Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«14» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.74 Стоматология хирургическая

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1117 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-стоматолог-хирург».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-стоматолог-хирург».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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

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

- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

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

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

- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

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

- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6)

Лечебная деятельность:

- готовностью к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи (ПК-7);

- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8).

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям

оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10).

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовностью к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:

1) наличие санитарных книжек у сотрудников;

2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета;

3) объём и характер производимых хирургических вмешательств;

4) результаты азопирамовой пробы.

2. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:

1) операцию Ванаха;

2) уранопластику;

3) вскрытие флегмоны дна полости рта;

4) вскрытие абсцесса.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций,

предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая.

Примеры контрольных вопросов:

1. Вывих челюсти.
2. Лабораторные методы исследования в хирургической стоматологии.

Примеры контрольных заданий:

1. Проведение аппликационного обезболивания.
2. Проведение инфильтрационного обезболивания.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

На ортопантомограмме расстояние до компактной пластинки дна гайморовой пазухи в области отсутствующего зуба 2.6 – 13 мм.

Вопрос: какова оптимальная длина имплантата в этом участке, если коэффициент увеличения данной ортопантомограммы составляет 1,3?

Ситуационная задача № 2.

При планировании имплантации пациенту была сделана ортопантомограмма с диагностическим металлическим шариком в каппе. Диаметр шарика 5 мм. Диаметр шарика на снимке составил 6,5 мм.

Вопросы:

1. Каков коэффициент увеличения данной ортопантомограммы?
2. Поясните, как на практике применяется коэффициент увеличения ортопантомограммы.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области / Епифанов В. А., Епифанов А. В. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 368 с. – ISBN 978-5-9704-5390-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453902.html

2. Кулаков А. А. Хирургическая стоматология / под ред. Кулакова А. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 408 с. – ISBN 978-5-9704-6001-6. – Текст: электронный //

URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460016.html

3. Кулаков А. А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / Под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 928 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-3727-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437278.html

Дополнительная литература:

1. Базикян Э. А. Одонтогенные воспалительные заболевания – просто о сложном / Э. А. Базикян, А. А. Чунихин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4101-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441015.html

2. Базикян Э. А. Современные остеопластические материалы / Базикян Э. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-4582-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445822.html

3. Иванов С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А. А. Мураев, Н. Ф. Ямуркова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 360 с. – ISBN 978-5-9704-3813-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html

4. Панин А. М. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез / Под ред. А. М. Панина – Москва: Литтерра, 2011. – 208 с. (Серия «Библиотека стоматолога») – ISBN 978-5-4235-0001-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500016.html

5. Сохов С. Т. Удаление зубов под местным обезболиванием. Атлас / С. Т. Сохов, В. В. Афанасьев, М. Р. Абдусаламов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-5724-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457245.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая

Фонд оценочных средств
1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Стоматология хирургическая /40	**1. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:** 1) наличие санитарных книжек у сотрудников; 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета; 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств; 4) результаты азопирамовой пробы. **2. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:** 1) операцию Ванаха; 2) уранопластику; 3) вскрытие флегмоны дна полости рта; 4) вскрытие абсцесса. **3. При острых воспалительных заболеваниях в анализе крови наблюдается:** 1) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево; 2) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы вправо; 3) лейкопения; 4) эритроцитоз. **4. Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области:** 1) надбровных дуг; 2) область скулочелюстного шва; 3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа; 4) верны ответы 1, 3. **5. Для исследования костной ткани верхней челюсти наиболее информативен метод:** 1) конусная томография зоны интереса; 2) ретгеногафия лицевого скелета в боковой проекции; 3) магниторезонансная томография; 4) фистулография. **6. Сиалограмма ложного паротита Герценберга:** 1) без изменений; 2) скопление контрастной массы в паренхиме; 3) сужение протоков в паренхиме; 4) сужение выводного протока. **7. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного**

		вещества через: 1) 3-5 минут; 2) 1-2 часа; 3) 2-3 дня; 4) более месяца. **8. Жевательная бугристость находится на:** 1) внутренней поверхности ветви нижней челюсти; 2) наружной поверхности ветви нижней челюсти; 3) в области шейки суставного отростка; 4) в области угла нижней челюсти с наружной стороны. **9. При полном переломе альвеолярного отростка:** 1) линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество; 2) линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка; 3) линия перелома проходит только через наружную компактную пластинку; 4) линия перелома проходит через внутреннюю компактную пластинку. **10. К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из неё:** 1) IV; 2) V; 3) VI; 4) VII. **11. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:** 1) круглое отверстие; 2) канал зрительного нерва; 3) верхнюю глазничную щель; 4) нижнюю глазничную щель. **12. Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела:** 1) медиального; 2) верхне-медиального; 3) нижне-медиального; 4) нижнего. **13. Наружной границей окологлоточного пространства является:** 1) боковая стенка глотки; 2) межкрыловидная фасция; 3) глоточный отросток околоушной слюнной железы; 4) медиальная крыловидная мышца. **14. При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:** 1) слева и сзади от больного; 2) слева и несколько впереди от больного; 3) справа и сзади от больного; 4) произвольное (любое) положение врача. **15. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:**

		1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба; 3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба; 4) смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба. **16. Этилогическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:** 1) массивные зубные отложения; 2) частичная адентия; *3) хроническая травма слизистой оболочки;* 4) заболевания желудочнокишечного тракта гиперсаливация. **17. Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:** 1) вовнутрь кроме удаления шестого зуба; 2) всегда только кнаружи; 3) вовнутрь кроме удаления премоляров; 4) кнаружи, кроме удаления шестого зуба. **18. Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение - вскрытие дна верхнечелюстной пазухи:** 1) не рекомендуется; 2) можно лишь в том случае, когда возникает постэкстракционное кровотечение; 3) можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи; 4) можно во всех случаях. **19. Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху:** 1) методом Пихлера; 2) методом гайморотомии с местной пластикой соустья; 3) методом гайморотомии без местной пластики соустья; 4) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита. **20. Если альвеолит протекает в виде «сухой лунки», то показано:** 1) выскабливание лунки зуба; 2) коагуляция стенок и дна лунки; 3) рыхлая тампонада лунки йодоформным тампоном. **21. Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:** 1) синюшная, пастозная, симптом «вазопареза» положительный; 2) гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной; 3) без видимых изменений; 4) изъязвленная. **22. Какой рентгенснимок нужно сделать для**

		уточнения локализации ретенированного верхнего клыка: 1) прицельный рентгенснимок; 2) обзорный нижней челюсти; 3) прицельный рентгенснимок, обзорная рентгенография верхней челюсти; 4) боковая рентгенография нижней челюсти. **23. Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате:** 1) недостатка места в челюсти; 2) хронической травмы; 3) хронического воспалительного процесса; 4) наличия капюшона. **24. Тримекаин преимущественно применяют для:** 1) инфильтрационной анестезии; 2) проводниковой анестезии; 3) поднадкостничной анестезии; 4) внутрилигаментарной анестезии. **25. Лидокаин преимущественно применяют для:** 1) инфильтрационной и проводниковой анестезии; 2) спонгиозной анестезии; 3) внутрилигаментарной анестезии; 4) внутрипульпарной анестезии. **26. Для ингаляционного наркоза используется:** 1) калипсол; 2) фторотан; 3) дроперидол; 4) оксибутират натрия. **27. У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов:** 1) 1-3 шт.; 2) 4-5 шт.; 3) 6-8 шт.; 4) 10-12 шт. **28. В день обращения при периостите челюстей необходимо:** 1) вскрыть гнойный очаг; 2) начать иглорефлексотерапию; 3) сделать новокаиновую блокаду; 4) назначить физиотерапевтическое лечение. **29. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:** 1) удалении причинного зуба; 2) широкий периостотомии челюсти с двух сторон; 3) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании; 4) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании. **30. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:** 1) тризмом; 2) ангиной Людвига;

		3) карбункулом нижней губы; 4) флегмоной щечной области; 5) флегмоной височной области. **31. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:** 1) дуга Энгля; 2) метод Адамса; 3) остеосинтез по Макиенко; 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой. **32. Основные симптомы перелома скуловой кости:** 1) гематома скуловой области; 2) деформация носа, гематома; 3) кровоизлияние в нижнее веко; 4) кровотечение из носа, головокружение; 5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта. **33. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать:** 1) с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти; 2) с острым верхнечелюстным синуситом; 3) с околоушным гипергидрозом; 4) с переломом верхней челюсти; 5) с флегмоной поднижнечелюстной области. **34. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:** 1) при привычном вывихе; 2) при выраженной гиперсаливации; 3) при подозрении на тромбофлебит угловой вены; 4) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц. **35. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:** 1) нижней макрогнатией; 2) верхней микрогнатией; 3) верхней ретрогнатией; 4) профилем «птичьего» лица; 5) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами. **36. При анестезии нижнечелюстного нерва у овального отверстия по Вайсблату после достижения наружной пластинки крыловидного отростка необходимо развернуть иглу на 1 см:** 1) книзу; 2) кзади; 3) кверху; 4) кпереди. **37. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:** 1) моляры нижней челюсти; 2) корни зубов нижней челюсти; 3) резцы верхней челюсти; 4) резцы нижней челюсти. **38. Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза)**

