1.8-1.1
 - Б) свищ на альвеолярном гребне верхней челюсти в области отсутствующего моляра*
 - В) в лунке зуба отсутствует кровяной сгусток
 - Г) в лунке распавшийся кровяной сгусток
 - Д) из лунки выбухают грануляции*
101. На компьютерной томограмме для хронического перфоративного верхнечелюстного синусита характерно (ПК-6; ПК-9)
- А) полипозные изменения слизистой оболочки на ограниченном участке дна пазухи*
 - Б) затемнение пазухи*
 - В) затемнение всех придаточных пазух носа
 - Г) утолщение слизистой оболочки пазухи*
 - Д) деформация костных стенок синуса
102. Дополнительные методы обследования при свищевом ходе верхнечелюстной пазухи (ПК-6; ПК-9)
- А) пункция верхнечелюстной пазухи
 - Б) зондирование свищевого хода *
 - В) микроскопическое исследование содержимого верхнечелюстной пазухи
 - Г) лучевые методы исследования придаточных пазух носа*
 - Д) контрастная рентгенография*
103. Лечение хронического одонтогенного перфоративного синусита с ороантральным свищевым ходом проводят в (ПК-9)
- А) лор-отделении
 - Б) в челюстно-лицевом стационаре*
 - В) в лор-отделении поликлиники
 - Г) в стоматологической поликлинике
104. Тактика врача при перфорации верхнечелюстной пазухи зависит от (ПК-9)
- А) наличия острого гнойного процесса в челюсти и пазухе*
 - Б) наличия хронического процесса в верхнечелюстной пазухе*
 - В) типа строения верхнечелюстного синуса
 - Г) глубины лунки удалённого зуба*
 - Д) общего состояния пациента*
105. Тактика врача при проталкивании корня зуба в верхнечелюстную пазуху (ПК-6; ПК-9)
- А) удалить корень через перфорацию дна пазухи *
 - Б) вскрыть переднюю стенку верхнечелюстной пазухи и удалить корень
 - В) «вымыть» корень струёй раствора антисептика из пазухи
 - Г) при отсутствии гнойного процесса в пазухе устранить перфорацию*
 - Д) подготовить пациента к операции радикальной гайморотомии*
106. Возможные варианты ведения перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба и отсутствия острого воспаления в ней (ПК-9)
- А) добиться образования сгустка в лунке*
 - Б) вести заживление лунки под йодоформным тампоном*
 - В) ежедневно промывать верхнечелюстную пазуху через лунку до полного её гранулирования
 - Г) направить пациента для проведения радикальной гайморотомии
 - Д) закрыть сообщение лунки с пазухой оперативным путём*
107. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба и остром воспалении в ней (ПК-9)
- А) вести заживление лунки под йодоформным тампоном*

- Б) ежедневно промывать верхнечелюстную пазуху через лунку до полного стихания острых воспалительных явлений в пазухе*
 - В) после купирования острого воспаления, решение вопроса о пластике соустья*
 - Г) закрыть сообщение лунки с пазухой оперативным путём
 - Д) получить консультацию ЛОР-врача*
108. 18. При выявлении перфорации дна верхнечелюстной пазухи проводят (ПК-6; ПК-9)
- А) заполнение всей лунки йодоформной турундой
 - Б) наложение йодоформной турунды на устье лунки и фиксация ее швами*
 - В) при наличии кровяного сгустка тампонада не проводится
 - Г) туговую тампонаду турундой пропитанной 3% раствором H_2O_2

4.3.2 Ситуационные задачи

Основные специфические воспалительные процессы полости рта, лица и челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

Задача 1 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент, 40 лет жалуется на наличие новообразований в области губ, дна полости рта, периодически возникающее чувство зуда в зоне губ, дна полости рта.

Анамнез заболевания: со слов больного наличие новообразований в области губ заметил около трех месяцев назад. Занимался самолечением. Около двух недель назад обратил внимание на появление подобных новообразований под языком справа. Обратился на консультацию и лечение.

Местно: отмечается наличие множественных и сгруппированных опухолевидных новообразований размерами до 1см, синюшно-красного цвета с элементами изъязвлений, при пальпации безболезненны. Лицевые и шейные лимфатические узлы увеличены, при пальпации безболезненны.

1. Какое заболевание можно предположить основываясь на клинических данных
2. Проведите его обоснование.
3. Составьте план обследования
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
5. Каковы действия врача-стоматолога.

Задача 2 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент К., 28 лет жалуется на слегка болезненную припухлость и свищевой ход со скудным отделяемым под нижней челюстью справа.

Анамнез: около полугода назад после перенесенного простудного заболевания появилась небольшая безболезненная припухлость под нижней челюстью справа. Она медленно увеличивалась. Примерно через 20 дней возникла боль в области припухлости, кожа над ней покраснела. Через 3-4 дня в центре её появилось выбухание, кожа над ним прорвалась, выделился гной. Образовался свищевой ход, который вскоре закрылся. На его месте остался рубец и безболезненное уплотнение. Такие обострения были 3-4 раза, после каждого из них оставались рубцы. Последний раз свищевой ход образовался около недели назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела $36,8^{\circ}C$, ЧСС 80/мин.

При осмотре: в поднижнечелюстной области справа имеется безболезненный, доскообразной плотности инфильтрат, размером 3,5 на 4,0 см. Кожа над ним темно-красного цвета с синюшным оттенком. В верхнем отделе инфильтрата свищевой ход со скудным жидким отделяемым и крошковидными беловатыми включениями (зернами). На коже над инфильтратом несколько втянутых рубцов.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева не увеличены, справа – не пальпируются. Открывание рта свободное. Изменений со стороны слизистой оболочки полости рта не определяется. На жевательной поверхности зуба 4.7 имеется глубокая карнозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование её безболезненно.

На рентгенограмме у верхушки дистального корня зуба 4.7 определяется деструкция костной ткани с четкими контурами

1. Какой диагноз можно предположить по данным анамнеза и клинического обследования
2. План обследования
3. Этиология и входные ворота заболевания
4. План лечения

Задача 3 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Больной М., 39 лет, жалуется на слегка болезненную, плотную припухлость со свищем под подбородком.

Анамнез: страдает частыми ринитами. Около года назад под подбородком появилось небольшое, мягкое, округлое, подвижное безболезненное образование. Периодически оно увеличивалось, становилось болезненным. Через несколько дней болезненность проходила. Постепенно образование стало плотным, неподвижным. Пять дней назад появилось недомогание, повысилась температура тела. Образование резко увеличилось в размерах, стало очень болезненным. Кожа над ним покраснела. Через два дня вскрылся гнойник, образовался свищ.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3 °С.

При осмотре: в подподбородочной области имеется ограниченная припухлость. Кожа над ней гиперемирована, в центре ее свищевой ход с выходящими грануляциями и скудным отделяемым. При пальпации припухлости определяются увеличенные, плотные, слегка болезненные лимфатические узлы. Они неподвижны, спаяны между собой и окружающими тканями.

Открытие рта свободное. 23, 35, 46 зубы запломбированы. 37 зуб отсутствует. Слизистая оболочка полости рта не изменена. Пальпация безболезненная.

Клинический анализ крови: Эр. – $3,8 \times 10^{12}$, Нб – 120 г/л, цв. пок. – 0,9, л – 12×10^9 , с – 65, п – 3, лимф. – 27, мон. – 3, э – 2, СОЭ – 17 мм/ч.

Кожно-аллергическая проба с актинолизатом положительная.

Цитологическое исследование отделяемого свищевого хода: большое количество нейтрофильных лейкоцитов в стадии распада, единичные плазматические, ретикулярные и лимфоидные клетки, макрофаги. Микробы находятся как внеклеточно, так и внутриклеточно (незавершенный фагоцитоз).

1. Предварительный диагноз
2. Методы исследования, которые нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Интерпретируйте клинический анализ крови
4. Форма заболевания у данного пациента
5. Заболевание, с которым нужно провести дифференциальную диагностику в данном случае?

Задача 5 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент Н., 43 года жалуется на слабоболезненную припухлость на правой щеке.

Анамнез: около полутора месяцев назад пациенту был удален зуб 1.5 в связи с полным разрушением коронковой части, через 2 дня появились пульсирующие боли в области удаленного зуба 1.5. Была выполнена ревизия лунки 1.5, в лунку введена турунда, пропитанная йодоформной смесью, назначена антибактериальная терапия. Через неделю боли прекратились окончательно, но возникла небольшая безболезненная припухлость в области правой щеки. Припухлость постепенно увеличивалась, кожа над ней в цвете не менялась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С, ЧСС 75/мин.

При осмотре: в подглазничной области справа имеется безболезненный, доскообразной плотности инфильтрат, размером 3,5 на 3,0 см. Кожа над ним в цвете не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа не увеличены, слева – не пальпируются. Открытие рта свободное. Изменений со стороны слизистой оболочки полости рта не определяется. Лунка зуба 1.5 эпителизирована.

На рентгенограмме изменений в костной ткани в области удаленного 1.5 не определяется.

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы исследования, которые необходимо провести
3. Дифференциальный диагноз
4. Входные ворота инфекции
5. План лечения

Задача 6 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Больная М., 22 лет жалуется на наличие язвы на нижней губе, припухлость под челюстью, появление головных болей, подъем температуры, бессонницу, общую слабость, снижение аппетита.

Анамнез: язве на губе отмечает в течение пяти дней. Появление ее ни с чем не связывает, из возможных причин указывает: ожог чаем, герпес, травму в результате прикусывания губы. В начале заболевания, примерно три недели назад, отмечала небольшую ограниченную красноту в этой области, которая через неделю уплотнилась. В последующем имело место размягчение центральной части образования с образованием язвы. Болевых ощущений нет. Делала аппликации с облепиховым маслом, прикладывала мазь «завиравек», однако улучшения не наступило. В последнее время начала отмечать припухлость под челюстью, появление головных болей, общую слабость. Обратилась к врачу, откуда с диагнозом хроническая травма нижней губы направлена к хирургу-стоматологу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. температура тела 37,6° С.

При осмотре: на красной кайме нижней губы слева располагается образование, округлой формы, покрытое плотно сидящей коркой. После снятия корки определяется язва с ровными, четко ограниченными краями и гладким дном, мясо-красного цвета, размером 1,5 см. Отделяемое с поверхности язвы серозное, прозрачное. В её основании пальпируется четко ограниченное безболезненное уплотнение, плотно-эластической консистенции, без признаков острого воспаления по периферии в близлежащих тканях. Подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненны при пальпации, подвижны, не спаяны между собой и с подлежащими тканями. Кожа над ними не изменена. Открывание рта свободное. Полость рта санирована. Прикус ортогнатический.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. Дифференциальная диагностика
4. План лечения (будет ли проводиться хирургическое лечение)
5. Место лечения пациента

Задача 7 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент И., 29 лет, жалуется на болезненную припухлость в верхнем отделе боковой поверхности шеи слева и свищи над ней с гнойным отделяемым, слабость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру тела, выделение мокроты.

Анамнез: страдает частыми простудными заболеваниями. Около года назад лечился по поводу воспалительного процесса в легких. Спустя 8 месяцев появилась небольшая мягкая, безболезненная припухлость в боковом отделе шеи слева. Она медленно увеличивалась и уплотнялась. К врачу не обращался. Несколько дней назад припухлость стала быстро увеличиваться, появилась боль. Затем в центре ее образовался свищ с гнойным отделяемым.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°C, ЧСС 90 в минуту.

При осмотре: в верхнем отделе шеи слева спереди и сзади от кивательной мышцы определяются увеличенные, плотноэластической консистенции, слегка болезненные лимфатические узлы, они имеют неровную, бугристую поверхность, спаяны между собой и кожей. Над ними два свищевых хода с подрытыми краями и незначительным творожистым отделяемым. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка преддверия и полости рта не изменена. 36, 45 зубы запломбированы, неподвижны, перкуссия их безболезненна.

Цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов шеи: обнаружены клетки Пирогова – Лангханса.

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы исследования
3. Где будет осуществляться лечение данного пациента?
4. Возбудитель заболевания
5. наиболее частые локализации в челюстно-лицевой области

Задача 8 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Больная Б., 34 лет жалуется на наличие язвы на языке, появление головных болей, бессонницу, общую слабость, снижение аппетита.

Анамнез: язву на языке отмечает в течении недели. Появление ее ни с чем не связывает, из возможных причин указывает: ожог горячей пищей, травму в результате прикусывания языка. В начале заболевания, примерно месяц назад, отмечала небольшую красноту в этой области, которая через неделю уплотнилась. В последующем имело место размягчение центральной части образования с образованием язвы. Болевых ощущений нет. Больная полоскала рот отваром ромашки, раствором фурацилина, без видимого улучшения. Примерно 5 дней назад начала отмечать появление головных болей, общую слабость, потерю аппетита. Обратилась к врачу по месту жительства, откуда с диагнозом хроническая травма языка направлена к хирургу-стоматологу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,6° С.

При осмотре: на боковой поверхности языка определяется язва с ровными четкими краями и гладким дном, размером 1,3 см. В основании язвы пальпируется безболезненное уплотнение с четкими границами, плотно-эластической консистенции. Признаков воспаления по периферии не определяется. Подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненны при пальпации, подвижны, не спаяны между собой и с подлежащими тканями. Кожа над ними не изменена. Открывание рта свободное. Полость рта санирована.

1. Предварительный диагноз

2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальная диагностика язвенных поражений слизистой оболочки полости рта
4. Этиология заболевания
5. Где будет проводиться лечение данного пациента?

Задача 9 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент Н., 36 лет, жалуется на болезненную припухлость в области правой щеки и свищи над ней с водянистым отделяемым, затрудненное открывание рта, общую слабость, выделение мокроты.

Анамнез: страдает частыми простудными заболеваниями. Около года назад лечился по поводу воспалительного процесса в легких. Примерно в то же время у пациента был удален зуб 4.8. после удаления лунка эпителизовалась без каких-либо осложнений. Спустя год появилась небольшая мягкая, безболезненная припухлость в области правой щеки. Она медленно увеличивалась и уплотнялась. К врачу не обращался. Примерно неделю назад припухлость увеличилась, кожа над ней покраснела, появилась боль, затруднение при открывании рта и жевании. В центре припухлости образовался свищевой ход с водянистым отделяемым, в котором обнаруживались крошковидные творожистые включения.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,4°C, ЧСС 90 в минуту.

При осмотре: в правой околоушно-жевательной области определяется образование, болезненное при пальпации. Кожа над ним синеватого цвета, спаяна с подлежащими тканями. Над ним свищевой ход с водянистым отделяемым с крошковидными творожистыми включениями. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, мягкие, безболезненные. Открывание рта в пределах 2см.

На рентгенограмме в области нижней трети ветви нижней челюсти справа определяется очаг разрежения костной ткани с четкими границами, размером 1см×1.5см

1. Предварительный диагноз

2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальная диагностика
4. Чем обусловлено наличие очага разрежения костной ткани в нижней челюсти
5. этиология заболевания

Задача 10 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент Д., 28 лет жалуется на наличие язвы на внутренней поверхности левой щеки, подъем температуры, общую слабость.

Анамнез: язва на щеке появилась 3 дня назад. Появление ее пациент связывает с травмой съемным ортопедическим протезом, установленным неделю две недели назад. Примерно в одно время с фиксацией протеза в полости рта на внутренней поверхности щеки появился небольшой ограниченный участок покраснения слизистой оболочки, который через неделю уплотнился, а затем центральная его часть размягчилась с образованием язвы. Больной ничего не предпринимал, к врачу не обращался. Два дня назад появилась общая слабость, поднялась температура тела до 37,4°C.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,5° С.

