

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» (КБГУ)
Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

«УТВЕРЖДАЮ»

Ученым советом КБГУ

(протокол от 24.08.2023г. № 6)

Председатель Ученого совета КБГУ

_____ **Ю.К. Альтудов**

Основная профессиональная образовательная программа
высшего образования

Специальность

31.08.69 Челюстно – лицевая хирургия

Подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация (степень) выпускника

Врач-челюстно-лицевой хирург

Форма обучения

Очная

Нормативный срок освоения программы:

2 года

Год приема-2023

Нальчик 2023г

Нальчик 2023

ОПОП ВО составлена с учетом Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1118.

Содержание

- 1. Общие положения**
 - 1.1. Нормативные документы для разработки ОПОП
- 2. Общая характеристика ОПОП ВО**
 - 2.1. Цель и задачи ОПОП ВО
 - 2.2. Трудоемкость и срок получения образования по формам обучения
 - 2.3. Сведения о квалификации, присваиваемой выпускникам
- 3. Требования к уровню подготовки, необходимому для освоения ОПОП ВО**
- 4. Характеристика профессиональной деятельности выпускников ОПОП ВО**
 - 4.1. Область профессиональной деятельности выпускников
 - 4.2. Объекты профессиональной деятельности выпускников
 - 4.3. Виды профессиональной деятельности выпускников
 - 4.4. Задачи профессиональной деятельности выпускников
 - 4.5. Обобщенные трудовые функции выпускников в соответствии с профессиональными стандартами
- 5. Требования к результатам освоения ОПОП ВО**
- 6. Требования к структуре ОПОП ВО**
 - 6.1. Структура программы
 - 6.2. Годовой календарный учебный график
 - 6.3. Учебный план
 - 6.4. Рабочие программы учебных дисциплин (модулей) и практик
- 7. Особенности организации образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**
- 8. Требования к условиям реализации программы**
 - 8.1. Общесистемные требования к реализации ОПОП ВО
 - 8.2. Требования к кадровым условиям реализации ОПОП ВО
 - 8.3. Требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению ОПОП ВО
 - 8.4. Требования к финансовым условиям реализации ОПОП ВО
- 9. Нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися ОПОП ВО**
 - 9.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации

- 9.2. Государственная итоговая аттестация
- 10. Другие нормативно-методические документы и материалы, обеспечивающие качество подготовки обучающихся
- 11. Приложения

1. Общие положения

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования программа подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» (далее программа ординатуры), реализуемая в ФГБОУ ВО «КБГУ им. Х.М. Бербекова» представляет собой комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий, форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ дисциплин (модулей), программ практик, иных компонентов, а также оценочных и методических материалов.

1.1. Нормативные документы для разработки ОПОП ВО

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования программа подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» (далее программа ординатуры).

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 23.03.2018) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.10.2013 № 30163).
3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 27.11.2015г. № 1383 (ред. от 15.12.2017) «Об утверждении положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.07.2013г. № 582 «Об утверждении Правил размещения на официальном сайте образовательной организации в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет» и обновления информации об образовательной организации».
6. Порядок применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ, утвержденный приказом от 09.01.2014г. № 2 Министерства образования и науки РФ.

7. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1112
8. Федеральный закон РФ от 21 ноября года N'2 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2011 г. N'2 -541 н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
10. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696)
11. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 августа 2014 г. № 1112 "Об утверждении профессионального стандарта «Врач-челюстно-лицевой хирург».
12. Нормативно-методические документы Министерства образования и науки Российской Федерации.
13. Устав и иные локальные акты КБГУ.

2. Общая характеристика ОПОП ВО по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»

2.1 Цель и задачи ОПОП ВО

Цель - подготовка квалифицированного специалиста врача-челюстно-лицевого хирурга, обладающего системой знаний, умений, владений, навыков и компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в челюстно-лицевой хирургии.

Задачи

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции челюстно-лицевого хирурга, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии челюстно-лицевой хирургии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере челюстно-лицевой хирургии.

4. Подготовить челюстно-лицевого хирурга к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по челюстно-лицевой хирургии и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих челюстно-лицевому хирургу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2.2 Объем и срок получения образования

Обучение по программе ординатуры в КБГУ осуществляется в очной форме обучения.

Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц (далее - з.е.), вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации программы ординатуры с использованием сетевой формы, реализации программы ординатуры по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

Срок получения образования по программе ординатуры:

□ в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года. Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 з.е.;

- при обучении по индивидуальному учебному плану срок устанавливается КБГУ самостоятельно, но не более срока получения образования, установленного для соответствующей формы обучения, при обучении по индивидуальному учебному плану лиц с ограниченными возможностями здоровья организация вправе продлить срок не более чем на один год по сравнению со сроком, установленным для соответствующей формы обучения. Объем программы ординатуры за один учебный год при обучении по индивидуальному учебному плану не может составлять более 75 з.е.

Образовательный процесс по программе ординатуры разделяется на учебные семестры (осенний семестр, весенний семестр). В качестве унифицированной единицы измерения трудоемкости учебной нагрузки обучающегося при указании объема ординатуры и ее

составных частей используется зачетная единица. Зачетная единица для программ ординатуры эквивалента 36 академическим часам (при продолжительности академического часа 45 минут) или 27 астрономическим часам.

В учебном году устанавливаются каникулы общей продолжительностью 10 недель. Срок получения высшего образования по программе ординатуры включает каникулы, предоставляемые по заявлению обучающегося после прохождения итоговой (государственной итоговой) аттестации.

Образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

2.3. Сведения о квалификации, присваиваемой выпускникам

Выпускнику присваивается квалификация — врач-челюстно-лицевой хирург.

3. Требования к уровню подготовки, необходимому для освоения ОПОП ВО

К освоению программы по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» допускаются лица, имеющие высшее медицинское образование по специальности «Стоматология», «Лечебное дело», «Педиатрия».

4. Характеристика профессиональной деятельности выпускников ОПОП ВО

4.1. Область профессиональной деятельности выпускников

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

4.2. Объекты профессиональной деятельности в соответствии выпускников, освоивших программу ординатуры, с ФГОС являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые); - население;
- совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании стоматологической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

4.3. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры в соответствии с ФГОС ВО:

- профилактическая;
- диагностическая; лечебная;
- реабилитационная; психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

4.4. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья по нозологическим группам, относящихся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия» (взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения;
- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медикосоциальных факторов в развитии профилактики и лечения заболеваний относящихся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия», проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарнопросветительскую работу по гигиеническим вопросам; **диагностическая деятельность:**

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области челюстно-лицевой хирургии;

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики группы заболеваний и патологических процессов по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, при которых необходимы челюстно-лицевые операции, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при этих заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе заболеваний, относящихся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия»; **лечебная деятельность:**
- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях, относящихся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия», среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения после челюстно-лицевых операций, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;

- способностью и готовностью назначать больным, относящимся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия», адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным, по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», так и больным с особо опасными инфекциями и неинфекционными заболеваниями, угрожающими жизни человека; **реабилитационная деятельность:** способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации больных после челюстно-лицевых операций (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии; **психолого-педагогическая деятельность:** формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; **организационно-управленческая деятельность:**
 - способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций по профилактике и лечению болезней, относящихся к специальности «Челюстно-лицевая хирургия» ;
 - способностью и готовностью использовать знания организационной структуры лечебных учреждений, где проводят челюстно-лицевые операции, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений по нозологиям, относящимся к специальности «Челюстнолицевая хирургия» проводить оценку эффективности современных медикоорганизационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам с болезнями, относящимися к специальности «Челюстнолицевая хирургия».

4.5. Обобщенные трудовые функции, входящие в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)

Профессиональный стандарт «Врач-челюстно-лицевой хирург», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1112

Таблица 1. Обобщенные трудовые функции выпускников

Обобщенные трудовые функции	Трудовые функции
-----------------------------	------------------

код	наименование	Уровень квалифи- кации	наименование	Код	Уровень квалификации
А	Оказание медицинской помощи при заболеваниях челюстнолицевой области и полости рта	7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	А/01.7	7
			Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения	А/02.7	7
			Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ	А/03.7	7
			Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения	А/04.7	7
			Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни	А/05.7	7
			Организационно-управленческая деятельность	А/06.7	7

5. Требования к результатам освоения ОПОП ВО

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

универсальные компетенции:

- 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**)

профессиональные компетенции:

профилактическая деятельность:

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

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

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

-готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

-готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6); **лечебная деятельность:**

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

-готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8); **реабилитационная деятельность:**

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

деятельность:

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

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

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

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

6. Требования к структуре программы ординатуры по специальности 31.08.69 – «Челюстно-лицевая хирургия»

Структура программы ординатуры включает обязательную часть (базовую) и часть, формируемую КБГУ (вариативную).