		удаляют зубы нижней челюсти: 1) премоляры; 2) первый моляр; 3) второй моляр; 4) третий моляр. **39. Оперативный доступ вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области:** 1) поднижнечелюстной разрез; 2) по Ковтуновичу (в области угла нижней челюсти); 3) внутриротовой; 4) подскуловой. **40. При проведении дезинтоксикации у больных гнойно-воспалительными заболеваниями назовите последовательность назначения препаратов:** 1) вначале форсированный диурез, а затем полиглюкин и неогемодез; 2) вначале неогемодез, а затем полиглюкин и форсированный диурез; 3) вначале полиглюкин, а затем неогемодез и форсированный диурез; 4) последовательность значения не имеет.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения

		5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации

		2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают** 1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной

		среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А 2) Klebsiella 3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме** 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Стоматология детская /10	**1. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: а) определения структуры стоматологической заболеваемости; б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; в) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; г) определения потребности в стоматологической помощи; д) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме** 1) если правильны ответы а, б, в 2) если правильны ответы а, в 3) если правильны ответы б, г 4) если правильный ответ г 5) если правильны ответы а, б, в, г, д **2. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует** 1) один раз в год 2) 2 раза в год 3) по показаниям, но не реже 2 раз в год 4) 3 раза в год 5) 4 раза в год **3. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и сочетающийся с кариесом следует осматривать в год** 1) 1 раз

		2) 2 раза 3) 3 раза 4) по индивидуальным показаниям 5) с учетом формы активности кариеса **4. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается** 1) тело нижней челюсти 2) мыщелковый отросток нижней челюсти 3) альвеолярный отросток нижней челюсти 4) альвеолярный отросток верхней челюсти 5) твердое небо **5. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод** 1) диатермокоагуляции 2) прижизненной ампутации коронковой пульпы 3) глубокой ампутации 4) девитальной ампутации 5) прижизненной экстирпации **6. Абсолютное показание к удалению временного зуба** 1) возраст физиологической смены зубов 2) наличие периодонтита 3) наличие свища 4) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба 5) отлом части коронки **7. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: а) выздоровление; б) микрогения; в) дефект челюсти; г) адентия; д) деформация. Выберите правильный ответ по схеме** 1) если правильны ответы а, б, в 2) если правильны ответы а, в 3) если правильны ответы б, г 4) если правильный ответ г 5) если правильны ответы а, б, в, г, д **8. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте** 1) острый лимфаденит поднижнечелюстной области 2) симптом слюнной колики 3) данные рентгенологического обследования 4) мутная слюна 5) сухость во рту **9. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах** 1) следует, т.к остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита 2) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы 3) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных

		одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок 4) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений 5) не следует; достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы **10. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор** 1) фиссурный 2) пламевидные 3) обратноконусный 4) шаровидный 5) ВАТТ-бор
7.	Стоматология терапевтическая /10	**1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка, выстилающая полость рта?** 1) многослойный плоский эпителий; 2) базальная мембрана; 3) собственного; 4) подслизистого; 5) всех вышеперечисленных. **2. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать**: а) форму активности кариеса; б) уровень соматического и стоматологического здоровья; в) факторы риска возникновения заболеваний; г) факторы риска утяжеления патологии; д) уровень стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме: 1) если правильны ответы а, б, в; 2) если правильны ответы а, в; 3) если правильны ответы б, г; 4) если правильный ответ г; 5) если правильны ответы а, б, в, г, д. **3. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:** 1) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов; 2) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов; 3) язычные поверхности первых постоянных моляров; 4) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов; 5) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти. **4. Интенсивность кариеса зубов выражается:** 1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента; 2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных к возрасту пациента; 3) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов в группе

		обследованных; 4) отношением количества лиц, имеющих кариозные зубы, к общему числу обследованных, выраженное в процентах; 5) разницей между индексами КПУ(з) и КПУ(п). **5. При начальном кариесе в эмали происходит:** 1) нарушение белковой матрицы эмали; 2) дисминерализация и реминерализация; 3) деминерализация эмали; 4) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали; 5) резорбция эмали. **6. Основным фактором риска возникновения кариеса является:** 1) высокое содержание фторида в питьевой воде; 2) неудовлетворительная гигиена полости рта; 3) сопутствующие заболевания; 4) социальный фактор; 5) нерациональное питание. **7. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:** 1) фторид натрия; 2) карбонат кальция; 3)экстракты лекарственных растений; 4) карбамид; 5) формальдегид. **8. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите:** 1) девитализацию пульпы; 2) сохранение жизнеспособности всей пульпы; 3) витальную ампутацию; 4) витальную экстирпацию; 5) удаление зуба. **9. Корневая пломба должна:** 1) достигать верхушечной трети канала; 2) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 3) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия; 4) располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 5) достигать уровня дентино-цементного соединения. **10. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:** 1) выявления кариеса; 2) лечение заболеваний пародонта; 3) профессиональная гигиена полости рта; 4) эндодонтическое лечение; 5) удаление зубов, которые нельзя сохранить.
8.	Стоматология	**1. Названию окклюзионная плоскость соответствует**

	ортопедическая /10	**определение** 1) плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей 2) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа 3) искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении 4) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы 5) искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении **2. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба** 1) разобщение полости рта и полости носа 2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания 3) восстановление фонетики 4) верны ответы 1, 2 5) верны ответы 1, 2, 3 **3. После достижения заднего контактного положения, нижняя челюсть устанавливается в положение центральной окклюзии, при этом дистальные скаты нижних боковых зубов скользят по мезиальным скатам верхних боковых зубов** 1) отверждение верно 2) утверждение не верно **4. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются** 1) у режущего края 2) с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки 3) оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки **5. Моделирование тела металлокерамического мостовидного протеза производится** 1) перед моделированием опорных коронок 2) на этапе припасовки опорных коронок на модели 3) одновременно с моделированием опорных коронок 4) после припасовки опорных коронок в клинике **6. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется** 1) методика «закрытой ложки» 2) методика «открытой ложки» 3) методика двуслойного тоттиска 4) все вышеперечисленное верно 5) все вышеперечисленное не верно **7. Оптимальное распределение жевательной нагрузки между опорными тканями при изготовлении опирающегося протеза можно достичь используя** 1) различные конструкции опорно-удерживающих кламмеров

		2) различные конструкции замковых соединений (аттачменов) 3) различные конструкции телескопической фиксации; 4) эластические подкладки под базисом протеза 5) различные конструкции антиопрокидывателей **8. Перед снятием двухслойного оттиска ретракция десны необходима, чтобы** 1) получить точный отпечаток поддесневой части зуба 2) получить точный отпечаток наддесневой части зуба 3) остановить кровотечение 4) устранить воспалительные изменения в десне **9. Хирургическая подготовка протезного ложа к протезированию полными съемными протезами включает:** 1) обязательное удаление небного торуса 2) углубление преддверия и дна полости рта 3) устранение тяжей и рубцов, перемещение уздечек 4) устранение экзостозов 5) верны ответы 2, 3, 4 **10. Для фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов разогретый воск размещают на окклюзионном валике** 1) верхнем 2) нижнем 3) верхнем и нижнем 4) верхнем только в области жевательных зубов 5) нижнем только в области жевательных зубов
9.	Ортодонтия /10	**1. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения** 1) длины верхней челюсти 2) длины нижней челюсти 3) наличия зачатков постоянных зубов в дистальных отделах челюстей 4) размеров апикального базиса 5) всего вышеперечисленного **2. Специальным методам диагностики в ортодонтии относятся** 1) опрос, осмотр полости рта 2) рентгенологические методы 3) антропометрические, функциональные, графические методы 4) анализ ТРГ 5) измерение гипсовых моделей челюстей **3. Клиническими признаками, характерными для деформации зубных рядов, являются** 1) тесное положение зубов 2) дистопия зубов 3) стираемость зубов 4) подвижность зубов 5) изменение формы и размера зубного ряда **4. С целью укорочения зубной дуги верхней челюсти в период прикуса постоянных зубов чаще всего удаляют**

