

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**5.1. Контрольные вопросы и задания**

1. Стоматолога-хирурга пригласили для консультации по вопросу требований к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности. Хирургический кабинет планируется разместить в помещении площадью 12 м²

. Стены кабинета хирургической

стоматологии планируется на 1,5 м в высоту от пола облицевать кафелем темно-фиолетового цвета, а далее до потолка произвести

окраску масляной краской, полы выстлать линолеумом, который будет подниматься на стены на 5-10 см, заделываться со

стенной

заподлицо и сверху фиксироваться пластиковым плинтусом.

Укажите требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке будут нарушены в

открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности?

А. площадь помещения

Б. цвет стены

В. высота облицовки стен кафелем

Г. не соответствует нормам

2. Больного необходимо срочно оперировать. Диагностирован «острый гнойный периостит нижней челюсти». Свежего стерильного материала нет. Есть лишь материал, простерилизованный 5 дней тому назад. Можно ли использовать этот материал для операции?

Определите срок хранения стерильного материала хранящийся в металлическом биксе?

А. в биксе не более 2 суток

Б. в биксе не более 3 суток

В. в биксе не более 4 суток

Г. в биксе не более 6 суток

3. Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета.

Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м²

. На указанной площади

размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой

плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты

линолеумом, поднятым на стены на высоту 5-10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под

линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая

рабочие места стоматологов-хирургов.

Укажите нарушения в данном случае?

А. размещения кабинета

- Б. площадь кабинета
В. высота стен
Г. покрытие пола
4. К стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2 Каков план обследования данного пациента?
А. субъективные ,лучевые методы обследования
Б. объективные , лучевые , методы обследования
В. лучевые,лабораторные методы диагностики
Г. субъективные методы обследования, объективные методы обследования
5. Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа. Укажите какой метод обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
А. МРТ, лабораторные исследование
Б. Обзорный рентген снимок,УЗИ
В. Лабораторные исследования
Г. УЗИ, МРТ,КТ
6. Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке. Определите какой метод обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
А. лучевые методы диагностики
Б. лабораторные методы исследования
В. биопсия,МРТ,УЗИ
Г. КТ,лучевые методы диагностики
7. Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 о С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи. Определите последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?
А. Опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта
Б. Внешний осмотр, осмотр полсти рта, опрос
В. Опрос, осморт полости рта
Г. Осмотр полости рта, внешний осморт, опрос
8. Пациент П., 27 лет, обратился к стоматологу с целью хирургической санации полости рта перед протезированием. В анамнезе у данного пациента имеется аллергическая реакция на новокаин. Он был обследован у врача-аллерголога и получил следующие результаты: новокаин — 22 %; лидокаин — 15 %; ультракаин — 5 %. Пациент предъявляет жалобы на разрушение коронки зуба 2.4. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.4 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 2.4 безболезненны. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в проекции апекса корней зуба 2.4, каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины. Определите какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?
А. лидокаин
Б. артикаин
В. ультракаиан
Г. новокаин
9. К врачу стоматологу обратился больной С.К. 1978г.р. с жалобами на жжение в области боковой поверхности языка слева,

боли, усиливающиеся во время еды от термических, химических, тактильных раздражителей, в последнее время боли усилились в связи с чем больной обратился к врачу.

При внешнем осмотре лицо обычной конфигурации. При осмотре полости рта на слизистой оболочка бледно-розового цвета. На боковой поверхности языка слева на фоне возвышающихся молочно-белых гладких бляшек определяется наличие одиночной эрозии, пальпаторно и при зондировании которой отмечается резкая болезненность, окружающие ткани без особенностей. Подвижность языка не ограничена. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Установите какой диагноз:

А. Веррукозная лейкоплакия
Б. Эрозивная форма красного плоского лишая
В. Эрозивная форма красного плоского лишая
Г. Эрозивная лейкоплакия

10. Пациенту З., 41 год, перед лечением зуба 2.6 на верхней челюсти слева была выполнена туберальная анестезия раствором 2%-ного лидокаина с адреналином. Через 3 часа пациент стал жаловаться на боли в области боковой стенки носа, под глазом и над скуловой костью слева.