При осмотре: на слизистой оболочке левой щеки в области смыкания 2.6, 2.7, 3.6, 3.7 зубов определяется язва с ровными, четко ограниченными краями и гладким дном, красного цвета, размером 1 см. Отделяемое с поверхности язвы серозное, прозрачное. В её основании пальпируется четко ограниченное безболезненное уплотнение, плотно-эластической консистенции. Признаков воспаления по периферии язвы не определяется. Подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненны при пальпации, подвижны, не спаяны между собой и с подлежащими тканями. Кожа над ними не изменена. Открывание рта свободное. При осмотре в полости рта травмирующих факторов не выявлено.

1.Предварительный диагноз

2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальная диагностика
4. Возбудитель данного заболевания?
5. Где будет проводиться лечение данного пациента?

Задача 11 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент П., 26 лет жалуется на болезненную припухлость и наличие свищевого хода со скудным отделяемым под нижней челюстью справа.

Анамнез: 3 месяца назад был перелом нижней челюсти в области 48, 47 зубов. Иммобилизация челюсти проводилась назубными шинами. 47 был удален. Через месяц наступила консолидация перелома, шины были сняты. К этому времени, под нижней челюстью справа образовалась плотная слегка болезненная припухлость, которая медленно увеличивалась. Кожа над ней стала синюшного цвета, затем она покраснела, истончилась и прорвалась. Выделялся гной, образовался свищевой ход с незначительным отделяемым.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; температура тела 37,1°C.

При осмотре: в поднижнечелюстной области справа имеется плотный слегка болезненный инфильтрат 3х4 см. Кожа над ним темно-красного цвета. В центре инфильтрата свищ со скудным отделяемым, в котором видны белые кронхеновидные включения. Симптом нагрузки отрицательный. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта не изменена. Патологической подвижности на месте бывшего перелома нет.

Цитологическое исследование отделяемого из свищевого хода: обнаружены друзы лучистого гриба.

Внутрикожная проба с актинолизатом «положительная».

1. Диагноз заболевания
2. Что явилось входными воротами инфекции
3. Форма заболевания
4. Дополнительные исследования
5. План лечения

Лимфаденит лица и шеи. Острый, хронический лимфаденит. Классификация, этиология, патогенез. Топографическая анатомия лимфатического аппарата челюстно-лицевой области. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости рта.

Задача 1 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациентка М., 48 лет жалуется на постоянную ноющую боль в 3.6 зубе, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на этот зуб, а также на болезненное образование под нижней челюстью слева.

Анамнез: пять дней назад почувствовала боль во время еды в области разрушенного зуба 3.6. Затем боль усилилась и стала постоянной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстном треугольнике слева определяется плотное, болезненное, подвижное, округлой формы образование размером 2,0 на 1,5 на 1,3 см. Открывание рта свободное. Коронковая часть 3.6 зуба разрушена кариозным процессом до бифуркации. Перкуссия резко болезненна, подвижность I степени. Слизистая оболочка десны и переходной складки соответственно корням 3.6 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

6. Поставьте диагноз заболевания.
7. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
8. В какие регионарные лимфатические узлы оттекает лимфа от моляров нижней челюсти?
9. Определите тактику лечения?
10. Какие осложнения могут развиваться при неадекватном лечении?

Задача 2 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент К., 35 лет жалуется на болезненную припухлость под подбородком, боль в области удаленного 4.1 зуба.

Анамнез: Две недели был удален подвижный 4.1 зуб. Через день почувствовал боль в области удаленного зуба. Полоскал полость рта теплым настоем шалфея. Спустя 2 дня обнаружил под подбородком небольшой плотный «шарик». В течение 3-х дней прикладывал грелку, после чего припухлость под подбородком увеличилась, стала болезненной, кожа над ней покраснела.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,4°C.

При осмотре: в подподбородочном треугольнике ограниченный, плотный болезненный инфильтрат. Кожа над ним гиперемирована. В центре инфильтрата определяется глубокая флюктуация. Открывание рта свободное. Луника удаленного 4.1 зуба заполнена остатками пищи, стенки ее покрыты грязно-серым налетом со зловонным запахом. Слизистая оболочка десны и альвеолярного отростка в области удаленного 4.1 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненная.

1. Поставьте диагноз заболевания

2. В какие лимфатические узлы оттекает лимфа от резцов нижней челюсти?
3. Что явилось первичным источником инфекции?
4. Факторы, способствующие прогрессированию воспалительного процесса в подподбородочном треугольнике?
5. Определите тактику лечения?

Задача 3(ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент 47 лет, жалуется на плотное образование в поднижнечелюстном треугольнике справа, на одышку при ходьбе.

Анамнез: около 10 месяцев назад появилась боль в разрушенном зубе 4.6. К врачу обратился только на третий день, когда появилась боль и припухлость в области нижней челюсти справа. Зуб 4.6 был удален, было отмечено выделение гноя из лунки. Назначены анальгетики, ротовые полоскания. Припухлость не спадала. После внутриротового разреза припухлость стала уменьшаться, но под нижней челюстью осталось небольшое плотное образование. В последующем это образование периодически увеличивалось, становилось болезненным. После согревающих мазовых повязок боль стихала, образование уменьшалось, но не исчезало.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический бронхит, 6 лет назад перенес пневмонию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C.

При осмотре: в среднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется плотный, округлой формы с гладкой поверхностью, безболезненный, подвижный, не спаянный с кожей лимфатический узел, около 1,5см. Подподбородочные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта без патологических изменений. При пальпации альвеолярной части челюсти с вестибулярной стороны соответственно отсутствующему зубу 4.6 определяется плотное безболезненное выбухание, зубы 4.7, 4.5 интактные, неподвижные, на перкуссию не реагируют.

На рентгенограмме определяется частичное заполнение костью лунок корней зуба 4.6, ниже её имеется деструкция кости с четкими контурами, округлую форму, 2,0 см в диаметре. Структура кости у корней зубов 4.5, 4.7 не изменена. ЭОД зуба 4.5 -6 мА, 4.7 – 4 мА.

Анализ крови: Эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, Нb – 126,0 г/л, цв. показатель – 0,9; л. – $9 \times 10^9/л$, с. – 51, п. – 2, э. – 4, лимф. – 38, мон. – 5; СОЭ 15мм/ч

Анализ мочи без особенностей.

Данные цитологического исследования пунктата лимфатического узла в правом поднижнечелюстном треугольнике: большое количество лимфоидных элементов разной степени зрелости. Плазматические клетки, фибробласты, макрофаги, ретикулярные и эпителиоидные клетки, тканевые базофилы.

Диагноз: Хронический гиперпластический лимфаденит поднижнечелюстного узла справа. Резидуальная радикулярная киста в области отсутствующего зуба 4.6.

1. На основании каких данных поставлен диагноз?
2. Определите причину воспаления поднижнечелюстного узла?
3. С чем связана периодически возникающая болезненность и увеличение поднижнечелюстного лимфатического узла?
4. Проведите дифференциальный диагноз с калькулезным саль腺итом поднижнечелюстной слюнной железы.
5. Составьте план лечения.

Задача 4 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент, 44 лет, жалуется на припухлость кпереди от левой ушной раковины.

Анамнез: семь месяцев назад был фурункул верхней губы слева. Примерно в это же время появилась болезненная припухлость кпереди от левой ушной раковины. В результате лечения, через 2 недели, воспалительные явления в области верхней губы ликвидировались, но припухлость кпереди от ушной раковины сохранилась. Периодически, 1 - 2 раза в месяц, она увеличивается в размерах, становится болезненной, иногда появляется недомогание и субфебрильная температура. После согревающих повязок и приема анальгетиков боль стихает, припухлость уменьшается.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C.

При осмотре в околоушно-жевательной области слева, кпереди от козелка уха, имеется плотное, округлое, ограниченное, безболезненное, 1,5 см в диаметре, образование. Кожа над ним не изменена. На коже верхней губы слева линейный рубец, длиной 2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. Слизистая

оболочка преддверия и полости рта не изменена. Зубы 4.7, 4.6, 3.6 запломбированы, на перкуссию не реагируют, неподвижны. 2.4 отсутствует. Проведена пункция новообразования.

Анализ крови: Эр- $4,2 \times 10^{12}/л$; Hb - 160 г/л; цв.пок. 0,9г/л. $4 \times 10^9/л$; с. 64; п. 2; лимф. 29; мон. 5; э. 1; СОЭ 20 мм/ч.

Цитологическое исследование: обнаружены клеточные элементы лимфатического узла

На основании каких клинических данных поставлен предварительный диагноз?

1. Почему при фурункуле верхней губы возник лимфаденит околоушно-жевательной области?
2. Какое дополнительное исследование надо выполнить для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
4. Как надо лечить больного?

Задача 5 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Больной, 53 лет, жалуется на плотное болезненное образование под подбородком.

Анамнез: больше года назад заметил карнозную полость в 3.2 зубе, но к врачу не обратился. Через 2 мес. появилась боль в этом зубе. В поликлинике зуб 3.2 запломбировали. После лечения отмечал боль при накусывании на этот зуб. Спустя 10-12 дней после пломбирования зуба 3.2 перенес грипп. Боль в зубе 3.2 при накусывании стала беспокоить сильнее. Появилась припухлость нижней губы и под подбородком. Принимал антибиотики, анальгетики, УВЧ, тепловые антисептические полоскания. Боль при накусывании на зуб 3.2 и припухлость нижней губы разрешились. Но под подбородком осталось плотное округлое образование, которое вначале не беспокоило. Затем периодически 1-2 раза в месяц появлялась боль в зубе 3.2, образование под подбородком увеличивалось, становилось болезненным. Тепловые полоскания и наружные согревающие повязки приводили к стиханию воспалительного процесса, но образование под подбородком не исчезало. Отмечает частые простудные заболевания.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела $36,6^{\circ}C$.

При осмотре в подподбородочном треугольнике определяется округлое, плотное с гладкой поверхностью, неподвижное, болезненное образование, размером 2х2,5 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное.

В полости рта, на десне в области зуба 3.2 зарубцевавшийся свищевой ход, слизистая оболочка вокруг него отечна, гиперемирована, пальпация безболезненна. Зуб 3.2 запломбирован, перкуссия слегка болезненна, подвижность I степени.

На рентгенограмме определяется деструкция костной ткани с неровными контурами, резорбция верхушки и нижней части корня зуба 3.2. Компактная пластинка альвеолы на протяжении нижней трети корня не определяется. Канал корня зуба 3.2 заполнен пломбировочным материалом на $1/2$ длины.

Анализ крови: Эр. $3,4 \times 10^{12}/л$; Hb. 112 г/л; цв. пок. 0,9; $7,2 \times 10^9/л$; с. 56; п. 4; лимф. 30; мон. 6; э. 4; СОЭ 17 мм/ч.

Анализ мочи. Без особенностей.

Проведена пункция новообразования

Данные цитологического исследования пунктата образования в подподбородочном треугольнике – большое количество нейтрофилов, часто разрушенных; плазматические клетки, макрофаги, лимфоциты разной степени зрелости.

1. Поставьте диагноз.
2. На основании каких клинических, рентгенологических и цитологических данных поставлен диагноз?
3. Какие данные цитологического исследования свидетельствуют о воспалении?
4. Причина воспаления в подподбородочном треугольнике?
5. Определите последовательность лечебных мероприятий.

Задача 6 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент, 28 лет жалуется на боли в полости рта разлитого характера, гнилостный запах из полости рта, кровоточивость и резкую боль в области десен.

Анамнез заболевания: со слов больного около недели назад появились боли и кровоточивость десен, гнилостный запах изо рта. В районной поликлинике был поставлен диагноз язвенно-некротический гингивостоматит (стоматит Венсана). По назначению врача принимал антибиотики, антисептические полоскания полости рта, но состояние не улучшилось.

Местно: десна гиперемированна, отечна, по десневым сосочкам и маргинальному краю очаги некроза, покрытые трудно снимающимся серым, серо-зеленым налетом. Под некротическими

массажи – язвенные поверхности. Отек преддверия полости рта. Пальпация переходных складок болезненна. Лимфатические узлы лица и шеи увеличены, болезненны при пальпации. Так же отмечается увеличение лимфатических узлов в подмышечной области и в области паха с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Что может быть причиной данного патологического процесса
3. Составьте план обследования пациента
4. Дифференциальный диагноз
5. План лечения

Задача 7 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациент, 21 год жалуется на жжение слизистой оболочки полости рта, болезненность при приеме пищи, сухость в полости рта.

Анамнез заболевания: со слов больного жжение и сухость слизистой оболочки полости рта появилась около двух недель назад. Применял антисептические полоскания, но безрезультатно. Обратился на консультацию и лечение.

Местно: обильный белый творожистый налет по всей слизистой оболочки полости рта, слизистая оболочка отечна, гиперемированна. Пальпация слизистой оболочки рта болезненна. Лимфатические узлы лица и шеи увеличены, болезненны при пальпации. Так же отмечается увеличение лимфатических узлов в подмышечной области и в области паха с двух сторон.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. План обследования
3. Этиология заболевания
4. Составьте план лечения
5. Осложнения заболевания

Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Ороантральное сообщение. Перфоративный синусит.

Задача 1 (ПК-5; ПК-9)

У пациентки, 43 лет 5 дней назад во время операции удаления корня зуба 1.4 произошло смещение его в верхнечелюстную пазуху.

1. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить
2. Определите место лечения
3. У какого специалиста необходимо получить консультацию
4. Какой вид оперативного вмешательства необходимо провести?
5. В какие сроки будет проведено оперативное лечение?

Задача 2 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациенту., 46 лет, произведена операция удаления корня зуба 2.5 по поводу хронического гранулематозного периодонтита. Во время операции вместе с корнем зуба была удалена гранулёма. Проведён щадящий кюретаж. Кровяной сгусток не образовался. Отмечается незначительное кровотечение по стенкам лунки с пузырьками воздуха. В анамнезе синусита левой верхнечелюстной пазухи нет.

1. Почему из лунки удалённого зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха?
2. Следует ли проводить ревизию лунки удалённого зуба?
3. Определите тактику врача
4. Какие методы дополнительного исследования необходимо провести?
5. Необходимо ли назначение противовоспалительной терапии?

Задача 3 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациенту С. удалён зуб 2.7 по поводу обострившегося хронического периодонтита, при этом обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой, из лунки выделился гной.

1. Дополнительные методы обследования
2. Определите тактику врача
3. Определите место лечения больного
4. Какие препараты могут быть использованы для промывания верхнечелюстной пазухи?
1. Нужно ли дополнительно накладывать соустье с нижним носовым ходом?

Задача 4 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациенту К. произведена операция – устранение перфорации дна верхнечелюстной пазухи, возникшей при удалении моляра на верхней челюсти, путём перемещения трапециевидного слизисто-

надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. Через 2 дня больной ощутил прохождение воздуха из полости рта в верхнечелюстную пазуху.

1. Определите дальнейшую тактику врача
2. Возможные причины появления данного осложнения?
3. Определите место дальнейшего лечения больного?
4. Необходимо ли назначение антибактериальной терапии?
5. Прогноз заболевания

Задача 5 (ПК-5; ПК-6; ПК-9)

Пациенту, 25л. удалён второй моляр на верхней челюсти, диагностировано сообщение с верхнечелюстной пазухой. Носовая проба положительная. Отделяемого из пазухи не получено. На контрольной рентгенограмме патологических изменений в пазухе не обнаружено.