		1) клыки 2) первые премоляры 3) вторые премоляры 4) первые моляры 5) вторые моляры **5. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся** 1) аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий 2) аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей 3) аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения 4) аппараты, предупреждающие рецидив ЗЧА 5) съёмный **6. Использование ортодонтических имплантатов отменяет физические принципы биомеханики и не требует постоянного контроля над перемещениями зубов** 1) утверждение верно 2) утверждение не верно **7. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:** 1) дистальное 2) нейтральное 3) антериальное 4) правильный ответ не назван 5) мезиальное **8. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте** 1) до 6 лет 2) до 7 лет 3) до 8 лет 4) до 9 лет 5) до 11 лет **9. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа** 1) срединного небного шва 2) носовых костей 3) скуловых костей 4) сошника 5) во всех перечисленных **10. Объем полости рта возможно увеличить** 1) выдвижением нижней челюсти 2) расширением зубных рядов 3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы 4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов 5) всеми перечисленными мероприятиями

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Дайте определения понятиям «асептика» и «антисептика». Какие мероприятия по асептике и антисептике проводятся в условиях стоматологического приема.
2. Перечислите основные и дополнительные методы обследования стоматологического пациента.
3. Организация стоматологической помощи в России, три уровня оказания стоматологической помощи населению.
4. Структура стоматологической поликлиники. Основные задачи деятельности поликлиники. Медицинская документация. Система учета труда врача стоматологического профиля. Диспансеризация в стоматологии.
5. Виды местного обезболивания в челюстно-лицевой хирургии.
6. Общая характеристика препаратов для местного обезболивания, применяемых в хирургической стоматологии. Пути повышения эффективности их действия. Анестетики последнего поколения.
7. Проводниковое обезболивание у резцового отверстия (топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение).
8. Проводниковое обезболивание у подглазничного отверстия – топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
9. Проводниковое обезболивание у большого нёбного отверстия – топографо-анатомическое обоснование, показания к применению, методика проведения, возможные осложнения и их предупреждение.
10. Обоснование применения вазоконстрикторов при местном обезболивании. Дозировка вазоконстрикторов, противопоказания к их применению.
11. Дифференциальная диагностика обострения хронического периодонтита, острого периостита и острого остеомиелита. Патогенез обострения хронической одонтогенной инфекции.
12. Периостит челюстей – этиология, патогенез, патологоанатомическая картина, клиника.
13. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, патогенез, классификация, фазы течения, патологоанатомическая картина, клиника, диагностика, принципы лечения.
14. Хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей. Этиология, клиника, осложнения, лечение. Патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, исходы и осложнения, реабилитация.
15. Флегмона подчелюстного треугольника. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
16. Абсцесс и флегмона языка. Флегмона дна полости рта. Пути проникновения инфекции, клиника, диагностика, лечение.
17. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Людвига). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
18. Источники инфицирования при развитии абсцессов и флегмон околочелюстных мягких тканей. Пути распространения инфекции.
19. Принципы планирования медикаментозной терапии у больных с острой одонтогенной инфекцией с учётом типа реактивности организма, тяжести течения и стадии заболевания, локализации воспалительного процесса. Экспертиза.

20. Лимфадениты челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Деонтология, врачебная тактика.
21. Одонтогенная подкожная гранулёма лица. Клиника, диагностика, лечение.
22. Фурункул и карбункул – клиника, лечение, предупреждение возможных осложнений.
23. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, клиника, лечение.
24. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит – этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Патологические изменения слизистой оболочки рта.
26. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта
27. Предраковые заболевания
28. Болезни слюнных желез: Воспалительные процессы, слюнно-каменная болезнь, сиалозы, опухоли (по патологии доброкачественные и злокачественные), патологические изменения связанные с нарушением роста и развития.
29. Классификация заболеваний ВНЧС. Этиология, патогенез, лечение больных с дисфункцией ВНЧС.
30. Воспалительные заболевания ВНЧС и их этиология
31. Характерная рентгенологическая картина при ревматоидном артрите ВНЧС. Типичная рентгенологическая картина при артрозе ВНЧС.
32. Особенности этапов удаления зубов в области верхней и нижней челюсти. Инструментарий для проведения операции удаления зуба.
33. Особенности удаления зубов: резцов и клыков на верхней челюсти, премоляров на верхней челюсти, моляров на верхней челюсти, корней зубов на верхней челюсти.
34. Особенности удаления зубов: резцов и клыков на верхней челюсти, премоляров на верхней челюсти, моляров на верхней челюсти, корней зубов на нижней челюсти
35. Особенности проведения операции удаления зуба с полный или частичной ретенцией, дистопией.
36. Неврит лицевого нерва. Этиология, диагностика, клиника, лечение.
37. Поражение лицевого нерва. Парез и паралич мимической мускулатуры. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика). Невралгия ветвей тройничного нерва, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
38. Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение.
39. Травматические повреждения мягких тканей лица: классификация, особенности клинического течения.
40. Вывихи, переломы зубов, перелом альвеолярного отростка: классификация, клиника, диагностика, лечение.
41. Травматические повреждения в области нижней и верхней челюсти: классификация, механизм, клиника, диагностика, лечение.
42. Понятие о направленной тканевой регенерации (НТР). Использование резорбируемых и нерезорбируемых мембран. Использование препаратов плазмы крови PRP, PRF, PRGF.
43. Нарушение процессов регенерации костной ткани, ложный сустав: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.
44. Доброкачественные остеогенные и неостеогенные опухоли и опухолеподобные образования костей лицевого скелета. Клиника, диагностика и лечение.
45. Классификация злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
46. Предраковые заболевания кожи лица, красной каймы губы, слизистой оболочки полости рта: классификация, этиология, гистогенез, диагностика, лечение, профилактика, принципы и методы диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями.
47. Классификация операции синус–лифтинг. Особенности заживления слизистой дна верхнечелюстной пазухи после операции синус–лифтинг. Осложнения во время операции синус–лифтинг и методы их устранения.

48. Методики забора аутогенного трансплантата. Планирование оперативного вмешательства. Донорские области для забора аутогенного трансплантата полости рта.
49. Имплантационные материалы (понятие о биохимической и биомеханической совместимости материалов, особенности тканевой интеграции в зависимости от свойств материала, классификация имплантационных материалов и др.).
50. Хирургический инструментарий применяемый при установки дентальных имплантатов и при реконструктивных вмешательствах ЧЛО.
51. Определение хирургических шаблонов. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления.
52. Особенности организации процесса имплантологического лечения пациентов с дефектами зубных рядов.
53. Современные костнопластические материалы, используемые в дентальной имплантологии
54. Диагностика и планирование дентальной имплантации. Инструментарий, медикаментозное периоперационное сопровождение.
55. Хирургические методики дентальной имплантации.
56. Этапы формирования имплантационного ложа. Установка дентального имплантата с получением первичной стабилизации, фиксация винта заглушки.
57. Виды имплантатов и особенности различных имплантационных систем.
58. Одномоментная и двухэтапная методики операции дентальной имплантации.
59. Проводниковая анестезия на верхней и нижней челюсти внутриротовыми и внеротовыми методами
60. Операция дентальной имплантации. Тактика выбора имплантационной системы.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Подбор инструментов и медикаментов для анестезии и проведение обезболивания при операции удаления зубов на верхней и нижней челюстях.
2. Операции цистоэктомии, цистотомии при кистозноподобных состояних в области верхней и нижней челюсти. Ретенционная киста малых слюнных желез области полости рта.
3. Хирургическое лечение острого и хронического периодонтита. Резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция, реплантация
4. Техника проведения операции удаления зубов и корней на нижней и верхней челюстях
5. Техника выполнения различных видов инфильтрационного и проводникового обезболивания
6. Хирургическое лечение заболеваний парадонта
7. Удаление доброкачественных новообразований слизистой полости рта
8. Проведение аппликационного обезболивания. Проведение инфильтрационного обезболивания.
9. Методика интралигаментарной анестезии.
10. Проводниковая анестезия на верхней и нижней челюсти внутриротовыми и внеротовыми методами.
11. Методы внутриротовой анестезии нижнего альвеолярного нерва при свободном открывании рта.
12. Проводниковая анестезия основных стволов верхне- и нижнечелюстного нервов.
13. Операция удаления зуба: при помощи щипцов, при помощи элеваторов, атравматичное удаление многокорневых зубов на нижней и верхней челюсти.
8. Операция удаления сломанного корня зуба.
9. Операция удаления ретенированного зуба.
10. Операция пластика ороантрального соустья.