Определите лечение данного осложнения?

А. Специальных лечебных мероприятий в данной клинической ситуации не требуется, ишемия кожи проходит самостоятельно по мере метаболизма анестетика.
Б. местно — гемостаз компрессией или с использованием гемостатической губки, пленки.
В.1) медикаментозного лечения; 2) применения лечебных физических воздействий (рефлексотерапии или физиотерапии).
Г. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

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

Определите диагноз.

А. хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.8 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.8.
Б. полуретенция, дистопия зуба 2.8, горизонтальное положение
В. обострение хронического пульпита зуба 2.8.
Г. полуретенция, дистопия зуба 2.8, медиально наклоненное положение.

12. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Е., 40 лет, с жалобами на разрушенный зуб 4.5. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.5 физиологической окраски. Коронка зуба 4.5 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное размягчение тканей зуба 4.5. Перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в области апекса 4.5 определяется расширение периодонтальной щели. На рентгенограмме определяется значительное расширение верхушки корня зуба, шейка зуба 4.5 уже его апекса, что верифицируется как гиперцементоз зуба 4.5

Перечислите перечень набора инструментов и материалов, необходимых для проведения операции сложного удаления корня зуба 4.5.

А. стоматологические фрезы и боры (шаровидные и фиссурные), бормашину, с клювовидные щипцы со сходящимися узкими щечками (корневые), прямой элеватор, элеватор под углом «на себя», прямой наконечник, .
Б. прямой элеватор, элеватор под углом «на себя», щипцы, бормашину
В. щипцы для удаление корней зубов нижней челюсти, бормашину
Г. S-образные щипцы, клювовидные щипцы, элеватор

13. Пациент В., 24 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на периодические ноющие боли в области нижней челюсти слева, которые беспокоят около года. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической

окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается безболезненно, в пределах физиологической нормы. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.8 физиологической окраски, коронка зуба 3.8 прорезалась на $\frac{1}{2}$ дистальным бугром. Зуб 3.8 находится в горизонтальном положении, он расположен в передней части края ветви нижней челюсти на $\frac{1}{3}$ длины зуба. Острых воспалительных явлений в полости рта на момент осмотра не констатируется. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня зуба 3.8 на границы нижнечелюстного канала. 1.

Определите диагноз.

А. Дистопия 3.8, полуретенция
Б. Хронический периодонтит, дистопия 3.8
В. Горизонтальное положение 3.8, хронический периодонтит
Г. полуретенция, дистопия зуба 3.8, горизонтальное положение.

14. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ж., 28 лет, с жалобами на боли в области лунки зуба 2.5, который, со слов пациента, был удален сутки назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел ($0,3 \times 0,2$ см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 2.5 гиперемирована, отечна. Кровяной сгусток в лунке отсутствует, ее дно покрыто сероватым налетом. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 2.5 и костных осколков не обнаружено.

Укажите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 2.5?

А. луночковый остеомиелит
Б. луночковая послеоперационная боль
В. периостит
Г. некроз

15. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 31 год, с жалобами на сильные боли неврологического характера в области лунки зуба 4.4, который, со слов пациентки, был удален 4 дня назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области справа пальпируется лимфатический узел ($0,3 \times 0,5$ см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка физиологической окраски. Визуализируется выступающий неровный край стенки альвеолы в области лунки 4.4. При пальпации острого выступающего края стенки альвеолы пациентка ощущает резкую боль. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 4.4 и костных остатков не обнаружено.

Определите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.4?