1. Сформулируйте диагноз
2. Определите тактику лечения
3. Необходимо ли промывание пазухи?
4. Варианты оперативного лечения
5. Прогноз заболевания

4.5. Типовые контрольные задания для проверки текущей успеваемости с указанием проверяемых компетенций

4.5.1. Контрольные задания

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

Тема 1. Острый периодонтит.

1. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия
2. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции
3. Периодонтит. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.

Тема 2. Хронический периодонтит.

1. Клиническая картина хронических форм периодонтита (фиброзного, гранулирующего, гранулематозного)
2. Клинические проявления хронического гранулирующего периодонтита: поднадкостничная, подслизистая, подкожная одонтогенная гранулема. Диагностика. Лечение
3. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение

Тема 3. Лечение острого и хронического периодонтита.

1. Методики основных зубосохраняющих операций. Ошибки и осложнения.
2. Лечение хронического периодонтита
3. Консервативно-хирургические методы лечения хронического периодонтита. Показания. Противопоказания

Тема 4. Периостит челюсти.

1. Одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина в зависимости от локализации
2. Острый гнойный периостит челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика
3. Лечение острого гнойного периостита челюстей. Методика операции периостотомии. Особенности послеоперационного ведения

Тема 5. Одонтогенный остеомиелит челюсти.

1. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
2. Подострая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
3. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Этапы операции секвестрэктомии

Тема 6. Подострая и хроническая стадия остеомиелита.

1. Подострая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
2. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Этапы операции секвестрэктомии

3. Острый перикоронарит. Клиническая картина острого серозного и гнойного перикоронита. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
4. **Тема 7. Дифференциальная диагностика периодонтита, периостита, остеомиелита.**
 1. Дифференциальная диагностика острого периодонтита и периостита.
 2. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
 3. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Тема 8. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.

1. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения, острого гнойного периостита и одонтогенного остеомиелита челюсти в острой стадии
2. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию
3. Вестибулопластика. Показания и противопоказания.

Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология, патогенез. Современный подход хирурга-стоматолога к проблеме ретенции зубов
2. Ретенция и полуретенция зубов. Клиническая картина. Диагностика
3. Показания к удалению ретенированных зубов. Тактика хирурга-стоматолога при проведении операции

Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-8.)

1. Исторические предпосылки развития имплантологии
2. Дентальная имплантация. Показания, противопоказания
3. Остеоинтеграция и факторы, влияющие на ее оптимизацию

Опухоленодобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей. Классификация
2. Радикальная киста. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
3. Фолликулярная киста. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение

Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-8.)

1. Показания и методика радикальной операции на верхнечелюстном синусе по Колдуэллу-Люку
2. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Этиология. Диагностика. Тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса
3. Методы устранения перфорации верхнечелюстного синуса (оро-антрального сообщения) после операции удаления зуба

4.5.2. Практические задания

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Подготовка больного и операционное поле перед операцией в полости рта
2. Проведите операцию сложного удаления полуретенированного дистопированного зуба 3.8
3. Проведите анестезию и выполните пернотомию на верхней челюсти слева

Раздел 2. Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Проведите анестезию и выполните альвеолотомию на нижней челюсти
2. Проведите анестезию и оперативное лечение острого гнойного перикоронарита в области зуба 3.8
3. Проведите анестезию и выполните вскрытие субпериостального абсцесса на нижней челюсти слева

Раздел 3. Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-8.)

1. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию на нижней челюсти
2. Проведите анестезию и выполните альвеолотомию на верхней челюсти
3. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию на нижней челюсти

Раздел 4. Опухоленодобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 2.1
2. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 3.3
3. Проведите анестезию и выполните цистэктомию в области зуба 2.3

Раздел 5. Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-8.)

1. Наложите и снимите П-образный шов.

2. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием щеечно-десневого лоскута
3. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием лоскута с неба

4.5.3. Ситуационные задачи

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-9)

Задача 1.

Пациент М. 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в 11 зубе, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании.

Анамнез: нарастающая боль в 11 зубе появилась на следующий день после его пломбирования. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции вершины корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 11 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ВОПРОСЫ

1. Какие дополнительные исследования и с какой целью надо провести?
2. Какой предварительный диагноз можно поставить по известным данным?

Задача 2.

Пациентка Д. 28 лет жалуется на постоянную боль в 24 зубе, боль усиливается при смыкании зубов. Ощущает, что зуб стал длиннее других-«как бы вырос»

Анамнез: около 5 месяцев назад обнаружила в 24 зубе небольшую полость, которая врачом-стоматологом была запломбирована. Через 3 недели пломба выпала, и полость в зубе постепенно увеличивалась. Зуб стал болеть по ночам, а также от холодной и горячей пищи. Последние два дня боль стала постоянной, приобрела ноющий характер

Объективно: общее состояние удовлетворительно, температура тела 37,1°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, плотный, болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности 24 зуба большая карнозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование ее безболезненно. Прикосновение к 24 зубу вызывает резкую боль, имеется подвижность I степени. Слизистая оболочка десны с вестибулярной стороны в области 24 зуба гиперемирована, отечна. Пальпация ее в этом месте болезненна.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Возможный механизм развития воспаления периодонта 24 зуба.

Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-9)

Задача 3.

Пациент К. 23 лет жалуется на постоянную острую боль в 47 зубе отдающую в ухо и шею, нарушение сна и приема пищи.

Анамнез: около месяца назад появилась приступообразная острая боль в зубе с правой стороны. определить больной зуб пациент не мог. Стоматолог диагностировал пульпит 47 зуба, наложил мышьяковистую пасту. Приступы боли прекратились. Дальнейшее лечение зуба не проводилось (пациент не обращался к врачу). Неделю назад во время еды почувствовал боль в 47 зубе. Через 4 дня боль в зубе стала постоянной, ноющей дня затем -острой, пульсирующей. Боль усиливалась когда пациент принимал горизонтальное положение или делал теплые ротовые ванночки. Сомкнуть зубы он не мог. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Пульс напряженный, 98 уд/мин АД 130/70 мм рт.ст

При осмотре: выражение страдальческое, беспокойное, симметрия его не нарушена. Определяется увеличенный, плотный и болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа. Открывание рта свободное. Коронковая часть 47 зуба частично разрушена. Полость зуба вскрыта, зондирование ее болезненно. Вертикальная и горизонтальная перкуссия 47 зуба резко болезненна, имеется подвижность II степени. Соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. Слизистая оболочка вокруг 47 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Альвеолярные возвышения в этой области сглажены.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Какую неотложную помощь следует оказать?

Задача 4.

Больной С. 35 лет жалуется на периодически возникающую боль в 22 зубе при приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: 22 и 23 зубы были запломбированы давно. В течение 1,5 года периодически возникала боль при накусывании на 22 зуб. После приема анальгина и полосканий полости рта раствором питьевой соды боль прекращалась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. 22 зуб изменен в цвете, пломба по 3 классу на медиальной поверхности. 23 зуб в цвете не изменен, пломба на дистальной поверхности по 3 классу. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны соответственно верхушке 22 зуба слегка отечна, гиперемирована. При пальпации небольшая болезненность. При надавливании пинцетом в этом месте остается отпечаток инструмента, держащийся длительное время. На середине высоты альвеолярного отростка с вестибулярной стороны между 22 и 23 зубами имеется свищевой ход. Вертикальная перкуссия 22 зуба слегка болезненна.

На рентгенограмме: у верхушки корня 22 зуба определяется очаг разрежения костной ткани без четких границ 0,3х0,4 см. Изменений в костной ткани корня 23 зуба нет.

ЭОД 22 зуба-реакции на ток нет. 23 зуба-6 мА.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз
2. На основании каких данных поставлен диагноз
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику.

Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-9)

Задача 5.

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа. Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5 см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разрежения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.

Задача 6.

Больной С. 25 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

При осмотре: на 23 зубе пломба по 3 классу, зуб изменен в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 23 зуба бледно-розового цвета, пальпация ее безболезненна.

На ортопантограмме: у верхушки корня 23 зуба имеется очаг разрежения костной ткани с четкими ровными контурами, 3,5 мм в диаметре. Линия периодонта в области верхушки корня 23 зуба не определяется. Канал зуба не запломбирован.

ЭОД 23 зуба-свыше 100 мА реакции на ток нет.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-9)

Задача 7.

Больной К. 46 лет жалуется на образование на десне у 11 зуба, из лет которого выделяется гной.

Анамнез: 11 зуб стал разрушаться давно, не беспокоил. Три назад на десне у этого зуба появилось небольшое образование, стал выделяться гной.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. В коронковой части 11 зуба большая кариозная полость, которая сообщается с полостью зуба, перкуссия его безболезненна.

Подвижность I степени. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной соответственно верхушке корня 11 зуба гиперемирована, отечна. В проекции верхушки корня 11 зуба имеется свищевой ход с выходящей грануляционной тканью и гнойным отделяемым.

На рентгенограмме: определяется разрежение костной ткани у верхушки корня 11 зуба без четких границ в виде "языков пламени".

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику лечения.

Задача 8.

Больной к. 33 лет обратился к стоматологу по поводу безболезненного взбухания на десне в области 23 зуба с наружной стороны.

Анамнез: взбухание заметил 2 недели назад, оно не беспокоит, не увеличивается.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. На альвеолярном отростке соответственно верхушке корня 23 зуба с вестибулярной стороны имеется небольшое плотное образование. Слизистая оболочка над ним не изменена, пальпация безболезненна. 23 зуб под металлокерамической коронкой, которая спаяна с коронками на соседних зубах. Металлокерамический мостовидный протез 10 единиц изготовлен около 1 года назад.

На рентгенограмме: у верхушки корня 23 зуба определяется разрежение костной ткани с нечеткими границами канал корня зуба obturирован пломбировочным материалом на 2/3 длины корня. Периодонт остальных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, не изменен. Врач решил удалить 23 зуб и направил пациента в ортопедическое отделение для снятия мостовидного протеза.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Оцените тактику врача.
3. Возможны ли другие варианты лечения?

Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-9)

Задача 9.

При проведении операции резекции верхушки корня 25 зуба по поводу хронического гранулематозного периодонтита врач сделал линейный разрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке соответственно 24, 25, 26 зубам. Отслоил слизисто-надкостничный лоскут. Шаровидным бором удалил кортикальную кость соответственно корню 25 зуба. Обнажил и резецировал 1/2 часть корня. Удалил ее вместе с патологической тканью корня, провел антисептическую обработку раны и ушил ее кетгутом. Между швами оставил тонкий резиновый дренаж. Назначил местно холод и наложил давящую повязку на кожу лица соответственно области операции. Через 15 минут после операции у пациента возникло кровотечение из левой половины носа.

ВОПРОСЫ

1. Проведите анализ выполненной операции.
2. Почему возникло кровотечение из носа?

Задача 10.

Больная А. 27 лет обратилась к стоматологу по поводу образования на коже щеки слева, из которого выделяется гной.

Анамнез: более двух лет периодически во время еды возникала боль 37 зуба. Три месяца назад под кожей щеки слева появилось небольшое безболезненное образование. Через некоторое время кожа над ним покраснела, истончилась, затем в этом месте начал выделяться гной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области слева имеется втянутый свищевой ход с выходящими из него грануляциями и скудным гнойным отделяемым. При зондировании определяется свищевой ход длиной около 3 см, заканчивающийся в области костной ткани тела нижней челюсти. Открывание рта свободное. Коронковая часть 37 зуба полностью разрушена. От его альвеол к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушек корней 37 зуба определяется очаг разрежения костной ткани неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Бифуркация разрушена.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику

3. Определите план лечения.

4.5.4. Задания в тестовой форме

Одонтогенные воспалительные заболевания.

1. Изменения при периостите верхней челюсти с небной стороны
 - А) округлый или валикообразный ограниченный инфильтрат
 - Б) слизистая оболочка над инфильтратом гиперемирована, отечна
 - В) пальпация инфильтрата болезненна
 - Г) пальпация инфильтрата безболезненна
 - Д) при пальпации определяется флюктуация
2. Перкуссия зубов при периостите челюсти
 - А) причинного зуба болезненна
 - Б) соседних зубов безболезненна
 - В) соседних зубов болезненна
 - Г) причинного зуба безболезненна
 - Д) причинного и соседних зубов безболезненна
3. При периостите челюсти на рентгенограмме выявляются изменения в кости, характерные для
 - А) гранулирующего периодонтита причинного зуба
 - Б) гранулематозного периодонтита причинного зуба
 - В) полуретенированного или ретенированного зуба
 - Г) радикулярной или зубосодержащей кисты
 - Д) остеомы альвеолярного отростка

Затрудненное прорезывание зубов.

1. Преимущественная локализация периостита челюсти
 - А) верхняя челюсть с небной стороны
 - Б) верхняя челюсть с вестибулярной стороны
 - В) нижняя челюсть с вестибулярной стороны
 - Г) нижняя челюсть с язычной стороны
 - Д) передний отдел нижней челюсти
2. Заболевание, которое не является причиной развития периостита челюсти
 - А) острый периодонтит
 - Б) острый гнойный пульпит
 - В) обострение хронического периодонтита
 - Г) альвеолит
 - Д) нагнаившаяся радикулярная или зубосодержащая киста челюсти
3. При периостите гнойная инфильтрация
 - А) каналов остеонов
 - Б) костных балок
 - В) периоста
 - Г) эндоста
 - Д) остеоцитов

Основы зубной имплантации. (ПК-5)

1. Боль при глотании возникает при
 - А) остром гнойном перикороните
 - Б) остром катаральном перикороните
 - В) хронический перикоронит в области дистопированных 4.8, 3.8 зубов
 - Г) хронический перикоронит в области дистопированных 1.8, 2.8 зубов
2. Боль при глотании при остром перикороните возникает в результате
 - А) воспаления слизистой оболочки ретромолярного треугольника
 - Б) вовлечения в воспалительный процесс челюстно-подъязычной мышцы
 - В) инфильтрации височной мышцы
 - Г) распространения воспалительного процесса на боковую стенку глотки и челюстно-язычный желобок
3. Определение «полуретенированный зуб»
 - А) неправильно расположенный зуб в зубном ряду
 - Б) полное прорезывание зуба через костную ткань и слизистую оболочку
 - В) полное прорезывание зуба через костную ткань, и частичное через слизистую оболочку

Г) зуб упирающейся своей коронкой в рядом стоящий зуб

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5)

1. ретенции зубов на верхней челюсти подвержены
 - А) третий моляр
 - Б) клык
 - В) боковой резец
 - Г) первый моляр
 - Д) второй моляр
2. Причины ретенции и дистопии
 - А) недостаток места в нижней челюсти
 - Б) плотная слизистая оболочка над прорезывающимся зубом
 - В) воспалительные явления в области непрорезавшегося зуба мудрости
 - Г) микроорганизмы: стафилококки, стрептококки, энтерококки и т.д.
 - Д) эндокринные, инфекционные заболевания
3. Причины возникновения перикоронита
 - А) острый периодонтит соседнего зуба
 - Б) попадание остатков пищи в пространство под «капюшоном»
 - В) обострение хронического периодонтита
 - Г) травма капюшона антагонистом при жевании
 - Д) невралгия тройничного нерва

Одонтогенный синусит. (ПК-5)

1. Объём хирургического вмешательства при перикороните зависит от
 - А) наклона зуба
 - Б) стадии воспалительного процесса
 - В) от желания пациента
 - Г) от квалификации хирурга-стоматолога
 - Д) от общего состояния пациента
2. Рентгенологическое обследование при перикороните
 - А) показано всегда
 - Б) можно не проводить
 - В) на усмотрение врача
 - Г) по желанию пациента
3. Операция удаления третьего моляра при остром перикороните проводится
 - А) в первое посещение
 - Б) на следующий день
 - В) после стихания воспалительных явлений
 - Г) по желанию пациента
 - Д) после завершения курса антибиотикотерапии

4.6. Типовые контрольные задания для проверки самостоятельной работы с указанием проверяемых компетенций

4.2.1. Контрольные задания

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

Тема 1. Острый периодонтит.

1. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия
2. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции
3. Периодонтит. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.

Тема 2. Хронический периодонтит.

1. Клиническая картина хронических форм периодонтита (фиброзного, гранулирующего, гранулематозного)
2. Клинические проявления хронического гранулирующего периодонтита: поднадкостничная, подслизистая, подкожная одонтогенная гранулема. Диагностика. Лечение
3. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение

Тема 3. Лечение острого и хронического периодонтита.

1. Методики основных зубосохраняющих операций. Ошибки и осложнения

2. Лечение острого гнойного периодонтита.
3. Лечение Хронического гранулирующего периодонтита.

Тема 4. Периостит челюсти.

1. Одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина в зависимости от локализации
2. Острый гнойный периостит челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика
3. Лечение острого гнойного периостита челюстей. Методика операции периостотомии. Особенности послеоперационного ведения

Тема 5. Одонтогенный остеомиелит челюсти.

1. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
2. Подострая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
3. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Этапы операции секвестрэктомии

Тема 6. Подострая и хроническая стадия остеомиелита.

1. Острый перикоронарит. Клиническая картина острого серозного и гнойного перикоронита.
2. Хронический перикоронарит. Клиническая картина, диагностика. Лечение
3. Показания к удалению нижнего третьего моляра при затрудненном его прорезывании. Методика операции

Тема 7. Дифференциальная диагностика периодонтита, периостита, остеомиелита.

1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение
2. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Острый гнойный остеомиелит. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Тема 8. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.

1. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения, острого гнойного периостита и одонтогенного остеомиелита челюсти в острой стадии
2. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.
3. Углубление преддверья полости рта.

Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология, патогенез. Современный подход хирурга-стоматолога к проблеме ретенции зубов
2. Ретенция и полуретенция зубов. Клиническая картина. Диагностика
3. Показания к удалению ретенированных зубов. Тактика хирурга-стоматолога при проведении операции

Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-8.)

1. Исторические предпосылки развития имплантологии
2. Дентальная имплантация. Показания, противопоказания
3. Остеоинтеграция и факторы, влияющие на ее оптимизацию

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей. Классификация
2. Радикулярная киста. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
3. Фолликулярная киста. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение

Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-8.)

1. Показания и методика радикальной операции на верхнечелюстном синусе по Колдуэллу-Люку
2. Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Этиология. Диагностика. Тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса
3. Методы устранения перфорации верхнечелюстного синуса (оро-антрального сообщения) после операции удаления зуба

4.2.2. Практические задания

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Проведите анестезию и выполните периостотомию на верхней челюсти слева
2. Проведите лечение остеомиелита нижней челюсти справа в острой стадии в области причинного зуба 3.6
3. Наложите давящую повязку.

Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Проведите анестезию и оперативное лечение острого гнойного перикоронарита в области зуба 3.8
2. Проведите анестезию и выполните вскрытие субпериостального абсцесса на нижней челюсти слева
3. Проведите анестезию и оперативное лечение острого гнойного перикоронита в области зуба 4.8

Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-8.)

1. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию на нижней челюсти
2. Проведите анестезию и выполните альвеолэктомию на верхней челюсти
3. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию на нижней челюсти

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-8, ПК-9)

1. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 2.1
2. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 3.3
3. Проведите анестезию и выполните цистэктомию в области зуба 2.3

Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-8.)

1. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием щеечно-десневого лоскута
2. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием лоскута с неба
3. Проведите обработку послеоперационной раны.

4.2.3. Ситуационные задачи

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5, ПК-9)

Задача 1.

Пациент М. 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в 11 зубе, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании.

Анамнез: нарастающая боль в 11 зубе появилась на следующий день после его пломбирования. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 11 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ВОПРОСЫ

1. Какие дополнительные исследования и с какой целью надо провести?
2. Какой предварительный диагноз можно поставить по известным данным?

Задача 2.

Пациентка Д. 28 лет жалуется на постоянную боль в 24 зубе, боль усиливается при смыкании зубов. Ощущает, что зуб стал длиннее других-«как бы вырос»

Анамнез: около 5 месяцев назад обнаружила в 24 зубе небольшую полость, которая врачом-стоматологом была запломбирована. Через 3 недели пломба выпала, и полость в зубе постепенно увеличивалась. Зуб стал болеть по ночам, а также от холодной и горячей пищи. Последние два дня боль стала постоянной, приобрела ноющий характер

Объективно: общее состояние удовлетворительно, температура тела 37,1°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, плотный, болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности 24 зуба большая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование ее безболезненно. Прикосновение к 24 зубу вызывает резкую боль, имеется подвижность I степени. Слизистая оболочка десны с вестибулярной стороны в области 24 зуба гиперемирована, отечна. Пальпация ее в этом месте болезненна.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
 2. Возможный механизм развития воспаления периодонта 24 зуба.
- Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5, ПК-9)**

Задача 3.

Пациент К. 23 лет жалуется на постоянную острую боль в 47 зубе отдающую в ухо и шею, нарушение сна и приема пищи.

Анамнез: около месяца назад появилась приступообразная острая боль в зубе с правой стороны. определить больной зуб пациент не мог. Стоматолог диагностировал пульпит 47 зуба, наложил мышьяковистую пасту. Приступы боли прекратились. Дальнейшее лечение зуба не проводилось (пациент не обращался к врачу). Неделю назад во время еды почувствовал боль в 47 зубе. Через 4 дня боль в зубе стала постоянной, ноющей дня затем -острой, пульсирующей. Боль усиливалась когда пациент принимал горизонтальное положение или делал теплые ротовые ванночки. Сомкнуть зубы он не мог. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Пульс напряженный, 98 уд/мин АД 130/70 мм рт.ст

При осмотре: выраженные страдальческое, беспокойное. симметрия его не нарушена. Определяется увеличенный, плотный и болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа. Открывание рта свободное. Коронковая часть 47 зуба частично разрушена. Полость зуба вскрыта, зондирование ее болезненно. Вертикальная и горизонтальная перкуссия 47 зуба резко болезненна, имеется подвижность II степени. Соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. Слизистая оболочка вокруг 47 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Альвеолярные возвышения в этой области сглажены.

ВОПРОСЫ

- 1.Поставьте диагноз.
2. Какую неотложную помощь следует оказать?

Задача 4.

Больной С. 35 лет жалуется на периодически возникающую боль в 22 зубе при приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: 22 и 23 зубы были запломбированы давно. В течение 1,5 года периодически возникала боль при накусывании на 22 зуб. После приема анальгина и полосканий полости рта раствором питьевой соды боль прекращалась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. 22 зуб изменен в цвете, пломба по 3 классу на медиальной поверхности. 23 зуб в цвете не изменен, пломба на дистальной поверхности по 3 классу. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны соответственно верхушке 22 зуба слегка отечна, гиперемирована. При пальпации небольшая болезненность. При надавливании пинцетом в этом месте остается отпечаток инструмента, держащийся длительное время. На середине высоты альвеолярного отростка с вестибулярной стороны между 22 и 23 зубами имеется свищевой ход. Вертикальная перкуссия 22 зуба слегка болезненна.

На рентгенограмме: у верхушки корня 22 зуба определяется очаг разрежения костной ткани без четких границ 0,3х0,4 см. Изменений в кости корня 23 зуба нет.

ЭОД 22 зуба-реакции на ток нет. 23 зуба-6 мА.

ВОПРОСЫ

- 1.Поставьте диагноз
- 2.На основании каких данных поставлен диагноз
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику.

Основы зубной имплантации. (ПК-5, ПК-9)

Задача 5.

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

5. Установите диагноз.
6. Обоснуйте диагноз.
7. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
8. Определите план лечения.

Задача 6.

Больной С. 25 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

При осмотре: на 23 зубе пломба по 3 классу, зуб изменен в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 23 зуба бледно-розового цвета, пальпация ее безболезненна.

На ортопантограмме: у верхушки корня 23 зуба имеется очаг разряжения костной ткани с четкими ровными контурами, 3,5 мм в диаметре. Линии периодонта в области верхушки корня 23 зуба не определяется. Канал зуба не запломбирован.

ЭОД 23 зуба-свыше 100 мА реакции на ток нет.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5, ПК-9)

Задача 7.

Больной К. 46 жалуется на образование на десне у 11 зуба, из лет которого выделяется гной.

Анамнез: 11 зуб стал разрушаться давно, не беспокоил. Три назад на десне у этого зуба появилось небольшое образование, стал выделяться гной.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. В коронковой части 11 зуба большая кариозная полость, которая сообщается с полостью зуба, перкуссия его безболезненна. Подвижность I степени. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной соответственно верхушке корня 11 зуба гиперемирована, отечна. В проекции верхушки корня 11 зуба имеется свищевой ход с выходящей грануляционной тканью и гнойным отделяемым.

На рентгенограмме: определяется разряжение костной ткани у верхушки корня 11 зуба без четких границ в виде "языков пламени".

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику лечения.

Задача 8.

Больной К. 33 лет обратился к стоматологу по поводу безболезненного взбухания на десне в области 23 зуба с наружной стороны.

Анамнез: взбухание заметил 2 недели назад, оно не беспокоит, не увеличивается.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. На альвеолярном отростке соответственно верхушке корня 23 зуба с вестибулярной стороны имеется небольшое плотное образование. Слизистая оболочка над ним не изменена, пальпация безболезненна. 23 зуб под металлокерамической коронкой, которая спаяна с коронками на соседних зубах. Металлокерамический мостовидный протез 10 единиц изготовлен около 1 года назад.

На рентгенограмме: у верхушки корня 23 зуба определяется разряжение костной ткани с нечеткими границами канал корня зуба obturated пломбировочным материалом на 2/3 длины корня. Периодонт остальных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, не изменен. Врач решил удалить 23 зуб и направил пациента в ортопедическое отделение для снятия мостовидного протеза.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Оцените тактику врача.
3. Возможны ли другие варианты лечения?

Одонтогенный синусит. (ПК-5, ПК-9)

Задача 9.

При проведении операции резекции верхушки корня 25 зуба по поводу хронического гранулематозного периодонтита врач сделал линейный разрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке соответственно 24, 25, 26 зубам. Отслоил слизисто-надкостничный лоскут.

Шаровидным бором удалил кортикальную кость соответственно корню 25 зуба. Обнажил и резецировал 1/2 часть корня. Удалил ее вместе с патологической тканью корня, провел антисептическую обработку раны и ушил ее кетгутом. Между швами оставил тонкий резиновый дренаж. Назначил местно холод и наложил давящую повязку на кожу лица соответственно области операции. Через 15 минут после операции у пациента возникло кровотечение из левой половины носа.

ВОПРОСЫ

1. Проведите анализ выполненной операции.
2. Почему возникло кровотечение из носа?

Задача 10.

Больная А. 27 лет обратилась к стоматологу по поводу образования на коже щеки слева, из которого выделяется гной.

Анамнез: более двух лет периодически во время еды возникала боль 37 зуба. Три месяца назад под кожей щеки слева появилось небольшое безболезненное образование. Через некоторое время кожа над ним покраснела, истончилась, затем в этом месте начал выделяться гной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области слева имеется втянутый свищевой ход с выбухающим из него грануляцием и скудным гнойным отделяемым. При зондировании определяется свищевой ход длиной около 3 см, заканчивающийся в области костной ткани тела нижней челюсти. Открывание рта свободное. Коронковая часть 37 зуба полностью разрушена. От его альвеол к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушек корней 37 зуба определяется очаг разрежения костной ткани неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Бифуркация разрушена.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику
3. Определите план лечения.

4.2.3. Задания в тестовой форме

Одонтогенные воспалительные заболевания. (ПК-5)

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА

- 1) иррадиация боли по ходу ветвей лицевого нерва
- 2) точная локализация пораженного зуба
- 3) онемение кожи подбородка и нижней губы
- 4) парез мимических мышц

2. ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

- 1) боль острая, пульсирующая постоянная
- 2) боль кратковременная от приема холодной пищи
- 3) длительная ноющая боль, усиливающаяся от температурного раздражителя
- 4) боли нет

3. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) некроза костных балок лунки
- 2) отека и инфильтрации периодонта
- 3) гибели пульпы
- 4) отека пародонта

Затрудненное прорезывание зубов. (ПК-5)

1. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ОТ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ

- 1) инфильтрат по переходной складке с вестибулярной стороны
- 2) интенсивная боль в челюсти
- 3) отек мягких тканей
- 4) повышение температуры тела до 37-38С

2. ПРИ ОСТРОМ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) Некроза костных балок лунки
- 2) Отека и инфильтрации периодонта
- 3) Гибели пульпы
- 4) Отека пародонта

3. ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО 36 ХАРАКТЕРЕН

- 1) Для острого периодонтита 36 зуба
- 2) Для острого остеомиелита нижней челюсти
- 3) Для острого гнойного периостита нижней челюсти
- 4) Для обострения хронического остеомиелита нижней челюсти

Основы зубной имплантации. (ПК-5)

1. ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ - ЭТО:

- А) Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии
- Б) Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.
- В) Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата
- Г) Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца
- Д) Снижение общего объема костной ткани

2. ТИПУ КОСТИ ВЗ ПО КЛАССИФИКАЦИИ Misch С.Е. СООТВЕТСТВУЕТ

- А) Костная ткань челюсти практически полностью представлена компактным слоем.
- Б) 2. Снаружи толстый кортикальный слой, внутри мелкоячеистая губчатая кость.
- В) 3. Снаружи – тонкий кортикальный слой, внутри – среднеячеистая губчатая кость.
- Г) 4. Тонкий кортикальный слой с очень пористым крупноячеистым губчатым веществом.
- Д) 5. Остеопорозная кость.

3. К БИОИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Нержавеющая сталь
- Б) Хромокобальтовые сплавы
- В) Титан, цирконий
- Г) Гидроксипатит
- Д) Серебряно-палладиевые сплавы

Опухолеподобные состояния и доброкачественные опухоли. (ПК-5)

1. КИСТА ЧЕЛЮСТИ :

- А) опухолеподобное образование
- Б) соединительнотканная опухоль
- В) эпителиальная опухоль
- Г) стадия развития инфильтрата

2. ОБОЛОЧКА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСТЛАНА:

- А) кубическим эпителием
- Б) цилиндрическим эпителием
- В) переходным эпителием
- Г) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- Д) многослойным плоским ороговевающим эпителием

3. КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ:

- А) одонтогенными
- Б) одонтогенными, слюнными, тонзиллогенными
- В) одонтогенными, гингивальными
- Г) одонтогенными и неодонтогенными
- Д) одонтогенными и псевдокистами

Одонтогенный синусит. (ПК-5)

1. ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- А) альвеолярный отросток верхней челюсти
- Б) носовая поверхность верхней челюсти
- В) подвисочная поверхность верхней челюсти
- Г) глазничная поверхность верхней челюсти
- Д) скуловой отросток верхней челюсти

2. НИЖНЯЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- А) альвеолярный отросток верхней челюсти
- Б) носовая поверхность верхней челюсти
- В) подвисочная поверхность верхней челюсти
- Г) глазничная поверхность верхней челюсти
- Д) скуловой отросток верхней челюсти

3. НАРУЖНАЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- А) альвеолярный отросток верхней челюсти
- Б) носовая поверхность верхней челюсти
- В) подвисочная поверхность верхней челюсти
- Г) глазничная поверхность верхней челюсти
- Д) скуловой отросток верхней челюсти

4.3. Список контрольных заданий и иных материалов для проведения промежуточной аттестации Экзамен.