Программа ординатуры состоит из следующих блоков:

Блок 1 «Дисциплины (модули)», который включает дисциплины (модули), относящиеся к базовой части программы и дисциплины (модули), относящиеся к ее вариативной части.

Блок 2 «Практики», относящийся как к базовой части программы, так и к ее вариативной части.

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация», который в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-стоматолог терапевт».

6.1. Структура программы

Таблица 2. Структура программы

Структура программы ординатуры		Объем программы ординатуры в зачетных единицах	
		ФГОС ВО	Фактически
Блок 1	Дисциплины (модули)	42-48	48
	Базовая часть	33-39	38
	Вариативная часть	6-12	10
Блок 2	Практики	69-75	69
	Базовая часть	60-66	60
	Вариативная часть	6-12	9
Блок 3	Государственная итоговая аттестация	3	3
	Базовая часть	3	3
Объем программы ординатуры		120	120

Дисциплины, относящиеся к базовой части программы ординатуры, являются обязательными для освоения обучающимся.

Набор дисциплин, относящихся к базовой части программы ординатуры, КБГУ определяет самостоятельно в объеме, установленном ФГОС ВО по специальности 31.08.69 – «Челюстно-лицевая хирургия».

Дисциплины по общественному здоровью и здравоохранению, педагогике, медицине чрезвычайных ситуаций, патологии реализуются в рамках базовой части Блока 1 "Дисциплины" программы ординатуры. Объем, содержание и порядок реализации указанных дисциплин КБГУ определяет самостоятельно

Дисциплины, относящиеся к вариативной части программы ординатуры, и практики обеспечивают освоение выпускником профессиональных компетенций с учетом конкретного вида (видов) деятельности в различных медицинских организациях. При реализации программы обучающимся обеспечивается возможность освоения дисциплин (модулей) по выбору в объеме 40 % вариативной части Блока 1 «Дисциплины (модули)».

Количество часов, отведенных на занятия лекционного типа, в целом по Блоку 1 «Дисциплины (модули)» составляет 9,5 % от общего количества часов аудиторных занятий, отведенных на реализацию Блока 1.

В Блок 2 «Практики» входит производственная (клиническая) практика.

Способы проведения практики – стационарный, выездной.

Производственная (клиническая) практика проводится в медицинских организациях, деятельность которых соответствует профилю образовательной программы, и обладающих необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами. Практика проводится в организациях, с которыми университетом заключены соответствующие договоры. Распределение по базам практики производится в соответствии с заявлениями обучающихся.

Вариативная часть практики – обучающий симуляционный курс, способ проведения – стационарный, проводится на базе Многофункционального стоматологического центра симуляционного обучения КБГУ, институт стоматологии и ЧЛХ, оснащенного современным технологическим оборудованием и материалами, которые позволяют в полной мере реализовать требования ФГОС ВО.

Выбор мест прохождения практики для лиц с ограниченными возможностями здоровья производится с учетом состояния здоровья обучающихся и требований по доступности. Практика для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

В блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. В реализации практической подготовки обучающихся и ГИА не допускается применение электронного обучения, дистанционных образовательных технологий

6.2. Календарный учебный график (приложение 1);

определяет последовательность реализации ОПОП ВО по годам и семестрам, включая теоретическое обучение, практики, промежуточные и итоговую аттестации, каникулы. Базовые параметры календарного учебного графика закреплены типовыми положениями об образовательных учреждениях, реализующих соответствующие образовательные программы

6.3. Учебный план (приложение 2); отображает логическую последовательность освоения частей и разделов ОПОП ВО (дисциплин, практик), обеспечивающих формирование компетенций. В учебном плане установлена общая трудоемкость дисциплин, практик в зачетных единицах, их общая и аудиторная трудоемкость в часах, а также соответствие дисциплин универсальным, профессиональным компетенциям.