11. Операция гингивоэктомии при перикоронарите.
12. Операция альвеолэктомии в области удаленного зуба.
13. Открытый и закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта.
14. Гингивотомия и гингивэктомия.
15. Френулотомия и френулоэктомия.
16. Гингивоостеопластика при увеличении клинической коронки зуба.
17. Классификация эпулиса. Выбор методики удаления.
18. Местные способы остановки луночковых кровотечений.
19. Операция удаления доброкачественных новообразований полости рта (ретенционные, радикулярные, фолликулярные кисты).
20. Операция периостотомии.
21. Операция секвестрэктомии (внутриротовым доступом, внеротовым доступом).
22. Вскрытие абсцессов и флегмон внутриротовыми доступами.
23. Вскрытие абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи внеротовыми.
24. Операция удаления внутрикостных доброкачественных новообразований.
25. Взятие материала для цитологического исследования.
26. Рассечение протока слюнной железы.
27. Зондирование протоков слюнных желез.
28. Введение лекарственных и рентгенконтрастных веществ в протоки слюнных желез.
29. Удаление конкрементов из протоков слюнных желез.
30. Удаление конкрементов из верхнего полюса поднижнечелюстной железы внутриротовым доступом по Васильеву.
31. Новокаиновая блокада слюнных желез.
37. Удаление подъязычной слюнной железы.
38. Удаление поднижнечелюстной слюнной железы.
39. Склерозирующая терапия неполных слюнных свищей.
40. Оперативное закрытие неполных слюнных свищей.
41. Вправление вывиха нижней челюсти.
42. Первичная хирургическая обработка ран лица (непроникающих ран, сопровождающихся повреждением паренхимы слюнных желез, сопровождающихся повреждением подлежащих костных структур, проникающих в полость рта, проникающих в придаточные пазухи носа, огнестрельных).
43. Первично-отсроченная обработка ран лица.
44. Ранняя и поздняя вторичная обработка ран лица.
45. Фиксация зубов лигатурной проволокой.
46. Фиксация зубов быстротвердеющей пластмассой.
47. Временная фиксация челюстей при переломах.
48. Фиксация челюстей при переломах назубными проволочными шинами (с использованием моношины-скобы, с использованием двучелюстных шин с зацепными петлями, с использованием шин с распорочным изгибом, с использованием стандартных шин).
49. Остановка кровотечений при ранах челюстно-лицевой области и шеи.
50. Перевязка лицевой артерии.
51. Передняя и задняя носовая тампонада носа.
52. Аугментация альвеолярного гребня с использованием аллотрансплантатов.
53. Пункция верхнечелюстной пазухи.
54. Гайморотомия по Колдуэлл-Люку.
55. Пункции лимфатических узлов и новообразований челюстно-лицевой области и шеи.
56. Удаление кистозных новообразований мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.
57. Удаление доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области и шеи (атером, липом, папиллом).

58. Вестибулопластика. Показания, методы: преимущества и недостатки.
59. Обследование больных с подозрением на наличие онкологических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи (включая осмотр полости рта, ЛОР-органов, регионарных лимфатических узлов).
61. Вертикальная и горизонтальная аугментация альвеолярного отростка челюстей. Методы, показания, осложнения.
62. Дентальная имплантация. Классификация, методы. Тактика выбора имплантационной системы.
63. Операция синус-лифтинга. Методы, показания, осложнения.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент У., 32 лет, обратился с жалобами на припухлость в правой околоушножевательной области.

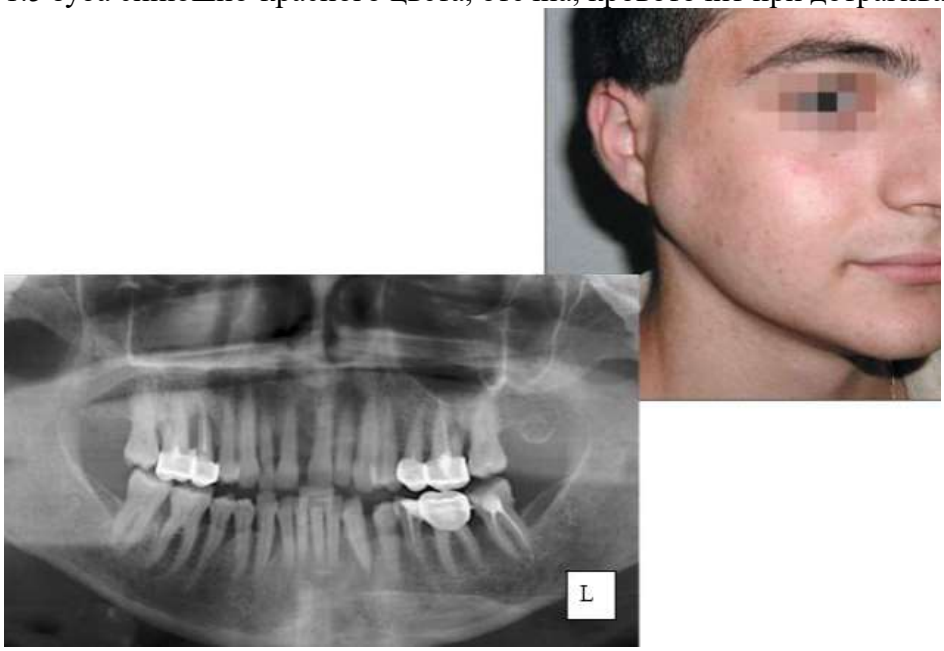
Анамнез развития заболевания. Причину заболевания назвать не может. Заболел 1 месяц назад. Боли, повышения температуры тела не отмечал. Три года назад проведено протезирование искусственными коронками.

Анамнез жизни. Болеет ОРЗ 1-2 раза в год. Курит. Перенес пневмонию, хронический бронхит. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергии нет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°С.

В правой околоушно-жевательной области определяется смещаемый, болезненный при пальпации лимфатический узел округлой формы, размерами 2,0х2,0 см.

Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. При пальпации околоушные слюнные железы безболезненные, мягкоэластической консистенции. Из устьев стеноновых протоков слюнных желез выделяется прозрачная слюна. Коронковые части 1.5, 1.6 зубов восстановлены искусственными коронками. Перкуссия 1.5 зуба болезненная, 1.6 зуба безболезненная. Подвижность 1,5 зуба II степени. 1.6 зуб устойчив. Краевая десна вокруг 1.5 зуба синюшно-красного цвета, отечна, кровоточит при дотрагивании.



1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможные причины развития заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Составьте план дополнительных исследований.
5. Назовите снимок, опишите 1.5 зуб.

6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Составьте план лечения.

Задача 2

Пациент М., 22 лет, обратился с жалобами на отек, боль верхней губы справа, повышение температуры тела, слабость.

Анамнез развития заболевания. Давность заболевания три дня. Описанные жалобы появились после переохлаждения.

Анамнез жизни. Гепатит, ВИЧ, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. Страдает хроническим гастритом, холециститом. Отмечает частые ангины в течение года.

Объективно. АД 122/70 мм рт. ст. ЧСС 67 уд/мин. Температура тела 38,5°С. Кожа физиологической окраски. На коже верхней губы справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, плотный, размерами 1,5х1,5 см, в центре которого определяется пустула. Небольшой перифокальный отек кожи верхней губы. Поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен, подвижен, болезненный при пальпации. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. На зубах мягкий зубной налет.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Опишите панорамную томограмму зубочелюстной системы.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения.





Задача 3

Пациент 27 лет обратился в клинику с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, повышение температуры тела до 37,7°С

Анамнез: не отягощен.

Объективно: конфигурация лица не изменена, открывание рта свободно. При пальпации региональных лимфоузлов справа отмечается увеличение и болезненность.

В полости рта: отмечается частичная ретенция зуба 4.8, дистопия в щечную сторону. Слизистая оболочка ретромолярной области гиперимирована, при пальпации без отделяемого.

Рентгенологически: отмечается дистопия зуба 4.8, мезиальный наклон.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Опишите тактику лечения
3. Особенности проведения операции
4. Медикаментозное назначение

Задача 4

Больной Д., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие боли и припухлость околоушно-жевательной области слева. Болен 3 года. При осмотре: припухлость левой околоушно-жевательной области, при пальпации – плотный, бугристый, болезненный инфильтрат. В полости рта: из протока левой околоушной слюнной железывыделяется вязкий, мутный секрет. На сиалограмме: околоушный проток расширен до 4 мм, прерывист; протоки I и II порядков прерывисты, определяются не во всех отделах; протоки III-V порядков не видны; имеется множество полостей с четкими контурами, диаметром около 5 мм. УЗИ: диффузное понижение эхогенности паренхимы околоушной слюнной железы, выводной проток расширен, его стенки утолщены и уплотнены. Контрастная сиалография: околоушный проток – до 4 мм в диаметре, прерывист, протоки I и II порядков прерывисты, определяются не во всех отделах; паренхима не просматривается, видно множество полостей, заполненных контрастом. Цитологическое исследование секрета околоушной железы: лимфоциты, клетки плоского эпителия, нейтрофилы, клетки цилиндрического эпителия.

1. Какое заболевание имело место у больного?
2. Какая это разновидность данного заболевания?
3. Опишите возможную микроскопическую картину данного заболевания.
4. Укажите возможные осложнения и исходы данного заболевания.