4.3.1. Контрольные задания

1. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия
2. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции
3. Периодонтит. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.
4. Острый периодонтит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика. Лечение
5. Хронический периодонтит. Классификация. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Диагностика, дифференциальная диагностика
6. Клиническая картина хронических форм периодонтита (фиброзного, гранулирующего, гранулематозного)
7. Клинические проявления хронического гранулирующего периодонтита: поднадкостничная, подслизистая, подкожная одонтогенная гранулема. Диагностика. Лечение
8. Хронический периодонтит в стадии обострения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
9. Лечение хронического периодонтита
10. Консервативно-хирургические методы лечения хронического периодонтита. Показания. Противопоказания
11. Методики основных зубосохраняющих операций. Ошибки и осложнения
12. Одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина в зависимости от локализации
13. Острый гнойный периостит челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика
14. Лечение острого гнойного периостита челюстей. Методика операции периостотомии. Особенности послеоперационного ведения
15. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия
16. Острая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
17. Подострая стадия остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
18. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Этапы операции секвестрэктомии
19. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения, острого гнойного периостита и одонтогенного остеомиелита челюсти в острой стадии
20. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию

- 21.Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология, патогенез. Современный подход хирурга-стоматолога к проблеме ретенции зубов
- 22.Ретенция и полуретенция зубов. Клиническая картина. Диагностика
- 23.Показания к удалению ретенцированных зубов. Тактика хирурга-стоматолога при проведении операции
- 24.Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. дифференциальная диагностика. Лечение
- 25.Перикоронарит. Этиология. патогенез. Классификация
- 26.Острый перикоронарит. Клиническая картина острого серозного и гнойного перикоронита. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
- 27.Хронический перикоронарит. Клиническая картина, диагностика. Лечение
- 28.Показания к удалению нижнего третьего моляра при затрудненном его прорезывании. Методика операции
- 29.Анатомо-топографические особенности строения ретромолярного пространства. Ретромолярный периостит. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
- 30.Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Отличительные особенности одонтогенного синусита от риногенного. Анатомо-топографические особенности верхнечелюстного синуса
- 31.Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение
- 32.Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. дифференциальная диагностика. Лечение
- 33.Показания и методика радикальной операции на верхнечелюстном синусе по Колдуэллу-Люку
- 34.Перфорация и свищ верхнечелюстного синуса. Этиология. Диагностика. Тактика врача при перфорации верхнечелюстного синуса
- 35.Методы устранения перфорации верхнечелюстного синуса (оро-антрального сообщения) после операции удаления зуба
- 36.Одонтогенные эпителиальные кисты челюстей. Классификация
- 37.Радикулярная киста. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
- 38.Фолликулярная киста. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
- 39.Оперативные методы лечения одонтогенных эпителиальных кист. Цистэктомия. Цистотомия. Показания. Противопоказания. Методика операций
- 40.Исторические предпосылки развития имплантологии
- 41.Дентальная имплантация. Показания, противопоказания
- 42.Остеоинтеграция и факторы, влияющие на ее оптимизацию
- 43.Планирование этапов комплексного лечения пациентов с применением дентальных имплантатов
- 44.Хирургический протокол установки дентальных имплантатов
- 45.Ошибки и осложнения при дентальной имплантации. Диагностика. Профилактика. Лечение
- 4.3.2. Практические задания**
 1. Подготовьте больного и операционное поле перед операцией в полости рта
 2. Проведите анестезию и выполните пластику уздечки верхней губы
 3. Проведите анестезию и выполните операцию по углублению преддверия
 4. полости рта
 5. Проведите анестезию и выполните альвеолотомию на нижней челюсти
 6. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию на нижней челюсти
 7. Проведите анестезию и выполните альвеолэктомию на верхней челюсти
 8. Проведите анестезию и выполните дентальную имплантацию
 9. на нижней челюсти
 10. Проведите анестезию и выполните операцию цистотомии в области 3.3, 3.4, 3.5
 11. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 1.3
 12. Проведите анестезию и выполните цистэктомии в области зуба 3.1
 13. Проведите анестезию и оперативное лечение острого гнойного перикоронарита в области зуба 3.8
 14. Проведите анестезию и выполните вскрытие субпериостального абсцесса на нижней челюсти слева

15. Проведите анестезию и оперативное лечение острого гнойного перикоронита в области зуба 4.8
16. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием щечно-десневого лоскута
17. Проведите операцию устранения перфорации верхнечелюстного синуса местными тканями с использованием лоскута с неба
18. Проведите операцию сложного удаления полуретенированного дистопированного зуба 3.8
19. Проведите анестезию и выполните периостотомию на верхней челюсти слева
20. Проведите анестезию и выполните гемисекцию зуба 3.6
21. Проведите анестезию и выполните ампутацию медиального щечного корня зуба 2.6
22. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 2.1
23. Проведите анестезию и выполните резекцию верхушки корня зуба 3.3
24. Проведите анестезию и выполните цистэктомию в области зуба 2.3
25. Проведите лечение остеомиелита нижней челюсти справа в острой стадии в области причинного зуба 3.6
26. Проведите анестезию и выполните периостотомию на верхней челюсти справа
27. Наложите давящую повязку
28. Наложите и снимите простой узловый хирургический шов
29. Проведите лечение остеомиелита нижней челюсти справа в хронической стадии в области причинного зуба 4.6
30. Наложите и снимите П-образный шов

4.3.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент М. 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в 11 зубе, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании.

Анамнез: нарастающая боль в 11 зубе появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемизирована, при пальпации болезненна. В 11 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ВОПРОСЫ

1. Какие дополнительные исследования и с какой целью надо провести?
2. Какой предварительный диагноз можно поставить по известным данным?

Задача 2.

Пациентка Д. 28 лет жалуется на постоянную боль в 24 зубе, боль усиливается при смыкании зубов. Ощущает, что зуб стал длиннее других – «как бы вырос»

Анамнез: около 5 месяцев назад обнаружила в 24 зубе небольшую полость, которая врачом-стоматологом была запломбирована. Через 3 недели пломба выпала, и полость в зубе постепенно увеличивалась. Зуб стал болеть по ночам, а также от холодной и горячей пищи. Последние два дня боль стала постоянной, приобрела ноющий характер

Объективно: общее состояние удовлетворительно, температура тела 37,1°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, плотный, болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности 24 зуба большая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование ее безболезненно. Прикосновение к 24 зубу вызывает резкую боль, имеется подвижность I степени. Слизистая оболочка десны с вестибулярной стороны в области 24 зуба гиперемизирована, отечна. Пальпация ее в этом месте болезненна.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Возможный механизм развития воспаления периодонта 24 зуба.

Задача 3.

Пациент К. 23 лет жалуется на постоянную острую боль в 47 зубе отдающую в ухо и шею, нарушение сна и приема пищи.

Анамнез: около месяца назад появилась приступообразная острая боль в зубе с правой стороны, определить больной зуб пациент не мог. Стоматолог диагностировал пульпит 47 зуба, наложил мышьяковистую пасту. Приступы боли прекратились. Дальнейшее лечение зуба не проводилось (пациент не обращался к врачу). Неделю назад во время еды почувствовал боль в 47 зубе. Через 4 дня

боль в зубе стала постоянной, ноющей дня затем -острой, пульсирующей. Боль усиливалась когда пациент принимал горизонтальное положение или делал теплые ротовые ванночки. Сомкнуть зубы он не мог. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Пульс напряженный, 98 уд/мин АД 130/70 мм рт.ст

При осмотре: выражение страдальческое, беспокойное, симметрия его не нарушена. Определяется увеличенный, плотный и болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа. Открывание рта свободное. Коронковая часть 47 зуба частично разрушена. Полость зуба вскрыта, зондирование ее болезненно. Вертикальная и горизонтальная перкуссия 47 зуба резко болезненна, имеется подвижность II степени. Соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. Слизистая оболочка вокруг 47 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Альвеолярные возвышения в этой области сглажены.

ВОПРОСЫ

- 1.Поставьте диагноз.
2. Какую неотложную помощь следует оказать?

Задача 4.

Больной С. 35 лет жалуется на периодически возникающую боль в 22 зубе при приеме твердой и горячей пищи.

Анамнез: 22 и 23 зубы были запломбированы давно. В течение 1,5 года периодически возникала боль при накусывании на 22 зуб. После приема анальгина и полосканий полости рта раствором питьевой соды боль прекращалась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. 22 зуб изменен в цвете, пломба по 3 классу на медиальной поверхности. 23 зуб в цвете не изменен, пломба на дистальной поверхности по 3 классу. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны соответственно верхушке 22 зуба слегка отечна, гиперемирована. При пальпации небольшая болезненность. При надавливании пинцетом в этом месте остается отпечаток инструмента, держащийся длительное время. На середине высоты альвеолярного отростка с вестибулярной стороны между 22 и 23 зубами имеется свищевой ход. Вертикальная перкуссия 22 зуба слегка болезненна.

На рентгенограмме: у верхушки корня 22 зуба определяется очаг разряжения костной ткани без четких границ 0,3х0,4 см. Изменений в костну корня 23 зуба нет.

ЭОД 22 зуба-реакции на ток нет. 23 зуба-6 мА.

ВОПРОСЫ

- 1.Поставьте диагноз
- 2.На основании каких данных поставлен диагноз
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику.

Задача 5.

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа. Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

9. Установите диагноз.
10. Обоснуйте диагноз.
11. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
12. Определите план лечения.

Задача 6.

Больной С. 25 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

При осмотре: на 23 зубе пломба по 3 классу, зуб изменен в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 23 зуба бледно-розового цвета, пальпация ее безболезненна.

На ортопантомограмме: у верхушки корня 23 зуба имеется очаг разряжения костной ткани с четкими ровными контурами, 3,5 мм в диаметре. Линии периодонта в области верхушки корня 23 зуба не определяется. Канал зуба не запломбирован.

ЭОД 23 зуба-свыше 100 мА реакции на ток нет.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача 7.

Больной К. 46 жалуется на образование на десне у 11 зуба, из лет которого выделяется гной.

Анамнез: 11 зуб стал разрушаться давно, не беспокоил. Три назад на десне у этого зуба появилось небольшое образование, стал выделяться гной.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. В коронковой части 11 зуба большая кариозная полость, которая сообщается с полостью зуба, перкуссия его безболезненна. Подвижность I степени. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной соответственно верхушке корня 11 зуба гиперемирована, отечна. В проекции верхушки корня 11 зуба имеется свищевой ход с выходящей грануляционной тканью и гнойным отделяемым.

На рентгенограмме: определяется разряжение костной ткани у верхушки корня 11 зуба без четких границ в виде "языков пламени».

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику лечения.

Задача 8.

Больной К. 33 лет обратился к стоматологу по поводу безболезненного выбухания на десне в области 23 зуба с наружной стороны.

Анамнез: выбухание заметил 2 недели назад, оно не беспокоит, не увеличивается.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. На альвеолярном отростке соответственно верхушке корня 23 зуба с вестибулярной стороны имеется небольшое плотное образование. Слизистая оболочка над ним не изменена, пальпация безболезненна. 23 зуб под металлокерамической коронкой, которая спаяна с коронками на соседних зубах. Металлокерамический мостовидный протез 10 единиц изготовлен около 1 года назад.

На рентгенограмме: у верхушки корня 23 зуба определяется разряжение костной ткани с нечеткими границами канал корня зуба obturирован пломбировочным материалом на 2/3 длины корня. Периодонт остальных зубов, покрытых металлокерамическими коронками, не изменен. Врач решил удалить 23 зуб и направить пациента в ортопедическое отделение для снятия мостовидного протеза.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Оцените тактику врача.
3. Возможны ли другие варианты лечения?

Задача 9.

При проведении операции резекции верхушки корня 25 зуба по поводу хронического гранулематозного периодонтита врач сделал линейный разрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке соответственно 24, 25, 26 зубам. Отделил слизисто-надкостничный лоскут. Шаровидным бором удалил кортикальную кость соответственно корню 25 зуба. Обнажил и резецировал 1/2 часть корня. Удалил ее вместе с патологической тканью корня, провел антисептическую обработку раны и ушил ее кетгутом. Между швами оставил тонкий резиновый дренаж. Назначил местно холод и наложил давящую повязку на кожу лица соответственно области операции. Через 15 минут после операции у пациента возникло кровотечение из левой половины носа.

ВОПРОСЫ

1. Проведите анализ выполненной операции.
2. Почему возникло кровотечение из носа?

Задача 10.

Больная А. 27 лет обратилась к стоматологу по поводу образования на коже щеки слева, из которого выделяется гной.

Анамнез: более двух лет периодически во время еды возникала боль 37 зуба. Три месяца назад под кожей щеки слева появилось небольшое безболезненное образование. Через некоторое время кожа над ним покраснела, истончилась, затем в этом месте начал выделяться гной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области слева имеется втянутый свищевой ход с выбухающими из него грануляциями и скудным гнойным отделяемым. При зондировании определяется свищевой ход длиной около 3 см, заканчивающийся в области костной ткани тела нижней челюсти. Открывание рта свободное. Коронковая часть 37 зуба полностью разрушена. От его альвеол к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушек корней 37 зуба определяется очаг разрыхления костной ткани неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Бифуркация разрушена.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику
3. Определите план лечения.

Задача 11.

Больной П. 20 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в области нижней челюсти справа, отдающую в висок, ухо, шею, припухлость правой щеки, повышение температуры тела, плохой сон, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез: около года назад появилась приступообразная боль в 46 особенно сильно беспокоившая ночью. Постепенно коронка зуба разрушилась, боль прошла. Четыре дня назад после перенесенного гриппа вновь появилась боль в 46 зубе. На следующее утро щека припухла. Тепловые полоскания не принесли облегчения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,9°C. Пульс 96 уд/мин. АД 130/70 мм рт.ст.

При осмотре: значительная припухлость щечной, поднижнечелюстной и частично околоушно-жевательной областей справа. Кожа над ней в цвете не изменена. Припухлость мягкая, безболезненная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка нижнего свода преддверия рта гиперемирована, отечна. В коронковой части 46 зуба большая кариозная полость. 48 зуб интактный, прорезался частично.

Диагноз: острый гнойный периостит нижней челюсти справа, обострение хронического периодонтита 46 зуба, затрудненное прорезывание 48 зуба.

ВОПРОСЫ

1. На основании каких данных поставлен предварительный диагноз?
2. Какие клинические симптомы, характерные для периостита челюсти, не приведены?
3. Какие клинические данные и дополнительные исследования 48, 46 зубов необходимы для установления этиологии периостита челюсти?
4. Если бы у больного была острая стадия остеомиелита нижней челюсти справа, то какие местные клинические симптомы могли бы это подтвердить?
5. Какую роль в развитии периостита челюсти сыграл перенесенный накануне грипп?

Задача 12.

Больная Ф. 19 лет жалуется на постоянную ноющую боль в области верхней челюсти справа, отдающую в ухо и правой висок, припухлость щеки, слабость, сонливость.

Анамнез: более года назад разрушилась коронковая часть 16 зуба, в нем неоднократно возникала боль, которая самостоятельно проходила. Два дня назад после сильного охлаждения зубе, вновь появилась боль в этом он казался «как бы выросшим». На утро следующего дня боль распространилась на правую половину челюсти, появилась припухлость правой щеки. Боль в 16 зубе уменьшилась. Применила тепловые процедуры: грелки, полоскания теплым раствором бикарбоната натрия. Припухлость правой щеки продолжала увеличиваться, боль в челюсти нарастала.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,4 С. Пульс хорошего наполнения и напряжения, 72 уд/мин.