А. луночковая послеоперационная боль, обусловленная острыми костными краями стенки лунки удаленного зуба 4.4.
Б. Альвеолит 4.4
В. Луночковый остеомиелит 4.4
Г. Острый костный край 4.4

16. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент М., 33 года, с жалобами на боли в области лунки зуба 4.6, который, со слов пациента, был удален 3 дня назад. Боли иррадиируют в висок, глаз, ухо. Пациент отмечает неприятный запах изо рта. В последние два дня констатирует повышение температуры до $37,6$ °С. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Пальпация переходной складки в области лунки зуба 4.6 болезненна. Сгусток в лунке отсутствует, ее дно, края и межкорневая перегородка покрыты сероватым фибринозным налетом. Ощущается неприятный запах изо рта пациента. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в лунке удаленного зуба 4.6 имеются два мелких инородных тела.

Укажите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.6?

А. альвеолит 4.6 (воспаление стенок лунки удаленного зуба).
Б. остеомиелит луночковый
В. Луночковые боли 4,6
Г. Некроз альвеолы 4,6

17. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка С., 30 лет, с жалобами на то, что после удаления зуба 3.7 в

первой

половине дня она до вечера сплевывала слюну с прожилками сукровицы. Со слов пациентки, удаление было сложным. Сукровица начала сочиться сразу после удаления, но пациентка за помощью не обращалась, думая, что это скоро пройдет. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы

не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 3.7 гиперемирована. Лунка выполнена сгустком на $\frac{1}{2}$ глубины, она слабо кровоточит.

Определите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 3.7?

А. первичное луночковое кровотечение.

Б. альвеолит

В. кровотечение

Г. парестезия

18. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка К., 32 года,

с жалобами на онемение альвеолярного отростка, нескольких зубов нижней челюсти справа, подбородочной области до

правого

угла рта, которое

появилось вчера после травматичного удаления зуба 4.8. Объективно:

конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 4.8 гиперемирована.

Лунка выполнена кровавым сгустком. При исследовании чувствительности констатируется парестезия альвеолярного отростка нижней челюсти справа, подбородочной области справа, зоны в области правого угла рта. Отмечается снижение данных электроодонтодиагностики (ЭОД) зубов 4.7, 4.6, 4.5, 4.4.

Установите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.8?

А. травматическое повреждение (неврит) нижнего альвеолярного нерва справа.

Б. перелом нижней челюсти

В. Отлом бугра верхней челюсти

Г. Вывих челюсти

19. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 64 года,

у которого по ортопедическим показаниям в плановом порядке должен

быть удален зуб 1.8. Из анамнеза жизни пациента известно, что ему 10 лет

назад диагностирована ишемическая болезнь сердца и по поводу данного

заболевания он постоянно принимает лекарственные средства (поддерживающая терапия).

Узнайте можно ли приступить к операции удаления зуба 1.8 сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу?

А. сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба возможно.

Б. сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба невозможно

В. После консультации кардиолога

Г. Возможно через 3 дня после обращение

20. В поликлинике на прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 58 лет, с диагнозом радикулярная киста ($1,0 \times 0,8$ см)

нижней челюсти

в области апекса зуба 4.3. Из анамнеза жизни пациентки известно, что с детства у нее имеется ревматический порок сердца, по

поводу которого она постоянно принимает поддерживающую лекарственную терапию. Хирург назначил пациентке операцию в

плановом порядке, указав в перечне необходимое предоперационное обследование: осмотр терапевта и ЭКГ.

Определите можно ли считать действия врача правильными?

А. Нет, так как врач неправильно определил плановый характер оперативного вмешательства

Б. Врач правильно определил плановый характер оперативного вмешательства и назначил пациентке МРТ

В. Врач правильно определил плановый характер оперативного вмешательства и обоснованно назначил пациентке консультацию

терапевта и ЭКГ

Г. Плановый характер оперативного вмешательства было определено неправильно и назначено не правильно ЭКГ

21. На прием к стоматологу-хирургу в условиях городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка З., 60 лет, с

диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 вне обострения. Из анамнеза известно, что пациентка 8 лет

назад

перенесла инсульт.