6.4. Рабочие программы дисциплин и практик (приложение 5,6);

Рабочие программы учебных дисциплин и программы практик обеспечивают качество подготовки обучающихся, составляются на все дисциплины учебного плана. В рабочей программе четко сформулированы конечные результаты обучения.

7. Особенности организации образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья созданы специальные условия для получения образования. В целях доступности получения высшего образования по образовательным программам инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья университетом обеспечивается:

1. Альтернативная версия официального сайта в сети «Интернет» для слабовидящих.
2. Присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь.
3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху – дублирование информации на больших экранах или начитывание ассистентом вслух информации о

расписании учебных занятий; обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации.

4. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, созданы материально-технические условия, обеспечивающие возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, объекты питания, туалетные и другие помещения университета, а также пребывания в указанных помещениях (наличие расширенных дверных проемов, поручней и других приспособлений).

При обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья электронное обучение и дистанционные образовательные технологии предусматривают возможность приемапередачи информации в доступных для них формах.

8. Требования к условиям реализации программы ординатуры

8.1. Общесистемные требования к реализации ОПОП ВО

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научноисследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде КБГУ. Электронно-библиотечная система (далее - ЭБС) и электронная информационнообразовательная среда обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – «Интернет»), как на территории КБГУ, так и вне ее. Электронная информационнообразовательная среда КБГУ обеспечивает: □ доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах; □ фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.69 – «Челюстно-лицевая хирургия».

□ проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий; □ формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса; □ взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе

синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование

электронной информационно-образовательной среды соответствует законодательству РФ. Каждый обучающийся обеспечен доступом через сеть Интернет к электронным образовательным ресурсам, содержащим полные тексты изданий, используемых в образовательном и научном процессе.

Библиотека КБГУ обеспечивает обучающихся библиотечными и информационными ресурсами по всем основным образовательным программам, реализуемым в университете. Имеется возможность доступа без ограничения для всех обучающихся к фондам учебнометодической документации и изданиям по основным изучаемым дисциплинам, в том числе доступа к электронно-библиотечным системам.

Доля штатных научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) за 2018 год по результатам мониторинга эффективности вузов составляет 97,42% от общего числа научно-педагогических работников КБГУ.

Квалификация руководящих и научно-педагогических работников КБГУ соответствует требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 марта 2011 г., регистрационный № 20237).

8.2. Требования к кадровым условиям реализации ОПОП ВО

Реализация программы ординатуры обеспечивается руководящими и научнопедагогическими работниками ФГБОУ ВО КБГУ, а также лицами, привлекаемыми к реализации программы ординатуры на условиях гражданско-правового договора.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих ученую степень и (или) ученое звание в общем числе научнопедагогических работников, реализующих программу ординатуры составляет 93,5%
Доля работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) из числа руководителей и работников организаций, деятельность которых связана с направленностью (спецификой) реализуемой программы ординатуры (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих программу ординатуры составляет 61,2 %.

8.3. Требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению ОПОП ВО

8.3.1. Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства (модель черепа человека, карпульный иньектор для обучения методикам проведения анестезии в челюстно-лицевой области с расходными материалами (искусственные зубы, слюноотсосы, пылесосы, боры стоматологические, шприцы с материалом для пломбирования полостей); установка стоматологическая учебная для работы с комплектом наконечников стоматологических), в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для оказания для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога: установка стоматологическая (УС) или место рабочее универсальное врача-стоматолога (МРУ); негатоскоп; автоклав (стерилизатор паровой), при отсутствии центральной стерилизационной; автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный); аппарат для дезинфекции оттисков, стоматологических изделий и инструментов; аквадистиллятор (медицинский), при отсутствии центральной стерилизационной; фотополимеризатор для композита (внутриротовой); камеры для хранения стерильных инструментов; машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизации; очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий); прибор и средства для очистки и смазки; стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария гласперленовый; лампа (облучатель) бактерицидная для помещений; радиовизиограф или рентген дентальный; ортопантомограф; аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы (электроодонтометр); аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)), в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации. Помещения для СР- ауд.145 (ул. Чернышевского, 173), ауд.102, 006 – ИСиЧЛХ (ул. Толстого, 175Б).