При осмотре: определяется припухлость лица за счет отека тканей нижнего века, подглазничной, щечной и скуловой областей справа. Носо-губная складка справа сглажена, глазная щель сужена. Имеется гиперестезия кожи правой щеки. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. Рот открывается свободно, слизистая оболочка десны, переходной складки и щеки в области верхних премоляров и моляров справа гиперемирована и

отечна. На слизистой оболочке щеки видны отпечатки коронок этих зубов. Переходная складка на уровне 17, 16, 15, 14 зубов сглажена. При пальпации в этой области определяется плотный и болезненный инфильтрат, флюктуации нет. Язык влажный, покрыт желтоватым налетом. Коронка 16 зуба полостью разрушена кариозным процессом, зуб слегка реагирует на перкуссию, неподвижен. 17, 15 зубы интактные, на перкуссию не реагируют, неподвижны.

На рентгеновском снимке определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушек щечных корней 16 зуба. Структура костной ткани на остальных участках в области 16 зуба не изменена.

ЭОД 15 зуба 6 мА, 16 зуба-реакции нет, 17 зуба-4 мА

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Определите причину одонтогенного воспаления и пути распространения инфекции.
3. Обоснуйте диагноз
4. Дайте патофизиологическое объяснение клиническим симптомам заболевания.
5. Какую микрофлору можно выделить при посеве материала гнойного очага?
6. Составьте план лечения при периостите челюсти.
7. Составьте план лечения.

Задача 13.

Больной М. 33 лет жалуется на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи, головную боль, плохой сон, слабость, повышение температуры тела. Анамнез: 1,5 месяца назад стал ощущать постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал анальгин и стрептоцид внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела. В поликлинике был вскрыт абсцесс на твердом небе, получен гной. Рана не была дренирована. Наступившее облегчение оказалось кратковременным. Через 5 дней сделан повторный разрез на твердом небе. Однако воспалительный процесс и на этот раз не ликвидировался.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 98 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, занимающее почти всю левую половину твердого неба и доходящее до срединной линии неба. Слизистая оболочка левой и частично правой половины твердого неба гиперемизирована и несколько отечна. В центре выбухания закрытая линейная рана длиной 1,5 см. В переднем отделе ее свищевой ход. При пальпации в выбухании определяются болезненный инфильтрат и флюктуация. При зондировании свища-шероховатая кость. В коронковой части 24 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 24 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 24 зуба с неровными краями. Компактная пластинка альвеолярного отростка в этой области не определяется. Имеется обширный дефект коронки 24 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы. Изменений костной структуры небного отростка не выявляется.

ЭОД 24 зуба-реакции на 120 мА нет, 23-4 мА, 25-8 мА.

Диагноз: острый гнойный периостит верхней челюсти с небной стороны слева (небный абсцесс), вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка верхней челюсти слева, хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.

Лечение: под проводниковой анестезией иссечен участок слизистой оболочки твердого неба в центре инфильтрата, выделился гной. При ревизии полости абсцесса удалены пластиночный секвестр размером 1,5х1,0 см и большое количество патологической грануляционной ткани. в рану введена йодоформная турунда. Удален 24 зуб. Назначены сульфаниламиды, анальгетики, антигистаминные препараты. После проведенной операции воспалительные явления пошли на убыль. Инфильтрат на твердом небе стал рассасываться. На 4 день рана закрылась, на 8 день инфильтрат почти полностью исчез.

ВОПРОСЫ

1. Определите причину одонтогенного воспаления и пути распространения инфекции.
2. Обоснуйте диагноз
3. Дайте оценку оказанной лечебной помощи по данным анамнеза.

4. Объясните патогенез вторичного кортикального остеомиелита небного отростка верхней челюсти.
5. Для чего был иссечен участок слизистой оболочки твердого неба в центре инфильтрата?

Задача 14.

Больной В. 24 лет жалуется на сверлящую, ломящую боль в нижней челюсти слева, припухлость левой половины лица, онемение кожи нижней губы слева, общую слабость, повышение температуры тела до 39,0 С, озноб, сильную головную боль.

Анамнез: 2 года назад заболел 36 зуб. Его запломбировали, но пломба через несколько месяцев выпала, и зуб стал периодически болеть, особенно при накусывании. Две недели назад, после перенесенного ОРЗ, 36 зуб вновь заболел. К врачу не обращался. Делал тепловые ванночки. Спустя 5 дней возникла боль в зубах нижней челюсти слева, резко повысилась температура тела, был сильный озноб, возникла общая слабость. Появилась припухлость лица, кожа нижней губы слева онемела. Прием анальгина и сульфадиметоксина в течение 2 дней не привел к улучшению состояния. Больной обратился в поликлинику.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,6 С, пульс частый, слабого наполнения. При осмотре: кожные покровы лица бледные, отек тканей левой щечной и поднижнечелюстной областей. В подлежащих тканях – плотный и болезненный инфильтрат. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны, уплотнены. Чувствительность кожи нижней губы слева снижена. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти слева в области премоляров и моляров с вестибулярной стороны гиперемирована, при пальпации этой области определяется инфильтрация тканей. Язык покрыт белым, рыхлым налетом. В 36 зубе глубокая кариозная полость на жевательной поверхности. Полость зуба вскрыта, перкуссии слегка болезненна. Подвижность II степени. Коронковые части 34, 35, 37 зубов интактны, перкуссии их болезненна, подвижность I степени.

На рентгенограмме: в области верхушек корней 36 зуба имеется разряжение костной ткани с четкими границами, размером: 0,5х0,4 см. Каналы корней 36 зуба заполнены пломбировочным материалом на 2/3 длины.

ЭОД 36 зуба-реакции нет, 34 зуба -20 мА, 35 зуба -35 мА, 37 зуба-30 мА.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. На основании каких клинических данных можно подтвердить диагноз?

Задача 15.

Пациент Б. 40 лет поступил в челюстно-лицевое отделение стационара с жалобами на боль и припухлость левой половины лица, боль в зубах нижней челюсти на этой стороне, онемение кожи нижней губы и подбородка слева, общее плохое самочувствие, слабость, повышение температуры тела, озноб, сильную головную боль.

Анамнез: неделю назад появилась боль в давно разрушенном неоднократно и однократно болевшем 37 зубе. Полоскал полость настоем шалфея и ромашки, принимал обезболивающие средства. Спустя три дня боль распространилась на соседние зубы, стала болеть вся челюсть, появилась припухлость лица, левая половина нижней губы и подбородка онемела. Резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела, появился озноб. Обратился к врачу. Госпитализирован.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 39,1 С, пульс частый, слабого наполнения и напряжения. АД 110/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, влажные.

При осмотре: разлитой плотный и болезненный инфильтрат в поднижнечелюстном треугольнике слева, распространяющийся на нижние отделы щечной и околоушно-жевательной областей. Кожа над ним гиперемирована, натянута, лоснится, в складку не собирается, определяется флюктуация. Болевая и тактильная чувствительность кожи нижней губы и подбородка слева снижена. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами. Слизистая оболочка альвеолярной части челюсти слева с обеих сторон отечна и гиперемирована. В области моляров и премоляров с вестибулярной и язычной сторон определяется болезненный инфильтрат. У 37 зуба коронковая часть отсутствует. 35, 36, 38 зубы интактны, подвижность степени. Перкуссия 35, 36, 37, 38 зубов болезненна.

На рентгенограмме: в нижней челюсти слева определяется деструкция кости округлой формы с четкими границами у верхушек корней 37 зуба, 0,3х0,4 см.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите клинические признаки острого периодонтита 35, 36 и 38 зубов

3. Какую неотложную помощь следует оказать?

Задача 16.

Пациентка К., 27 лет. Жалобы: на сильную пульсирующую боль в зубах верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 13 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован, 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 13 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.1, 1.2, 1.4, 1.5 зубам нет.

Вопросы

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. Какие целесообразно назначить антибиотики?

Задача 17.

Больной С. 48 лет поступил в стационар с жалобами на припухлость и гнойные выделения из свища на коже в области нижней челюсти слева, повышение температуры тела до 37,2-37,3°C по вечерам.

Анамнез: два месяца назад проводилось лечение разрушенного 36 зуба по поводу хронического периодонтита, через неделю появилась ноющая боль в этом зубе. Боль быстро нарастала и распространилась на соседние зубы и всю половину нижней челюсти. Появилась разлитая припухлость лица, температура тела повысилась до 39°C, был озноб, нарушился сон, пропал аппетит. Госпитализирован. В стационаре вскрыта флегмона поднижнечелюстного треугольника слева, были сделаны разрезы с вестибулярной и оральной сторон альвеолярной части челюсти слева, проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, местное лечение гнойных ран. Через 7-9 дней состояние больного улучшилось: нормализовалась температура тела, боль и припухлость в области нижней челюсти уменьшились. Был выписан на амбулаторное лечение. Через месяц повторно госпитализирован.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.

При осмотре: имеется припухлость в области нижней челюсти слева. При пальпации ее определяется утолщение наружной поверхности и нижнего края тела нижней челюсти слева. Кожа в цвете не изменена. В поднижнечелюстной области рубец длиной 10 см. В центре его свищ с выходящей грануляционной тканью и гнойным отделяемым. Открывание рта слегка ограничено, послеоперационные раны в полости рта зарубцевались. Из лунки 36 зуба выбухает грануляционная ткань.

На рентгенограмме: в области среднего отдела тела нижней челюсти слева определяется очаг деструкции костной ткани с неровными краями размером 3х2 см, в центре которой участок отделившейся кости 1,3х1,0 см, имеется неровность очертания нижнего края челюсти соответственно очагу деструкции в кости.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз
2. Что послужило причиной воспаления в челюсти?
3. Обоснуйте диагноз
4. Какое дополнительное исследование надо провести?
5. Определите план лечения и дайте его обоснование.

6. Этапы операции секвестрэктомии.

Задача 18.

Пациент Ф. 46 лет жалуется на припухлость в области подбородка и гнойные выделения из свищей в полости рта.

Анамнез: несколько лет назад появилась подвижность передних зубов нижней челюсти. Периодически возникала боль в этих зубах, подвижность их увеличивалась, из-под десны выделялся гной. К врачу не обращался, принимал анальгетики, делал ротовые ванночки. Около месяца назад после перенесенного гриппа возникла сильная боль в переднем отделе нижней челюсти и зубах, появилась припухлость нижней губы и подбородка. Резко ухудшилось общее состояние. Только через неделю в поликлинике были 31, 32, 41 зубы, сделан разрез в полости рта. После этого состояние постепенно стало улучшаться, боль прошла, припухлость уменьшилась. Рана стала заживать, но в двух местах образовались свищи, из которых выделяется гной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C, ЧСС 68 уд/мин.,

При осмотре: подбородочный отдел нижней челюсти утолщен, пальпация его безболезненна. В подподбородочной области имеется увеличенный, плотный, безболезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти вестибулярной и язычной сторон в переднем отделе гиперемирована и отечна, по переходной складке в этом месте имеется рубец, в котором образовались два свищевых хода с гнойным отделяемым, из лунок 31, 32 зубов выбухает патологическая грануляционная ткань, края десны над лункой 41 зуба сближены. 33, 42, 43 зубы интактные, подвижность II степени. При зондировании свищевых ходов определяется шероховатая кость.

На ортопантограмме определяется участок деструкции костной ткани альвеолярной части нижней челюсти неправильной формы с неровными границами размером 1,5x1,0 см соответственно 31,32 зубам.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз
2. Почему обострился воспалительный процесс в нижней челюсти?
3. Составьте план лечения.

Задача 19.

Пациент Д. 36 лет жалуется на припухлость лица, заложенность и выделения из правой половины носа, гнойные выделения из свища на коже щеки справа и свищей в полости рта, недомогание, незначительное повышение температуры тела по вечерам.

Анамнез: 16 зуб разрушился давно, периодически болел. Лечение не проводилось. Около месяца назад в очередной раз появилась острая боль в этом зубе и припухлость правой половины лица. Потом боль распространилась на несколько зубов и всю верхнюю челюсть. Припухлость увеличилась. Резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела, начался озноб. Был госпитализирован. В стационаре удален 16 зуб, сделаны разрезы в полости рта. Проводилась общая консервативная терапия. Состояние постепенно стало улучшаться, острые воспалительные явления пошли на убыль. Раны в полости носа начали заживать, но появились выделения из правой половины носа. Через 15 дней выписан на амбулаторное лечение. Вскоре в области правого крыла носа и в полости рта образовались свищи, из которых выделяется гной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C, ЧСС 82 уд/мин, АД 130/65 мм рт. ст.

При осмотре: имеется безболезненная припухлость в подглазничной области и передне-верхнем отделе щеки справа за счет выбухания передней стенки верхней челюсти. На коже в подглазничной области справа, ближе к крылу носа имеется свищевой ход с выбухающей грануляционной тканью и гнойным отделяемым. Кожа вокруг свища гиперемирована. В поднижнелюстной области справа увеличенные плотные, слегка болезненные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа цианотична и отечна по переходной складке и со стороны твердого неба соответственно 14-17 зубам зарубцевавшиеся раны и два свищевых хода с гнойным отделяемым. При зондировании свищей определяется неровная поверхность кости. 15 и 17 зубы интактны, подвижность II степени, из-под края десны выделяется гной.

Рентгенограмма придаточных пазух носа: диффузное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и деструкция костной ткани с пестрыми границами нижней и наружной ее стенок.

На ортопантограмме: имеется очаг резорбции кости неправильной формы в альвеолярном отростке верхней челюсти соответственно 16, 17 зубам и тени отделяющихся секвестров.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Какое оперативное вмешательство надо выполнить?

Задача 20.

Пациентка С. 23 лет жалуется на периодически боль возникающую и припухлость в области прорезывающегося 38 зуба.

Анамнез: впервые боль в области 38 зуба появилась около 2 лет назад. Неоднократно обращалась к врачам. В течение последнего года в связи с обострением воспалительного процесса в области этого зуба несколько раз делали разрез.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,4°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное. 38 зуб прорезался только медиальными буграми, незначительно смещен в язычную сторону. Слизистая оболочка вокруг него не изменена, пальпация ее болезненна. 36, 37 зубы интактные.

На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции: коронковая часть 38 зуба расположена ниже уровня других зубов, отклонена кзади и частично наклоняется на ветвь нижней челюсти. Позади 38 зуба имеется четкий участок деструкции кости с четкими границами.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.
3. Назовите возможные осложнения оперативного лечения.

ЗАДАЧА 1.10.2.

Больной Б. 20 лет жалуется на боль в области нижней челюсти справа, отдающую в ухо и висок, припухлость лица, затрудненное открывание рта, повышенную температуру тела, недомогание, головную боль, бессонницу.

Анамнез: впервые боль в области прорезывающегося 48 зуба почувствовал около трех месяцев назад. Делал ротовые ванночки с настоем шалфея, принимал анальгетики. Через 2-3 дня боль проходила. Подобные явления возникали несколько раз. Пять дней назад вновь появилась боль в области 48 зуба. Ротовые ванночки и анальгетики не принесли облегчения. Появились припухлость лица, затруднение при открывании рта, ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,5°C.

При осмотре: отек тканей позадищеушной, околоушно-жевательной областей и поднижнечелюстного треугольника справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено до 1,0 см между центральными резцами. 48 зуб прорезался двумя медиальными буграми. Из-под края свиистой оболочки, покрывающей непрорезавшуюся часть жевательной поверхности 48 зуба («капюшона»), выделяется гной. Слизистая оболочка «капюшона» и вокруг него гиперемирована и отечна. В ретромоларной области пальпируется болезненный инфильтрат.