Определите какие анестетики могут быть использованы для проведения местной

(проводниковой и инфильтрационной) анестезии у пациентки?

А. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилэфрином или адреналином

Б. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилэфрином или адреналином в концентрации не более 2

: 300 000; карпулированные препараты: Septanest (2 : 300 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 5 % plain,

Mepivastesin, лидокаин без вазоконстриктора

В. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилэфрином или адреналином в концентрации не более 1

: 200 000; карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain,

Merivastesin, лидокаин без вазоконстриктора.

Г. карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Merivastesin, лидокаин без вазоконстриктора.

22. Стоматолог-хирург, работающий в специализированном отделении

многопрофильной больницы, консультируется в кардиологическом отделении пациента Л., 62 года. Из анамнеза пациента известно, что 2 года назад ему была выполнена операция — аортокоронарное шунтирование.

Определите к какой группе риска с развитием бактериального эндокардита относится пациент?

А. к группе с незначительным риском развития бактериального эндокардита

Б. к группе со значительным риском развития бактериального эндокардита.

В. к группе с высоким риском развития бактериального эндокардита

Г. к группе с острым риском развития бактериального эндокардита

23. Стоматологу-хирургу, работающему в специализированном отделении многопрофильной больницы, предстоит провести

хирургическую

санацию полости рта у пациентки К., 58 лет, которая 5 лет назад перенесла инфекционный эндокардит. Известно, что после полного комплексного предварительного обследования пациентке рекомендовано удаление следующих зубов:

1) 4.8 по поводу диагноза хронический гранулематозный периодонтит вне обострения;

2) 4.5 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения;

3) 2.4 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения;

4) 2.5 по поводу диагноза хронический фиброзный периодонтит вне обострения.

Из анамнеза известно, что зуб 2.5 неоднократно подвергался эндодонтическому лечению, которое нельзя считать успешным, так

как процесс

периодически обострялся. Однако стоматолог-ортопед настаивает на сохранении указанного зуба из-за изменения конструкции

ранее планируемого протеза.

Определите к какой группе риска развития бактериального эндокардита относится пациентка?

А. к группе значительного риска развития бактериального эндокардита.

Б. к группе с высоким риском развития бактериального эндокардита

В. к группе с острым риском развития бактериального эндокардита

Г. к группе с незначительным риском развития бактериального эндокардита

24. На прием к стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях обратился пациент Л., 48 лет, по поводу удаления корня разрушенного

ниже уровня десны зуба 4.5. После опроса и осмотра, выполнения специальных методов исследования (дентальный снимок зуба

4.5) был поставлен диагноз

хронический фиброзный периодонтит зуба 4.5. Кроме того, пациент сообщил, что в течение последних 5 лет страдает сахарным

диабетом (тип 2).

Укажите какой анестетик следует предпочесть для выполнения анестезии пациенту?

А. Лидокаин

Б. Ультракаин

В. Следует выбрать мипивокаин, может быть использован без вазоконстриктора или лидокаин без вазоконстриктора.

Г. Артикаин

25. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 58 лет, по

поводу удаления зуба 1.8 с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациента известно, что он страдает циррозом печени.

Выявите какой анестетик следует применить у пациента?

А. Новокаин.

Б. В «Ультракаин Д» .

В. Ораблок.

Г. Лидокаин

26. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 56 лет, по

поводу удаления зуба 3.7 с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хронической почечной недостаточностью I степени.

Определите какой анестетик следует использовать у пациентки?

А. препараты с седативным эффектом типа (Персен форте)

Б. амидные анестетики

В. Лидокаин

Г. Ксилокаин

27. Пациент Р., 29 лет, жалоб не предъявляет. Он был направлен на консультацию к стоматологу-хирургу из отделения

ортопедической стоматологии, куда обратился в связи с высокой степенью разрушения коронки зуба 2.3. После проведения лучевых методов исследования (ортопантограммы) был поставлен диагноз ретенция, горизонтальная дистопия зуба 2.3. Указанный зуб располагается ближе к слизистой оболочке верхнего свода преддверья полости

рта.