Задача 5

Пациент Ш., 27 лет, предъявляет жалобы на боль в нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей щечной области справа, повышение температуры тела до 37°С.

Анамнез развития заболевания. Болен два дня, когда после переохлаждения появилась боль в нижнем зубе справа. На следующий день появился отек мягких тканей щечной области и повышение температуры тела.

Анамнез жизни: аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. С подросткового возраста отмечает обострения хронического тонзиллита. Обследовался по поводу симптоматической гипертензии, повышение АД до 130/90 мм рт. ст.

Объективно. Общее состояние больного удовлетворительное. При осмотре лица кожа физиологической окраски. Мягкие ткани щечной областей справа отечны, в складку собираются. Поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен до 2 см в диаметре, болезненный при пальпации. Открывание рта не нарушено.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти справа отечная, гиперемированная, болезненная при пальпации на протяжении от 4.4 до 4.8 зубов с вестибулярной стороны. Коронковая часть 4.6 зуба восстановлена пломбой, серого цвета. Зуб устойчив. перкуссия безболезненная.

Частично разрушены коронки 2.4, 2.5 зубов, перкуссия этих зубов слабо болезненная. На слизистой альвеолярного отростка в проекции верхушки 2.4 зуба имеется свищевой ход.

1.Обоснуйте и поставьте предварительный диагноз.

2.Объясните возможную причину заболевания.

3.Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболевания.

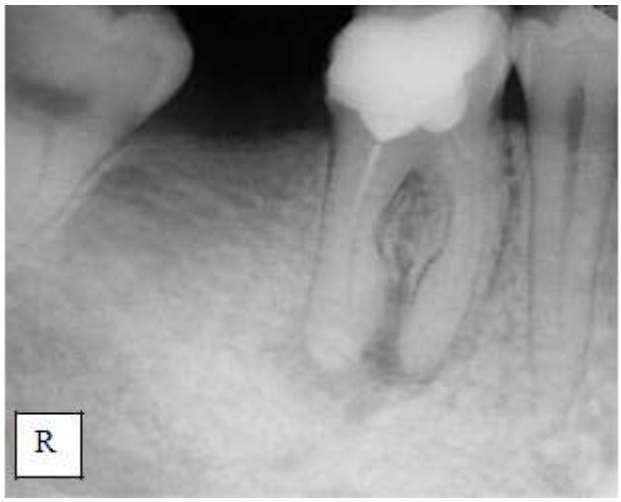
4.Какие дополнительные методы обследования необходимы ля постановки клинического диагноза?

5.Назовите снимок, опишите 4.6 зуб.

6.Составьте план лечения.

7.Какие осложнения может вызвать данное заболевание?





Задача 6

Больная Н. 62 лет обратилась с жалобами на резкую боль во рту, затрудненные прием пищи, чистку зубов, язвы в полости рта. Больна около 2 мес, когда появилась язва на языке. Через некоторое время подобные изменения появились на дне полости рта (под языком), слизистой оболочке щеки. Лечилась в стоматологической поликлинике — полоскания раствором перманганата калия, аппликации облепихового масла, масляного раствора витамина А. Улучшения не отметила, боль сохранялась. Заживления язв не наступало. В анамнезе ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь II—III стадии, наблюдается у терапевта. В течение последнего года состояние резко ухудшилось, появились одышка, слабость, отеки ног, артериальное давление в пределах 180/90—200/100 мм рт.ст. При осмотре отмечается цианоз губ. В полости рта обильные отложения мягкого зубного налета и камня, кариозные полости, дефекты зуб ных рядов, гиперемия с цианотическим оттенком свободной и прикрепленной десны, глубина карманов 3—6 мм. На дорсальной поверхности языка в центре неглубокая язва размером 1х1,5 см, покрытая сероватобелым налетом. Язва резко болезненна, цвет окружающей слизистой оболочки не изменен.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите порядок обследования и лечения.

Задача 7

Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на щелкание в области ВНЧС и при широком открывании рта иногда возникающей боли. Начало заболевания пациентка связывает с травмой, после которой спустя два года появилась чрезмерная подвижность нижней челюсти. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется уплощение суставных бугорков височных костей, а суставные ямки височных костей слабо выражены по глубине. Конфигурация лица не изменена. Отмечается чрезмерная подвижность нижней челюсти.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Предложите план лечения.

Задача 8

Пациент А., 18 лет, обратился с жалобами на припухлость на боковой поверхности шеи слева, общую слабость, потерю аппетита.

Анамнез развития заболевания. При профилактическом осмотре терапевтом обнаружены увеличенные шейные лимфатические узлы слева. Пациент ранее не обследовался.

Анамнез жизни. Три месяца назад перенес пневмонию. ВИЧ, гепатит отрицает. Страдает хроническим тонзиллитом.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Вдоль заднего края кивательной мышцы и в поднижнечелюстной области слева пальпируются болезненные. Лимфатические узлы плотной консистенции с бугристой поверхностью, четкими границами, размерами от 1 см до 2,5 см в диаметре. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. На зубах мягкий зубной налет.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Назовите снимок, опишите 3.6 зуб.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения





Задача 9

Пациентка Т., 24 лет, обратилась с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области слева, головную боль.

Анамнез развития заболевания. Данные жалобы беспокоят пациентку в течение года. Припухлость в поднижнечелюстной области слева медленно увеличивалась в размере. Несколько дней назад образовался свищевой ход.

Анамнез жизни. В детстве и подростковом возрасте проводилось лечение и диспансерное наблюдение по поводу заболевания опорно-двигательного аппарата: был рекомендован постельный режим, ношение гипсовых лангет на позвоночник и нижние конечности, антибактериальные препараты. Часто отмечает обострение хронического бронхита, ангины. Гепатит, ВИЧ отрицает. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева определяются два лимфатических узла размером до 4,0 см и до 1 см в диаметре, плотной консистенции, с четкими контурами, ограниченно подвижные, с мелкобугристой поверхностью. Над лимфатическим узлом точечное устье свища с выделением творожистых масс. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Назовите снимок, опишите зуб 3.6.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения.





Задача 10

Пациент Н., 33 лет, обратился с жалобами на наличие язвы нижней губы, припухлость на боковой поверхности шеи слева.

Анамнез развития заболевания. Язва появилась 10 дней назад, к врачу не обращался. Припухлость обнаружил месяц назад, которая медленно увеличивалась в размере, без болевых ощущений.

Анамнез жизни. ВИЧ-инфекцию отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит А, частые простудные заболевания.

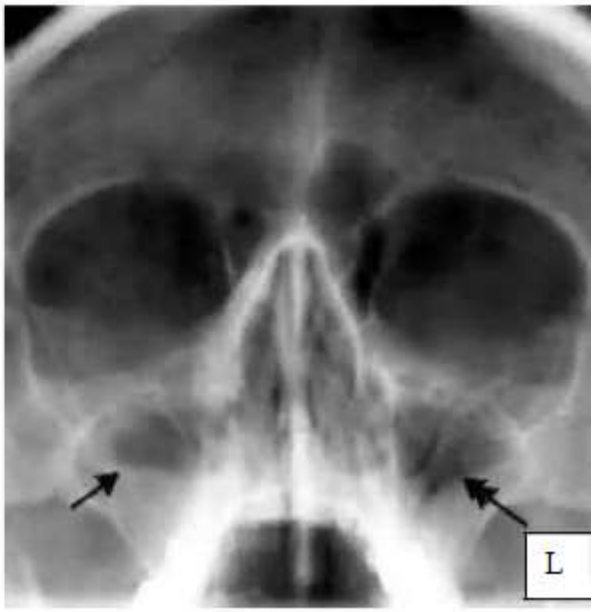
Объективно**.** Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°С. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. В боковом отделе шеи слева вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяются увеличенные лимфатические узлы до 3,0 см в диаметре, плотные, безболезненные при пальпации, не спаянные между собой и окружающими тканями. Открывание рта свободное.

На слизистой нижней губы справа определяется язва неправильной формы, края инфильтрированы, гиперемированы, дно язвы покрыто фибринозным налетом.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Назовите снимок, опишите изменения, указанные стрелочками.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения.





Задача 11

Пациентка Э., 52 года, жалуется на жгучую боль и отек в правой половине лица, на припухлость верхней губы.

Анамнез развития заболевания. Заболела четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки». Боль в губе усилилась и больной обратилась к врачу на 4-й день заболевания.