На рентгенограмме тела нижней челюсти справа в боковой проекции виден не полностью прорезавшийся правильно расположенный в альвеолярной части челюсти 48 зуб.

ВОПРОСЫ

1. Установите диагноз.
2. Определите причину затрудненного прорезывания 48 зуба.
3. Составьте план лечения больного.

Задача 21.

Пациент П. 26 лет обратился к стоматологу для удаления неправильно расположенного 45 зуба.

Анамнез: 45 зуб прорезался в 20-летнем возрасте в сторону языка, мешает во время еды и при разговоре.

При осмотре: 45 зуб интактный, расположен с внутренней стороны альвеолярной части нижней челюсти. Между корневыми частями 44 и 45 зубов имеется небольшое щелевидное пространство. Слизистая оболочка боковой поверхности языка справа в средней трети гиперемирована, отечна, местами эрозирована. Пальпация болезненна.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Почему возникла эрозия языка?

3. Какие могут возникнуть осложнения?

4. Определите лечебную тактику.

Задача 22.

Больной В. 28 лет жалуется на боль в области верхней челюсти слева.

Анамнез: в течение нескольких месяцев периодически возникает боль в области верхней челюсти слева.

При осмотре: 23 зуб не прорезался, на его месте находится 63 зуб. 22, 63, 24 зубы итактные, неподвижные, перкуссия их безболезненна. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти слева не изменена, пальпация безболезненна.

На рентгенограмме: в альвеолярном отростке верхней челюсти слева находится непрорезавшийся 23 зуб, расположенный под углом к корням зубов верхней челюсти. Коронковая часть его наслаивается на верхушку корня 22 зуба. Верхушечная часть корня 63 зуба частично резорбирована.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Какое дополнительное исследование надо провести?
3. Определите причину болей в области верхней челюсти.
4. Какое лечение надо провести?

Задача 23.

Пациент С. 53 лет жалоб не предъявляет. Обратился к стоматологу для проведения санации полости рта.

На рентгенограмме, сделанной при лечении зубов верхней челюсти справа, обнаружен непрорезавшийся, полностью сформированный, горизонтально расположенный в альвеолярном отростке тела верхней челюсти 13 зуб.

Направлен к стоматологу-хирургу для удаления этого зуба.

ВОПРОСЫ

1. Показано ли удаление ретенированного зуба у данного пациента?
2. В каких случаях показано удаление ретенированного зуба?
3. Методика удаления ретенированных клыков.
4. Возможные осложнения операции.

Задача 24.

Пациент Н. 32 лет жалуется на припухлость и боль в области верхней челюсти справа, которая иррадирует в лоб и висок, боль при накусывании на 15, 16, 17 зубы, чувство тяжести, заложенность и выделение из правой половины носа, слабость, недомогание, головную боль. Анамнез: около года назад появилась приступообразная боль в 16 зубе, усиливающаяся ночью. Боль прошла самостоятельно. Пять дней назад после перенесенного гриппа вновь появились указанные жалобы. На следующий день возникла боль при накусывании на 15, 16, 17 зубы с иррадиацией в глаз, лоб и висок, появилось чувство тяжести и заложенности правой половины носа, припухла правая щека. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,9°C. ЧСС 96 уд/мин. АД 130/70 мм рт. ст.

При осмотре: отек тканей щечной и подглазничной областей справа. Пальпация передней стенки тела верхней скуловой кости челюсти болезненна. При наклон головы из правой половины носа выделяется серозно-гнойный экссудат. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка в области 15, 16, 17 зубов с вестибулярной стороны гиперемирована и отечна. Перкуссия этих зубов болезненна.

Передняя риноскопия: гиперемия и отек слизистой оболочки боковой поверхности носа, средней и нижней носовых раковин, гной в среднем носовом ходе.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой носовой ход открывается естественное отверстие из гайморовой пазухи?
5. Определите лечебную тактику

Задача 25.

Пациент К. 43 лет жалуется на головную боль, выделения из левой половины носа желтоватого цвета, прохождение воздуха через лунку удаленного зуба, попадание жидкости при еде полости рта в нос, чувство распирания в области левой щеки, слабость, недомогание. Анамнез: около двух месяцев назад был удален разрушенный 25 зуб. В лунку зуба после удаления врач ввел тампон с лекарством.

Через несколько дней он выпал, и пациент стал отмечать попадание жидкости в нос во время еды. Затем появились чувство тяжести в левой половине головы и зловонные выделения из носа слева. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2°C. ЧСС 96 уд/мин. АД 130/70 мм рт. ст

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Пальпация передней стенки тела верхней челюсти и скуловой кости слева болезненна. При наклоне головы вперед слизисто-гнойные выделения из левой половины носа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта цианотична и отечна. Из лунки удаленного 25 зуба выбухает патологическая ткань, при зондировании инструмент погружается на 4-5 см в гайморову пазуху передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа в цвете не изменена, но гипертрофирована в пределах нижней и средней носовых раковин. В среднем носовом ходу густое слизисто-гнойное отделяемое и выбухающие полипозные разрастания.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите лечебную тактику.

4.3.4. Задания в тестовой форме

- 1) Преимущественная локализация периостита челюсти
 - a) верхняя челюсть с небной стороны
 - b) верхняя челюсть с вестибулярной стороны
 - c) нижняя челюсть с вестибулярной стороны
 - d) нижняя челюсть с язычной стороны
 - e) передний отдел нижней челюсти
- 2) Заболевание, которое не является причиной развития периостита челюсти
 - a) острый периодонтит
 - b) острый гнойный пульпит
 - c) обострение хронического периодонтита
 - d) альвеолит
 - e) нагноившаяся радикулярная или зубосодержащая киста челюсти
- 3) При периостите челюсти образуется
 - a) Околочелюстной абсцесс
 - b) подслизистый абсцесс
 - c) абсцесс околочелюстных мягких тканей
 - d) поднадкостничный абсцесс
 - e) двусторонний поднадкостничный абсцесс
- 4) Жалобы больного при периостите челюсти
 - a) боль в челюсти при смыкании зубов
 - b) боль в челюсти и припухлость лица
 - c) боль в причинном зубе, затрудненное открывание рта
 - d) боль в причинном зубе при глотании
 - e) боль в нескольких зубах при жевании
- 5) Локализация периостита верхней челюсти, при которой возникает отек верхней губы
 - a) в области премоляров
 - b) в области первого и второго моляров
 - c) в области центральных и боковых резцов
 - d) в области второго премоляра и первого моляра
 - e) в области второго и третьего моляров
- 6) Локализация периостита верхней челюсти, при которой возникает отек подглазничной области
 - a) в области центральных резцов
 - b) в области первого и второго моляров
 - c) в области второго и третьего моляров
 - d) в области бокового резца и первого премоляра
- 7) Локализация периостита верхней челюсти, при которой возникает отек щечной и скуловой области
 - a) в области моляров
 - b) в области премоляров

- с) в области бокового резца и первого премоляра
 - д) в области клыка и премоляров
 - е) в области резцов и клыка
- 8) Локализация периостита нижней челюсти, при которой возникает отек нижней губы и подбородочной области
- а) в области клыка и первого премоляра
 - б) в области второго премоляра и первого моляра
 - с) в области центрального и бокового резца
 - д) в области премоляров
 - е) в области моляров
- 9) Локализация периостита нижней челюсти, при которой возникает отек нижнего отдела щечной, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной области
- а) в области премоляров.
 - б) в области моляров.
 - с) в области резцов.
 - д) в области клыка и премоляров.
 - е) в области клыка и бокового резца.
- 10) Локализация периостита челюсти, при которой не бывает отека околочелюстных тканей
- а) область нижних резцов с вестибулярной стороны
 - б) область нижних моляров с вестибулярной стороны
 - с) область верхних премоляров с вестибулярной стороны
 - д) область верхних премоляров с небной стороны
 - е) область нижних премоляров с язычной стороны
- 11) Локализация периостита челюсти, при которой возникает затрудненное открывание рта с
- а) вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров
 - б) язычной стороны нижней челюсти в области клыка и премоляров
 - с) вестибулярной стороны нижней челюсти в области моляров
 - д) вестибулярной и небной стороны верхней челюсти в области премоляров
 - е) вестибулярной и язычной стороны нижней челюсти в области резцов и клыка
- 12) Локализация периостита челюсти, при которой возникает болезненное глотание
- а) в области премоляров верхней челюсти с небной стороны
 - б) в области премоляров нижней челюсти с язычной стороны
 - с) в области премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
 - д) в области нижней челюсти с вестибулярной стороны
 - е) в области моляров нижней челюсти с язычной стороны
- 13) При периостите челюсти возникает припухлость околочелюстных мягких тканей лица за счет
- а) инфильтрации
 - б) абсцесса
 - с) отека
 - д) флегмоны
 - е) опухоли
- 14) Лечебная тактика врача при периостите челюсти
- а) вскрытие поднадкостничного абсцесса, удаление причинного зуба
 - б) вскрытие поднадкостничного абсцесса, назначение антибиотиков, физического лечения
 - с) удаление причинного зуба, назначение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств
 - д) вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны, удаление причинного зуба, назначение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств, физического лечения
 - е) вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны, назначение физического лечения
- 15) При вскрытии поднадкостничного абсцесса разрез производят
- а) слизистой оболочки по переходной складке
 - б) слизистой оболочки и надкостницы в месте наибольшего выбухания инфильтрата
 - с) слизистой оболочки по десневому краю
 - д) надкостницы по переходной складке
 - е) околочелюстных мягких тканей
- 16) Длина разреза при вскрытии поднадкостничного абсцесса

- a) 0,5 – 1,0 см
 - b) 1,5 – 2,0 см
 - c) 3,0 – 3,5 см
 - d) 4,0 – 5,0 см
 - e) на всю длину инфильтрата
- 17) Острый гнойный периостит верхней челюсти с небной стороны может осложниться
- a) верхнечелюстным синуситом
 - b) флегмоной твердого неба
 - c) вторичным (кортикальным) остеомиелитом небного отростка верхней челюсти
 - d) острым периодонтитом зубов верхней челюсти
 - e) кистой резцового канала
- 18) Одонтогенный периостит челюсти - это воспаление надкостницы
- a) альвеолярного отростка
 - b) тела челюсти
 - c) верхнечелюстной пазухи
 - d) альвеолярной части челюсти
 - e) небного отростка верхней челюсти
- 19) Периостит челюсти возникает
- a) после лечения общего гнойного пульпита и нервного напряжения
 - b) при обострении хронического верхушечного периодонтита и переохлаждения
 - c) при нагноении радикулярной кисты и перенесенного гриппа
 - d) после травматического удаления зуба и стрессового состояния
 - e) при обострении маргинального периодонтита и физического переутомления
- 20) Погрешности консервативного лечения зубов, приводящие к возникновению периостита челюсти
- a) пломбирование корней зубов при недостаточной их антисептической обработке
 - b) наложение мышьяковистой пасты на гангренозную пульпу зуба
 - c) наложение мышьяковистой пасты на воспаленную пульпу зуба
 - d) наложение пломбы на зуб, не выдерживающий герметизма
 - e) выведение большого количества пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня
- 21) Пути распространения инфекции из периодонта зуба в надкостницу челюсти
- a) по сосудисто-нервному пучку зуба
 - b) по питательным каналам и каналам остеонов
 - c) по расширенным костномозговым пространствам стенки лунки
 - d) через узуру в стенке лунки
 - e) по кровеносным и лимфатическим сосудам
- 22) Гистологическое строение надкостницы челюсти
- a) эластические волокна
 - b) коллагеновые волокна
 - c) кровеносные и лимфатические сосуды
 - d) остеобласты
 - e) остеокласты
- 23) Морфологические изменения в надкостнице при периостите
- a) некроз внутреннего слоя
 - b) инфильтрация лейкоцитами
 - c) полнокровие в сосудистом русле
 - d) стаз в сосудах внутреннего слоя
 - e) участки кровоизлияния во внутреннем и наружном слое
- 24) При периостите челюсти в прилежащей кости возникают реактивно-дистрофические изменения
- a) отек, гиперемия костного мозга
 - b) расширение костномозговых полостей
 - c) замещение костного мозга клеточно-волокнистой тканью
 - d) резорбция кортикального слоя челюсти
 - e) тромбоз кровеносных сосудов
- 25) При периостите развивается перифокальное воспаление
- a) наружном слое надкостницы
 - b) слизистой оболочке

- с) околочелюстных мягких тканях
 - д) костной ткани
 - е) внутреннем слое надкостницы
- 26) Общие жалобы больного с периоститом челюсти
- а) головная боль
 - б) головокружение, слабость
 - с) повышение температуры тела
 - д) озноб
 - е) нарушение сна
- 27) Местные жалобы больного с периоститом челюсти
- а) пульсирующая боль в нескольких зубах
 - б) ноющая боль в челюсти
 - с) пульсирующая боль в челюсти
 - д) боль отдает в висок, ухо, глаз, шею
 - е) припухлость лица
- 28) Общее состояние больного с периоститом челюсти
- а) не нарушено
 - б) средней тяжести
 - с) удовлетворительное
 - д) тяжелое
 - е) легкой степени
- 29) При наружном обследовании больного с периоститом определяется
- а) инфильтрация тканей лица
 - б) гиперемия кожи лица
 - с) отек тканей лица
 - д) увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов
 - е) ограничение открывания рта
- 30) При периостите верхней челюсти в области резцов возникает отек тканей
- а) верхней губы
 - б) нижней губы
 - с) крыльев носа
 - д) перегородки и дна носа
 - е) нижнего века
- 31) При периостите верхней челюсти в области клыка и премоляров возникает отек тканей
- а) верхнего века
 - б) нижнего века
 - с) щеки
 - д) подглазничной области
 - е) верхней губы
- 32) При периостите верхней челюсти в области моляров возникает отек тканей
- а) щечной области
 - б) скуловой области
 - с) околоушной области
 - д) ушной раковины
 - е) лобной области
- 33) При периостите нижней челюсти в области резцов возникает отек тканей
- а) щечной области
 - б) поднижнечелюстной области
 - с) нижней губы
 - д) подбородочной области
 - е) подподбородочной области
- 34) При периостите нижней челюсти в области клыка и премоляров возникает отек
- а) щечной области
 - б) поднижнечелюстной области
 - с) нижней губы
 - д) угла рта
 - е) подподбородочной области