Отметьте средние сроки временной утраты трудоспособности (ВУТ) после операции сложного удаления ретенированного, дистопированного зуба 2.3.?

- А. должны составлять 5–9 суток.
- Б. должны составлять 3–7 суток.
- В. должны составлять 14–17 суток.
- Г. должны составлять 4–7 суток.

28. Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней

челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

Укажите диагноз?

- 29. А. Одонтогенный гайморит
- Б. Гнойный перикоронит
- В. Периодонтит
- Г. Флегмона

30. Больной, 45 лет, обратился с жалобами на наличие разрушенного 2.7, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 2.7. При рентгенологическом исследовании 2.7 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 2.7, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

Определите диагноз?

- А. Одонтогенный периостит
- Б. Одонтогенный остеомиелит
- В. гнойный перикоронит
- Г. хронический периодонтит

31. Больная, 50 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26

удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

Установите диагноз?

- А. прободение верхнечелюстной пазухи
- Б. абсцесс подвисочной ямки
- В. флегмона дна полости рта
- Г. ангина Людвига

32. Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в

левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта.

Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриворотном осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

Определите план лечения?

- А. удаление пульпы из корневой части зуба,пломбирование корневых каналов, пломбирование зуба
- Б. расширение корневого хода, полная его санация и пломбирование. Способ эффективен в 50% случаев
- В. удаление 7, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.
- Г. полное удаление зуба. Метод используется в крайних случаях при неэффективности остальных или осложнённом иммунном

статусе, сопутствующих тяжёлых заболеваниях

33. 5. У больного 58 лет на боковой поверхности средней трети языка слева образовалась язва, переходящая на дно полости рта. Язва неправильной формы неровными подрытыми краями. Окружающие ткани уплотнены, хрящеподобной консистенции. Дно язвы покрыто серогрязным налетом. Неприятный запах изо рта. Левые поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, плотные, ограниченной подвижности.

Какое заболевание вы предположили бы?