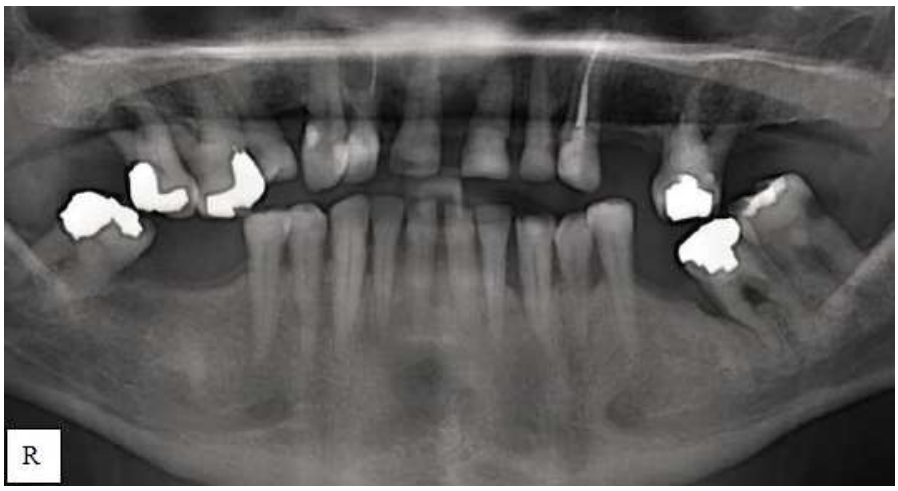
Анамнез жизни. Аллергическая реакция на новокаин по типу отека Квинке. Перенесенные заболевания: герпес, корь.

Объективно. Общее состояние больного средней тяжести. Температура тела 39,2°С. Больной заторможен.

Отмечается отек верхнего и нижнего век справа, подглазничной, щечной областей справа. Птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется плотный воспалительный инфильтрат до 3,0 см в диаметре. Кожа над ним напряжена, гиперемирована. В центре инфильтрата определяются четыре пустулы с некротическими стержнями в центре. Поднижнечелюстное лимфатический узел справа увеличен, болезненный при пальпации.

Слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. На зубах мягкий зубной налет.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможные причины заболевания
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения клинического диагноза?
4. Назовите снимок, опишите состояние зубов.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболевания.
6. Составьте план лечения.
7. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.



Задача 12

Пациентка С., 28 лет, обратилась с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа.

Анамнез развития заболевания. Припухлость пациентка обнаружила случайно, полгода назад. За это время больная занималась самолечением (спиртовые компрессы). Однако припухлость то увеличивалась в размере, то уменьшалась.

Анамнез жизни. Курит. Соматически считает себя здоровой. ВИЧ, гепатит, туберкулез, сифилис отрицает. Аллергии нет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа определяется увеличенный, слегка болезненный при пальпации, плотный, смещаемый лимфатический узел размерами 2,0х2,5 см. Из вартонова протока справа выделяется прозрачная слюна. Поднижнечелюстная слюнная железа безболезненная при пальпации, мягкоэластической консистенции. Открывание рта свободное.

Коронковая часть 4.6 зуба разрушена, серого цвета. Перкуссия безболезненная.

1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2.Объясните возможные причины развития заболевания.
3.Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний
4.Составьте план дополнительных исследований.
5.Назовите снимок, опишите патологические изменения.
6.Проведите дифференциальный диагноз.
7.Составьте план лечения.





Задача 13

У пациентки М., 20 лет, появились неприятные болезненные ощущения при накусывании на 1.1 зуб.

Анамнез развития заболевания. 1.1 зуб два года назад лечен по поводу хронического гангренозного пульпита. Боль беспокоит около недели. Постепенно боль притупилась и появился свищ на слизистой оболочке. Температура тела не повышалась.

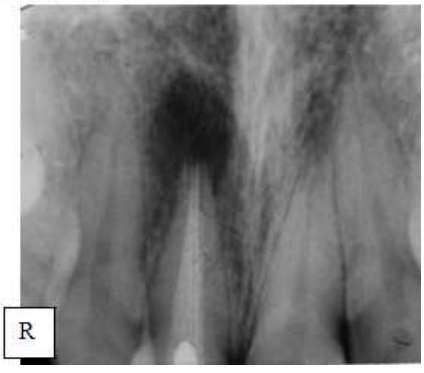
Анамнез жизни: пациентка 2-3 раза в год лечится по поводу ОРЗ. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Отмечает наличие хронического гастрита. Курит с 18 лет.

Объективно. При внешнем осмотре изменения конфигурации лица нет. Кожа физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируется. Открывание рта свободное, безболезненное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Пломба на небной поверхности 1.1 зуба в цвете не изменена, с ровной гладкой поверхностью. Перкуссия зуба безболезненная. Зуб устойчив. В проекции верхушки корня 1.1 зуба свищ с выбухающими грануляциями.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните возможную причину заболевания.
3. Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
5. Назовите снимок, опишите 1.1 зуб.
6. Составьте план лечения.



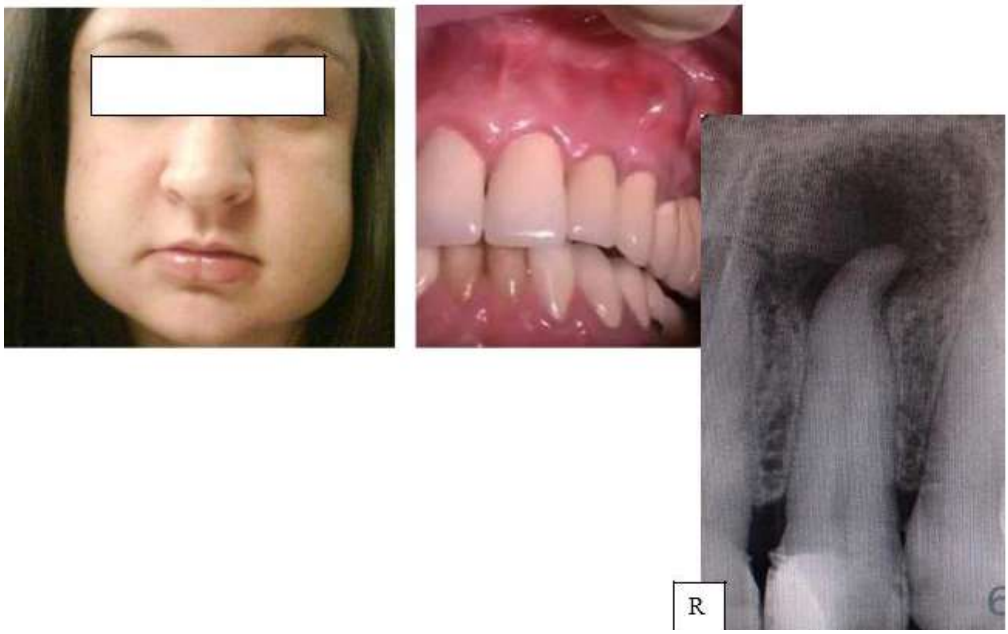


Задача 14

В поликлинику на прием к врачу-стоматологу обратилась пациентка Р., 22 лет, с жалобами на постоянную, ноющую боль в верхней челюсти слева, которая иррадиирует в ухо, висок.

Анамнез развития заболевания. Больна четыре дня, когда появилась боль в ранее леченном 2.4 зубе. На второй день заболевания боль приобрела пульсирующий характер,

при этом боль при накусывании на 2.4 зуб стала слабее. Ночь спала с перерывами. Температура тела 37,7°С.
Анамнез жизни: более 5 лет наблюдается у терапевта по поводу хронического гастрита. Аллергоанамнез спокойный.
Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 78 ударов/мин.
При осмотре лица определяется отечность и сглаженность носогубной складки слева, отек мягких тканей подглазничной области слева. Кожа физиологической окраски. Открывание рта свободное.
Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти слева гиперемирована, отечная, болезненная при пальпации от 2.3 до 3.5 зуба с вестибулярной стороны. Перкуссия 2.4 зуба болезненная. Зубы неподвижны.
1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2.Объясните возможную причину заболевания
3.Объясните патогенез одонтогенных воспалительных заболевания.
4.Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5.Назовите снимок, опишите 2.4 зуб.
6.Составьте план лечения.



Задача 15

Больной, 55лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, 9 боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первым приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды.

Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.
1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 16

Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Конфигурация лица не изменена, рот открывается свободно. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия полости рта слева гиперемирована, 26 зуб - под пломбой, перкуссия слабо безболезненна. Пальпация верхнего свода преддверия полости рта несколько болезненна, определяется деформация альвеолярного отростка верхней челюсти в области 26,27,28 зубов за счет вздутия. У больной на нижней губе имеется округлой формы образование, синюшного цвета, размером 0,3х0,5 см, безболезненное, при надавливании исчезает, а затем приобретает прежние размеры.
1. Какое заболевание вы можете предположить;
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза;
3. Имеет ли значение для составления плана лечения наличие образования на нижней губе;
4. Показания для удаления составной одонтомы;

Задача 17

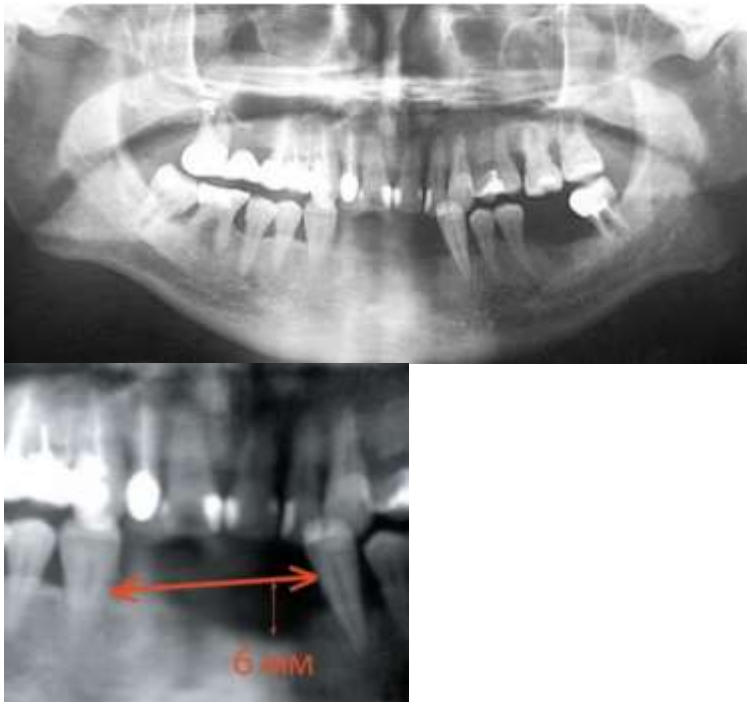
Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие образования на кончике языка, затруднение жевания, периодически появляющиеся явления кровоточивости. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы не увеличены. При осмотре полости рта определяется бугристое сине-багрового цвета образование на кончике языка, мягкой консистенции, безболезненное, в глубине которой пальпируются небольшие плотные включения, предположительно ангиолит, размеры новообразования 3,0х5,0 см, явлений кровоточивости не отмечаются.
1. Проводите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.
4. Какие дополнительные методы лечения применимы?
5. Укажите клинические разновидности лимфангиом.

Задача 18

Больной, 23 лет, обратился с жалобами на периодически появляющиеся ноющие боли в области нижней челюсти справа. Конфигурация лица не изменена, рот открывает свободно, слизистая оболочка полости рта без изменений, умеренно увлажнена. Зубы на нижней челюсти интактные, зуб 4.8- отсутствует, со слов больного - не прорезался. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти справа определяется ретенированный зуб 4.8, вокруг корней которого и несколько кзади отмечается участок разрежения костной ткани нижней челюсти справа, округлой формы, размером 1,0х1,0 см, с четкими контурами, связанный с коронковой частью ретенированного зуба 4.8.
1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения
3. На основании каких данных ставится окончательный диагноз мягкая одонтома.
4. К какой группе относится мягкая одонтома.
5. Патогенез одонтогенной фибромы.

Задача 19

Пациент Б., 41 год, обратился с жалобами на дефекты зубного ряда нижней челюсти. В анамнезе травма нижней челюсти 5 лет назад, в результате которой пациент потерял 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 зубы с участком костной ткани подбородочного отдела альвеолярной части нижней челюсти. При осмотре полости рта в области дефекта подбородочного отдела визуализируется снижение высоты альвеолярной части нижней челюсти при достаточной ширине. Визуально ширина альвеолярной части нижней челюсти более 5 мм. На представленной пациентом ОПТГ определяется два включенных дефекта зубного ряда НЧ: в области подбородочного отдела с вертикальной атрофией костной ткани и в области бокового отдела слева. Параметры альвеолярной части нижней челюсти в области включенного дефекта бокового отдела слева вполне достаточны для установки дентальных имплантатов.



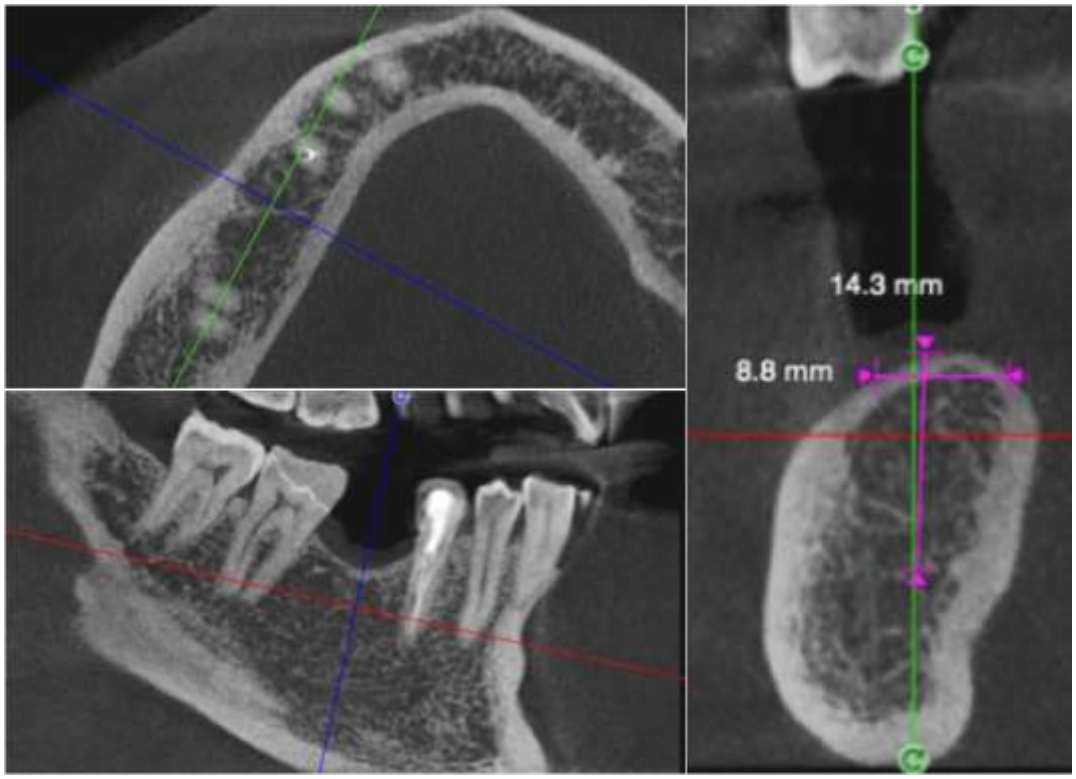
1. Какой вид костной пластики показан в данной ситуации
2. Какой биотип кости у данного пациента
3. Через какой промежуток времени после костной пластики показана дентальная имплантация
4. Через какой промежуток времени после дентальной имплантации показана установка формирователя десны

Задача 20

Пациент А. 42 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие зуба 4.6 более 2-х лет.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергия на новокаин. ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает.

В полости рта: гигиена полости рта удовлетворительная, отсутствие зуба 4.6, незначительный мезиальный наклон зуба 4.7.



1.Поставьте диагноз
2.Составьте комплексный план лечения
3.Подберите имплантат исходя из параметров альвеолярного гребня нижней челюсти.
4.Перечислите возможные местные осложнения операции дентальной имплантации.

Задача 21

Пациент П. 50 лет жалуется на отсутствие зубов на верхней челюсти слева
В анамнезе удаление зубов 2.6, 2.7 полгода назад
Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает.
При осмотре: отмечается отсутствие зубов 2.6, 2.7
Rg: Отмечается дисфункциональная атрофия альвеолярного гребня в проекции зубов 2.6, 2.7, высота до границы верхнечелюстного синуса около 6 мм.



1. Поставьте диагноз.
2. Достаточен ли объем костной ткани для операции дентальной имплантации в проекции отсутствующего зуба 2.6?
3. Какой тип операции синус лифтинга можно предложить в данном клиническом случае?
4. Опишите протокол операции синус лифтинг.
5. Перечислите возможные местные и общие осложнения.