- 35) Изменения в полости рта при периостите челюсти
- a) гиперемия слизистой оболочки преддверия или полости рта на протяжении нескольких зубов
 - b) отек слизистой оболочки преддверия или полости рта на протяжении нескольких зубов
 - c) сглаженность переходной складки на протяжении нескольких зубов
 - d) свищи на слизистой оболочке альвеолярного отростка с гнойным отделяемым
 - e) болезненный инфильтрат по переходной складке и альвеолярному отростку с вестибулярной или оральной стороны
- 36) Изменения при периостите верхней челюсти с небной стороны
- a) округлый или валикообразный ограниченный инфильтрат
 - b) слизистая оболочка над инфильтратом гиперемирована, отечна
 - c) пальпация инфильтрата болезненна
 - d) пальпация инфильтрата безболезненна
 - e) при пальпации определяется флюктуация
- 37) Перкуссия зубов при периостите челюсти
- a) причинного зуба болезненна
 - b) соседних зубов безболезненна
 - c) соседних зубов болезненна
 - d) причинного зуба безболезненна
 - e) причинного и соседних зубов безболезненна
- 38) При периостите челюсти на рентгенограмме выявляются изменения в кости, характерные для
- a) гранулирующего периодонтита причинного зуба
 - b) гранулематозного периодонтита причинного зуба
 - c) полуретинированного или ретинированного зуба
 - d) радикулярной или зубосодержащей кисты
 - e) остеомы альвеолярного отростка
- 39) При вскрытии поднадкостничного абсцесса возможно ранение
- a) слизистой оболочки щеки
 - b) подглазничного нерва и артерии
 - c) подбородочного нерва и артерии
 - d) язычного нерва и артерии
 - e) языка
- 40) Острый гнойный периостит челюсти может осложниться
- a) одонтогенным остеомиелитом челюсти
 - b) радикулярной кистой челюсти
 - c) гнойным лимфаденитом
 - d) абсцессом околочелюстных тканей
 - e) флегмоной околочелюстных тканей
- 41) Лечебная тактика врача при первичном обращении больного с периоститом челюсти
- a) обезболивание
 - b) удаление причинного ретенированного зуба
 - c) вскрытие поднадкостничного абсцесса
 - d) дренирование раны
 - e) антисептическая обработка раны
- 42) Методы вскрытия поднадкостничного абсцесса на твердом небе
- a) линейным разрезом
 - b) дугообразным разрезом
 - c) зигзагообразным разрезом
 - d) двумя параллельными линейными разрезами
 - e) иссечение участка слизистой оболочки и надкостницы из абсцесса
- 43) Показания к удалению причинного зуба при лечении больного с периоститом челюсти
- a) коронковая часть разрушена более 50%
 - b) невозможность консервативного лечения
 - c) подвижность зуба 2-3 степени
 - d) с небольшой карнозной полостью на жевательной поверхности
 - e) интактный зуб с обнажением корня на половину его длины
- 44) Противопоказания к удалению причинного зуба у больного с периоститом челюсти при первичном обращении к врачу

- a) плохое общее состояние
 - b) тяжелое сопутствующее заболевание
 - c) сложность операции удаления зуба
 - d) зуб, не подлежащий консервативному лечению
 - e) зуб, подлежащий консервативному лечению
- 45) Морфологические изменения в надкостнице при развитии в ней воспалительного процесса
- a) фибринозное набухание
 - b) образование микроабсцессов
 - c) разволокнение
 - d) полнокровие сосудов
 - e) расплавление внутреннего слоя
 - f) отслоение от кости
 - g) отек
 - h) инфильтрация лейкоцитами
- 46) Клиническое развитие периостита челюсти
- a) припухлость околочелюстных тканей
 - b) пульсирующая боль в челюсти
 - c) пульсирующая боль в причинном зубе
 - d) ноющая боль в челюсти
 - e) уменьшение боли в челюсти
 - f) иррадиация боли в висок, глаз
- 47) Действие врача при лечении больного с периоститом челюсти
- a) вскрытие поднадкостничного абсцесса
 - b) назначение лекарственных противовоспалительных и антибактериальных лекарственных средств
 - c) дренирование раны
 - d) проведение обезболивания
 - e) обработка раны раствором антисептиков
- 48) Понятие ретромолярный треугольник
- a) анатомическое образование
 - b) клиническое понятие
 - c) обиходное название
 - d) устаревшее понятие
- 49) «Капюшон» слизистой оболочки над ретенционным и дистопированным зубом содержит
- a) только слизистую оболочку
 - b) слизистую оболочку и подслизистый слой
 - c) слизистую оболочку, подслизистый слой и надкостницу
 - d) слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна
- 50) При остром гнойном перикороните воспалительные проявления со стороны лимфатических узлов
- a) присутствуют
 - b) отсутствуют
 - c) появляются при переходе в ретромолярный периостит
 - d) появляются при зубной ангине
- 51) Объем хирургического вмешательства при перикороните зависит от
- a) наклона зуба
 - b) стадии воспалительного процесса
 - c) от желания пациента
 - d) от квалификации хирурга-стоматолога
 - e) от общего состояния пациента
- 52) Рентгенологическое обследование при перикороните
- a) показано всегда
 - b) можно не проводить
 - c) на усмотрение врача
 - d) по желанию пациента
- 53) Операция удаления третьего моляра при остром перикороните проводится
- a) в первое посещение
 - b) на следующий день

- c) после стихания воспалительных явлений
 - d) по желанию пациента
 - e) после завершения курса антибиотикотерапии
- 54) Необходимый инструмент для удаления правильно расположенного нижнего зуба мудрости при ограниченном открывании рта
- a) щипцы, изогнутые по плоскости
 - b) элеватор Леклюза
 - c) прямой элеватор
 - d) клювовидные щипцы, с несходящимися щеками
 - e) угловой элеватор к себе
- 55) Элеватор Леклюза при удалении третьего моляра можно использовать при
- a) наличии второго моляра
 - b) ограничении открывания рта
 - c) наличии устойчивых первого и второго моляров
 - d) ретенции
- 56) Вид местного обезболивания при удалении нижнего третьего моляра
- a) мандибулярная анестезия
 - b) туберальная анестезия
 - c) анестезия по Берше-Дубову
 - d) анестезия у ментального отверстия
 - e) небная анестезия
- 57) отёк мягких тканей при перикороните может локализоваться в области
- a) скуловой
 - b) позадищелюстной
 - c) поднижнечелюстной
 - d) подглазничной
 - e) околоушно-жевательной
- 58) Открывание рта при перикороните
- a) ограничено
 - b) не ограничено
 - c) зависит от времени заболевания
 - d) зависит от проводимой химиотерапии
- 59) Боль при глотании возникает при
- a) остром гнойном перикороните
 - b) остром катаральном перикороните
 - c) хронический перикоронит в области дистопированных 4.8, 3.8 зубов
 - d) хронический перикоронит в области дистопированных 1.8, 2.8 зубов
- 60) боль при глотании при остром перикороните возникает в результате
- a) воспаления слизистой оболочки ретромолярного треугольника
 - b) вовлечения в воспалительный процесс челюстно-подъязычной мышцы
 - c) инфильтрации височной мышцы
 - d) распространения воспалительного процесса на боковую стенку глотки и челюстно-язычный желобок
- 61) Определение «полуретенционный зуб»
- a) неправильно расположенный зуб в зубном ряду
 - b) полное прорезывание зуба через костную ткань и слизистую оболочку
 - c) зуб упирающийся своей коронкой в рядом стоящий зуб
- 62) Перикоронит – это воспалительный процесс
- a) тканей периодонта третьего моляра
 - b) мягких тканей вокруг коронки не полностью прорезавшегося зуба
 - c) периоста в области третьего моляра при его неполном прорезывании
 - d) тканей крыловидно-челюстной складки
- 63) Лечение острого гнойного перикоронита
- a) удаление зуба антагониста
 - b) депульпирование второго моляра
 - c) иссечение или рассечение слизистой «капюшона»
 - d) согревающие компрессы щечной области на ночь

- е) физиотерапия
- 64) Осложнение острого перикоронита
 - а) позадикулярный периостит
 - б) пульпит соседних зубов
 - в) ретроградный периодонтит соседнего зуба
 - г) остеомиелит нижней челюсти
 - д) острый периодонтит зуба антагониста
- 65) Антибиотики при остром гнойном перикороните Назначаются
 - а) всегда
 - б) у лиц пожилого возраста
 - в) при выделении гноя из-под капюшона
 - г) при переходе в ретромолярный периостит
- 66) Нижние третьи моляры чаще всего прорезываются в возрасте (лет)
 - а) 10-12
 - б) 18-25
 - в) 30-35
 - г) 40-50
- 67) Ретенции зубов на верхней челюсти подвержены
 - а) третий моляр
 - б) клык
 - в) боковой резец
 - г) первый моляр
 - д) второй моляр
- 68) Причины ретенции и дистопии
 - а) недостаток места в нижней челюсти
 - б) плотная слизистая оболочка над прорезывающимся зубом
 - в) воспалительные явления в области непрорезавшегося зуба мудрости
 - г) микроорганизмы: стафилококки, стрептококки, энтерококки и т.д.
 - д) эндокринные, инфекционные заболевания
- 69) Причины возникновения перикоронита
 - а) острый периодонтит соседнего зуба
 - б) попадание остатков пищи в пространство под «капюшоном»
 - в) обострение хронического периодонтита
 - г) травма капюшона антагонистом при жевании
 - д) невралгия тройничного нерва
- 70) Местные жалобы пациента при остром гнойном перикороните на
 - а) боль в языке
 - б) боль при жевании
 - в) ограничение открывания рта
 - г) Боль при глотании
 - д) припухлость слизистой над зубом мудрости
- 71) Антисептики применяемые для обработки пространства под слизистой «капюшоном» над нижним третьим моляром
 - а) перекись водорода 1%
 - б) спиртовой раствор календулы
 - в) раствор хлоргексидина 0,05%
 - г) раствор йода 5%
- 72) Причины смещения зуба в зубном ряду
 - а) нарушение последовательности прорезывания зубов
 - б) нарушение сроков прорезывания
 - в) воспалительный процесс в челюсти
 - г) остеопороз челюсти
- 73) Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи
 - а) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - б) носовая поверхность верхней челюсти
 - в) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - г) глазничная поверхность верхней челюсти

- e) скуловой отросток верхней челюсти
- 74) Нижняя стенка верхнечелюстной пазухи
 - a) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - b) носовая поверхность верхней челюсти
 - c) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - d) глазничная поверхность верхней челюсти
 - e) скуловой отросток верхней челюсти
- 75) аружная стенка верхнечелюстной пазухи
 - a) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - b) носовая поверхность верхней челюсти
 - c) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - d) глазничная поверхность верхней челюсти
 - e) скуловой отросток верхней челюсти
- 76) Внутренняя стенка верхнечелюстной пазухи
 - a) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - b) носовая поверхность верхней челюсти
 - c) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - d) глазничная поверхность верхней челюсти
 - e) скуловой отросток верхней челюсти
- 77) Передняя стенка верхнечелюстной пазухи
 - a) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - b) носовая поверхность верхней челюсти
 - c) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - d) глазничная поверхность верхней челюсти
 - e) передняя поверхность верхней челюсти
- 78) Задняя стенка верхнечелюстной пазухи
 - a) альвеолярный отросток верхней челюсти
 - b) носовая поверхность верхней челюсти
 - c) подвисочная поверхность верхней челюсти
 - d) глазничная поверхность верхней челюсти
 - e) передняя поверхность верхней челюсти
- 79) Одоптогенным гайморитом называется воспаление
 - a) лобной пазухи
 - b) основной пазухи
 - c) верхнечелюстного синуса
 - d) лобной, основной, верхнечелюстной пазух
- 80) Кровоснабжение верхнечелюстной пазухи
 - a) нижнечелюстной артерией
 - b) подглазничной артерией
 - c) средней альвеолярной артерией
 - d) передней альвеолярной артерией
- 81) Иннервация верхнечелюстной пазухи
 - a) нижнечелюстным нервом
 - b) подглазничным нервом
 - c) средним альвеолярным нервом
 - d) передним альвеолярным нервом
- 82) Верхнечелюстная пазуха сообщается с полостью носа
 - a) в верхнем носовом ходу
 - b) в среднем носовом ходу
 - c) в нижнем носовом ходу
 - d) в области основной пазухи
- 83) Типы строения верхнечелюстной пазухи
 - a) пневматический
 - b) промежуточный
 - c) ячеистый
 - d) склеротический
 - e) спорадический

- 84) Источником инфекции одонтогенного верхнечелюстного синусита являются
- a) острый хронический периодонтит верхнего первого моляра
 - b) обострившийся хронический периодонтит верхнего второго резца
 - c) остеомиелит верхней челюсти
 - d) нагноившаяся радикулярная киста верхней челюсти
 - e) острый пульпит верхнего второго премоляра
- 85) Морфологические изменения в верхнечелюстной пазухе при остром гайморите
- a) отёк и гиперемия слизистой оболочки пазухи
 - b) углощение слизистой пазухи
 - c) атрофия слизистой пазухи
 - d) увеличение объёма полости верхнечелюстной пазухи
 - e) уменьшение объёма верхнечелюстной пазухи
- 86) Морфологические изменения в верхнечелюстной пазухе при хроническом гайморите
- a) Изменений нет
 - b) диффузные
 - c) ограниченные непалипозные
 - d) диффузно непалипозные
 - e) ограниченные и диффузно полипозные
- 87) Иррадиация боли при остром воспалении гайморовой пазухи
- a) в височную
 - b) в затылочную область
 - c) в зубы верхней челюсти
 - d) в лопатку
 - e) в лобную область
- 88) Местные жалобы больных с острым гайморитом
- a) чувство тяжести в области верхней челюсти
 - b) сильные боли в лобной области
 - c) ухудшение самочувствия
 - d) заложенность носа
 - e) гнойные выделения из носа
- 89) Местные жалобы больных с хроническим гайморитом
- a) неприятный запах из полости рта
 - b) отсутствие или снижение обоняния
 - c) выделения из лунки зуба
 - d) может не быть жалоб
 - e) образование свища на месте удалённого зуба
- 90) Местные жалобы больных с обострением хронического гайморита
- a) снижение обоняния
 - b) боль с иррадиацией в височную, лобную область
 - c) выделения из соответствующей половины носа
 - d) чувство тяжести в области верхней челюсти
- 91) Выделения из носа при остром верхнечелюстном синусите
- a) серозные
 - b) слизистые
 - c) гнойные
 - d) геморрагические
- 92) Общие жалобы больных с острым гайморитом
- a) повышение температуры тела до 37,7-38°C
 - b) разбитость
 - c) слабость
 - d) плохой сон
 - e) эйфория
- 93) Общие жалобы больных с хроническим гайморитом
- a) головная боль
 - b) выделения из соответствующей половины носа
 - c) быстрая утомляемость
 - d) повышение температуры тела до 39°C

- e) рвота
- 94) Основой диагностики одонтогенного гайморита являются
 - a) клиническая картина заболевания
 - b) беседа с родственниками пациента
 - c) данные обследования
 - d) жалобы, результаты осмотра
 - e) данные анамнеза
- 95) Дополнительные методы обследования пациентов с острым одонтогенным гайморитом
 - a) пункция верхнечелюстной пазухи
 - b) микроскопическое исследование
 - c) контрастная рентгенография
 - d) рентгенография придаточных пазух носа
 - e) эндоскопия верхнечелюстной пазухи
- 96) Дополнительные методы обследования при хроническом одонтогенном гайморите
 - a) пункция верхнечелюстной пазухи
 - b) микроскопическое исследование
 - c) контрастная рентгенография
 - d) рентгенография придаточных пазух носа
 - e) компьютерное исследование
- 97) Острый одонтогенный гайморит дифференцируют
 - a) острый периодонтит первого моляра
 - b) острым пульпитом
 - c) невралгией тройничного нерва
 - d) риногенным синуситом
- 98) Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит дифференцируют
 - a) околокорневой кистой
 - b) злокачественной опухолью верхней челюсти
 - c) невралгией тройничного нерва
 - d) абсцессом клыковой ямки
 - e) фиброзной дисплазией
- 99) На рентгенограмме при остром одонтогенном гайморите определяется
 - a) затемнение обеих верхнечелюстных пазух
 - b) полное или частичное затемнение воспалённой пазухи
 - c) затемнение всех придаточных пазух носа
 - d) уровень жидкости в поражённой пазухе
 - e) наличие инородного тела в верхнечелюстной пазухе
- 100) Выделения из носа при остром верхнечелюстном синусите
 - a) серозные
 - b) слизистые
 - c) гнойные
 - d) геморрагические