- А. Рак языка
- Б.Актиномикоз языка

<p>В.Язвенно-некротический стоматит Г.Туберкулезная язва языка</p> <p>34. 6. Больной 25 лет, был доставлен в травмпункт после ДТП. Объективно: деформация лица за счет отека среднего его отдела, гематома нижних век, верхняя челюсть опущена. Верхняя челюсть свободно подвижна вместе с носом. Пальпаторно определяется деформация, боль и патологическая подвижность в области корня носа, скуловерхнечелюстных швов и крючков крыловидных отростков основных костей . Укажите правильный диагноз? А. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II Б.Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор III (верхний) В.Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I (нижний) Г.Перелом носовых костей Е.Перелом скуловых костей</p> <p>35. 7.Больной 19 лет, обратился в травмпункт с жалобами на асимметрию лица, парестезию верхней губы справа, кровотечение из носа. Объективно: выраженная асимметрия лица за счет отека и гематомы правого нижнего века и подглазничной области. Открывание рта ограничено незначительно. Прикус не нарушен. Пальпаторно определяется симптом ступеньки в области правого скуло-верхнечелюстного шва, деформация в области наружного края правой орбиты и скуло-альвеолярного гребня, газовая крепитация в правой подглазничной области; перкуторно – симптом “треснувшего ореха”. Установите правильный диагноз? А.Перелом верхней челюсти по Ле Фор I (нижний) Б.Перелом верхней челюсти по Ле Фор II В. Перелом правой скуловой кости Г.Перелом верхней челюсти по Ле Фор III (верхний)</p> <p>36. 8.Больной 32 лет, травму получил во время работы в шахте. Объективно: удлинение средней трети лица, значительные гематомы и отек, которые увеличиваются в области корня носа, век обоих глаз. Верхняя челюсть смещена книзу и кзади, свободно подвижна вместе с костями носа, скуловыми костями и глазными яблоками. Пальпаторно определяется деформация , боль и патологическая подвижность в области корня носа, наружных краев орбит, крыловидных отростков основной кости. Из носа незначительное кровотечение с примесью ликвора. Определите правильный диагноз? А. Перелом верхней челюсти по Ле Фор 111 (верхний) Б.Перелом верхней челюсти по Ле Фор 11 В.Перелом верхней челюсти по Ле Фор 1 (нижний) Г.Перелом скуловых костей</p> <p>37. 9. Больной 48 лет, на основании клинико-рентгенологического исследования, показано удаление 26 зуба по поводу хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения. Укажите под какой проводниковой анестезией будет проводиться данная операция ? А. Туберальная и палатинальная Б.Торусальная В.Инфраорбитальная и резцовая Г.Инфраорбитальная и палатинальная</p> <p>38. 10.Больной 23 лет, впервые обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль и припухлость в области центрального зуба, который ранее был травмирован. После клинического и рентгенологического обследования у больного установлен диагноз – острый периостит верхней челюсти от 11 зуба, на рентгенограмме выявлено незначительное расширение периодонтальной щели 11 зуба. Выберите наиболее оптимальный метод лечения? А. Вскрытие поднадкостничного абсцесса, эндодонтическое лечение 11 зуба Б.Удаление 11 зуба В.Удаление 11 зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса Г.Удаление 11 зуба, противовоспалительная терапия</p> <p>39. 11.После клинического и рентгенологического обследования у больного 32 лет, установлен диагноз: хронический одонтогенный гайморит, соустье гайморовой пазухи с полостью рта через лунку 27 зуба. Укажите наиболее оптимальный метод оперативного лечения данного заболевания? А.Пластика соустья местными тканями, противовоспалительная терапия Б.Радикальная гайморотомия с пластикой соустья местными тканями В.Радикальная гайморотомия Г.Пластика соустья лоскутом из твердого неба.</p> <p>40. 12.Больная, 42 лет обратилась с жалобами на острую боль в области нижней челюсти, подвижность зубов, высокую температуру тела . Болеет 2 дня. После клинического обследования врач установил : острый остеомиелит нижней челюсти. Какова была бы ваша тактика по отношению к подвижным зубам ? А. Удаление только причинного зуба . Б.Удлинение всех подвижных зубов . В.Консервативное лечение причинного зуба . Г.Консервативное лечение всех подвижных зубов .</p>
5.2. Темы курсовых работ (проектов)
Не предусмотрены согласно учебному плану
5.3. Фонд оценочных средств
1.Этапы обследования пациента. 2. Методы обследования пациента