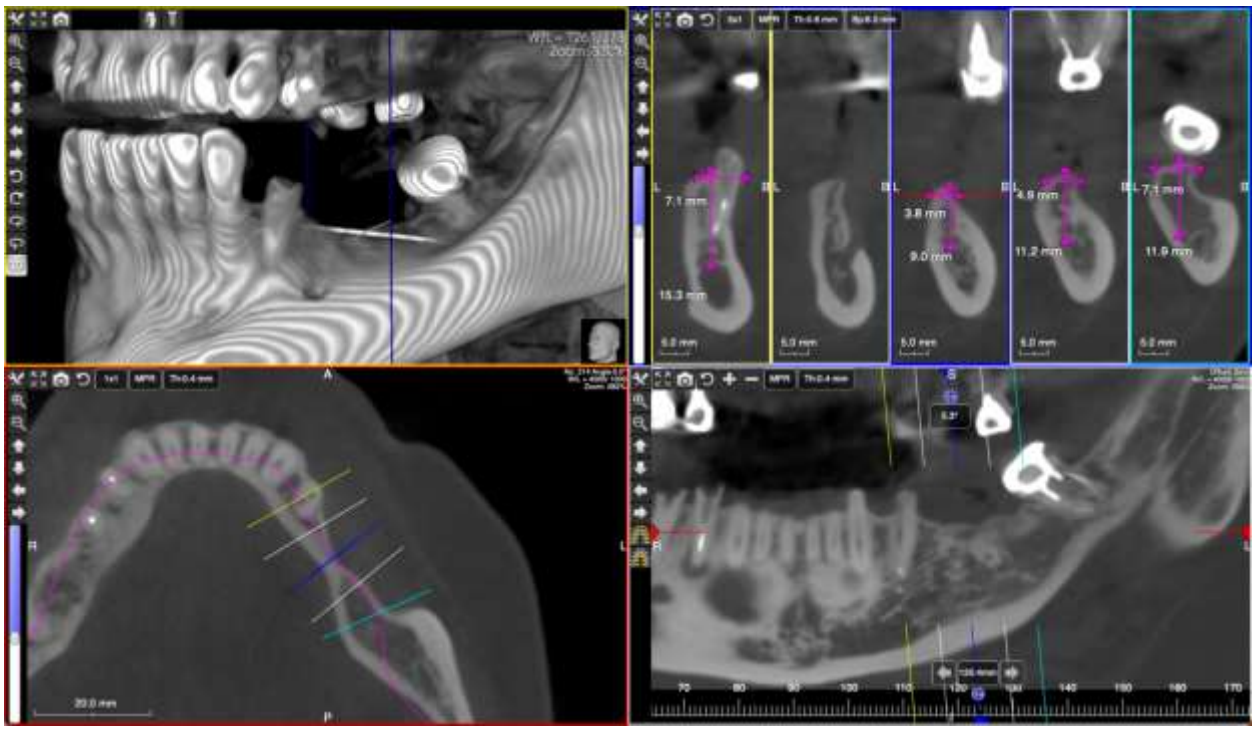
Задача 22

Пациентка И. 46 лет обратилась в клинику с жалобами на разрушение и отсутствие зубов на нижней челюсти слева, затрудненное пережевывание пищи. После консультации стоматолога-ортопеда, пациентка направлена в кабинет стоматолога-хирурга для удаления зубов 3.4, 3.8, дентальной имплантации в третьем сегменте.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Сахарный диабет 2-го типа.

В полости рта: Гигиена полости рта неудовлетворительная, зуб 3.4 полностью разрушен, зуб 3.8 под металлокерамической коронкой, наклонен мезиально, зубы 3.5, 3.6, 3.7 отсутствуют.





1. Какие дополнительные мероприятия необходимо провести перед хирургическим вмешательством?
2. Составьте план хирургического имплантологического лечения пациента.
3. Обоснуйте последовательность хирургических этапов.
4. Назовите и опишите возможные методы костной аугментации для увеличения ширины альвеолярного гребня.

Задача 23

Мужчина 34 лет обратился к врачу стоматологу-хирургу для решения вопроса по установке дентальных имплантатов в области отсутствующих зубов. На руках ОПТГ. При внешнем осмотре лицо без патологических симптомов. Чувствительность одинакова с обеих сторон. Пальпация нижней челюсти не выявила ее деформаций. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объёме, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Отсутствие зубов 1.4, 3.6, 4.7, отмечаются разрушенные Rx зубов 1.6, 1.8.



1. Опишите представленную ОПТГ.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие осложнения возможны при дальнейшем течении этого заболевания?

4. Какие дополнительные методы обследования и подготовки целесообразно провести на догоспитальном этапе?
5. Предложите метод лечения выявленной патологии.

Задача 24

Пациентка Т, 35 лет обратилась в клинику с жалобами на припухлость десны, наличие свищевого хода в области переднего зуба на верхней челюсти, гнойное отделяемое из него. После консультации врача-стоматолога-терапевта и врача-стоматолога-ортопеда, направлена в кабинет врача-стоматолога-хирурга для удаления зуба 2.2 с последующей дентальной имплантацией.

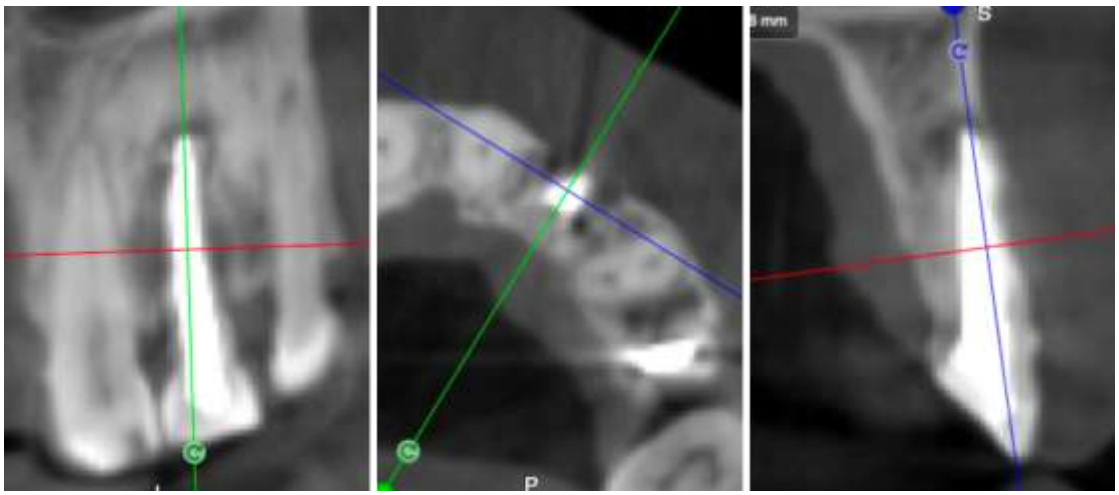
Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает, считает себя практически здоровой.

Общее состояние удовлетворительное

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: Вестибулярная слизистая оболочка в области зуба 2.2 гиперемирована, отечна. В проекции мукогингивальной границы визуализируется свищевой ход с гнойным отделяемым при пальпации. Зуб 2.2 частично восстановлен пломбировочным материалом, патологически подвижен I степени.





1. Опишите представленную КЛКТ.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Составьте план хирургического, имплантологического лечения
4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта.

Задача 25

Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 11 и 21 зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются.
Рентгенограмма (рисунок).



Рентгенограмма
1.Поставьте диагноз
2.План обследования
3.План лечения

Практические навыки

1. Обследовать пациента с потерей зубов и собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов, провести опрос больного

(собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию), использовать для постановки диагноза лабораторные и лучевые методы исследования; − поставить диагноз, Планировать хирургическое лечение пациента с потерей зубов;

2. Провести клиническое обследование пациента: внешний осмотр, осмотр полости рта, осмотр зубов (определять подвижность зубов, зондирование кариозных полостей, перкуторную пробу);
3. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
4. Выбрать метод дентальной имплантации, учитывая показания и противопоказания;
5. Провести проводниковую анестезию на верхней и нижней челюсти внутриротовыми и внеротовыми методами
6. Провести внутриротовую анестезии нижнего альвеолярного нерва при свободном открывании рта.
7. Провести проводниковую анестезию основных стволов верхне- и нижнечелюстного нервов
8. Провести операцию дентальной имплантации. Определить тактику выбора имплантационной системы.
9. Произвести разрез слизистой, определить и сформировать тип слизистого лоскута. Типы лоскутов: слизисто-надкостничный, расщепленный.
10. Этапы формирования имплантационного ложа. Установка дентального имплантата с получением первичной стабилизации, фиксация винта заглушки.
11. Мобилизировать слизистый лоскут и правильно наложить швы (до соприкосновения краев раны, ушить простыми узловыми швами при помощи иглодержателя, шовного материала и ножниц).
12. Установить ФДМ по достижению интеграции дентального имплантата.
13. Провести аугментацию объема мягких тканей в области имплантата. Определить вид десневого трансплантата (ССТ, СДТ, ДСДТ, ратированный небный трансплантат на ножке). Их преимущества, показания к применению, донорские зоны в полости рта.
14. Определить показания к проведению операции синус-лифтинга. Типы операций синус-лифтинга (закрытый и открытый (латеральный)).
15. Определить методы диагностики перед проведением операции синус-лифтинга.
16. Провести операцию открытого синус-лифтинга. Перечислить этапы операции.
17. Провести закрытого открытого синус-лифтинга. Перечислить этапы операции.
18. Определить методы диагностики перед проведением операции аугментации костной ткани в области планируемой дентальной имплантации.
19. Определить методику операции латеральной аугментации. Провести операцию латеральной аугментации в области планируемой дентальной имплантации. Сроки заживления.
20. Определить методику операции вертикальной аугментации. Провести операцию вертикальной аугментации в области планируемой дентальной имплантации. Сроки заживления.