3. Номенклатура хирургических инструментов
4. Этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии.
5. Элементы и порядок опроса при обследовании пациента.
6. Какие данные можно получить при обследовании кожи лица и шеи здорового человека?
7. Методы обследования лицевого скелета
8. Как обследовать зубной ряд (последовательность, инструменты, методики, ожидаемые результаты)
9. Функция нижней челюсти и методики ее оценки.
10. Методика обследования лимфатических узлов в различных отделах ЧЛЮ.
11. Что такое инфильтрационная анестезия?
12. Какие инструменты используются для инфильтрационного обезболивания?
13. Какие анестетики используются для инфильтрационного обезболивания в ЧЛЮ?
14. Опишите методику инфильтрационного обезболивания на верхней и нижней челюстях.
15. Опишите особенности обезболивания мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта (с учетом анатомического строения челюстей)
16. Что такое прямая и непрямая инфильтрационная анестезия в ЧЛЮ?
17. Перечислите показания к проведению инфильтрационного обезболивания.
18. Какие зубы можно удалить при проведении инфильтрационной анестезии мягких тканей и зубного сплетения.
19. Опишите схему потенцированного обезболивания.
20. Опишите методику проведения обезболивания у нижнеглазничного отверстия (внеротовой метод)
21. Опишите методику проведения обезболивания у нижнеглазничного отверстия (внутриротовой метод)
22. Опишите методику проведения обезболивания у бугра верхней челюсти. (внутриротовой метод)
23. Какова методика проведения обезболивания у бугра верхней челюсти. по П.М. Егорову.
24. Опишите методику проведения обезболивания у большого небного отверстия.
25. Опишите методику проведения обезболивания у резцового отверстия.
26. Какова зона обезболивания при проведении инфраорбитальной анестезии?
27. Какова зона обезболивания при проведении туберальной анестезии?
28. Какова зона обезболивания при проведении анестезии у резцового отверстия и у большого небного отверстия?
29. Опишите методику проведения обезболивания у нижнеглазничного отверстия (внеротовой метод)
30. Опишите методику проведения обезболивания у нижнеглазничного отверстия (внутриротовой метод)
31. Опишите методику проведения обезболивания у бугра верхней челюсти (внутриротовой метод)
32. Какова методика проведения обезболивания у бугра верхней челюсти. по П.М. Егорову.
33. Опишите методику проведения обезболивания у большого небного отверстия.
34. Опишите методику проведения обезболивания у резцового отверстия.
35. Какова зона обезболивания при проведении инфраорбитальной анестезии?
36. Какова зона обезболивания при проведении туберальной анестезии?
37. Какова зона обезболивания при проведении анестезии у резцового отверстия и у большого небного отверстия?
38. Какие осложнения могут возникнуть в момент проведения местного обезболивания?
39. Какие осложнения могут возникнуть после проведения местного обезболивания?
40. Какие правила необходимо соблюдать, проводя местное обезболивание, при наличии гнойного очага в мягких тканях, прилегающих к челюсти?
41. Особенности жалоб и анамнеза при диплопии после проведения местного обезболивания.
42. Особенности клинических проявлений кровотечения при проведении местного обезболивания. мышцы после проведения местного обезболивания.
44. какие методы лечения при кровотечении после проведения местного обезболивания вы знаете?
45. Какие методы лечения гематомы, диплопии, парестезии, повреждения медиальной крыловидной мышцы после проведения местного обезболивания вы знаете?

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
 Доклад с презентацией
 Реферат
 Теоретические задания
 Ситуационная задача

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционно-образовательные технологии - лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщения
6.3.1.2	знаний и способов действий передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего
6.3.1.3	усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе
6.3.1.4	хирургической клиники с обязательным посещением больных.
6.3.1.5	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной
6.3.1.6	технике и интернет ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы а так же для

6.3.1.7	ознакомления с интернет – источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка
6.3.1.8	преподавателем лекция – презентаций.
6.3.1.9	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системные мышления и способность
6.3.1.1 0	генерировать идеи при решения различных творческих задач, к ним относятся занятия в муляжном симуляционном
6.3.1.1 1	центре. Так же практические занятия при проведении которых используются методики мозгового штурма.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	stomatologclub.ru
6.3.2.2	http://www.e-stomatology.ru/link/common/
6.3.2.3	Электронная библиотека КPCY - www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.4	Электронная библиотека МЗ КР

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по имплантологии и реконструктивной хирургии полости рта
7.2	проводится на базе (корпус «Аламедин») отделение ЧЛХ Национального Госпиталя клиники им. И.К. Ахунбаева.
7.3	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами – имитаторами,
7.4	современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами,
7.5	интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами. Каждое отделение
7.6	оснащено специальной инструментальной и обзорные рентгенологические исследования и т.д.)

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

- Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
- Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
- Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) — совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов — Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время — до 2%):

- а) переключки;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время — до 15%);
 - 4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время — до 45%);
 - 5) Заключительный этап занятия (время — до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;