Учебный процесс осуществляется на базе Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Многофункционального стоматологического центра симуляционного обучения КБГУ, на территории баз практик.

Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии:

- учебные аудитории для проведения лекционных и практических занятий.

Многофункциональный стоматологический центр симуляционного обучения КБГУ оснащен современным технологическим оборудованием и материалами, которые позволяют в полной мере реализовать требования ФГОС ВО и проведение клинических практических занятий:

- компьютерный класс на 30 посадочных мест с подключением к сети ИНТЕРНЕТ; -
стоматологические кабинеты, оснащенные современными
стоматологическими

установками на 17 рабочих мест;

- современный лекционный зал с мультимедийной аппаратурой и перечнем мультимедийных лекций (оборудован видеопроекционным оборудованием для презентаций, средствами звуковоспроизведения, экраном и имеющие выход в сеть Интернет)

- современные фантомы и симуляторы с необходимым профессиональным оборудованием;
- зуботехническая лаборатория немецкой фирмы «KAVO», для отработки мануальных
навыков, на 6 рабочих мест; - централизованная компрессорная

- отдельные помещения для хранения расходного стоматологического материала; -
Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной
техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в
электронную информационно-образовательную среду организации.

Лицензионное программное обеспечение:

КБГУ обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определен в рабочих программах дисциплин (модулей), который ежегодно обновляется.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ) к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определен в рабочих программах дисциплин (модулей) и ежегодно обновляются.

8.4. Требования к финансовым условиям реализации программы ординатуры.

Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры должно осуществляться в объеме не ниже установленных Министерством образования и науки Российской Федерации базовых нормативных затрат на оказание государственной услуги в сфере образования для данного уровня образования и специальности с учетом корректирующих коэффициентов, учитывающих специфику образовательных программ в соответствии с Методикой определения нормативных затрат на оказание государственных услуг по реализации имеющих государственную аккредитацию образовательных программ высшего образования по специальностям и направлениям подготовки.

9. Нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися ОПОП ВО

9.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации

9.2. Государственная итоговая аттестация

Перечень компетенций

№	Наименование раздела	Уровень освоения дисциплины	Компетенции
1	2	3	4
1	Кариес. Осложнения кариеса	Знать: эпидемиологию кариеса. Учет заболеваемости. Классификацию кариеса. Этиология, патогенез, патологическая анатомия кариеса. уметь: - поставить диагноз - провести лечение владеть: - методами диагностики -современными методами лечения	(ПК):1,2,4,5,7, 9, 10,
2	Некариозные поражения зубов.	знать: - этиологию возникновения -клинику - диагностику - дифференциальную диагностику - методы профилактики и лечение уметь: - поставить диагноз - провести лечение	(ПК):1,2,4,5,7, 9, 10,
3	Заболевания пародонта	знать: - этиологию возникновения -клинику - диагностику - дифференциальную диагностику - методы профилактики и лечение уметь: - поставить диагноз - провести лечение	(ПК):1,2,4,5,7, 9, 10,
	Заболевания слизистой оболочки полости рта	знать: - этиологию возникновения -клинику - диагностику - дифференциальную диагностику - методы профилактики и лечение уметь: - поставить диагноз - провести лечение	(ПК):1,2,4,5,7, 9, 10,

7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

7.1 основная литература

- 1.Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия : руководство к практ. занят. : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин; под общей ред. Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 480 с. Электронный ресурс [www. -studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)
- 2.Пропедевтическая стоматология: учеб. для студентов, обучающихся по специальности 060201,65 "Стоматология"/[Базилян Э.А. и др.]; под ред. Э.А. Базиляна, О.О. Янушевича. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.: Электронный ресурс - [www. studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)
- 3.Терапевтическая стоматология. Болезни зубов/Под ред. Е.А.Волкова, О.О.Янушевича, М.: «Гэотар-Медиа»2012г
4. Е.В. Боровский. Терапевтическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г

7.2 дополнительная литература

- 1.Терапевтическая стоматология: национальное руководство /под редакцией проф. Л.А.Дмитриевой, проф. Ю.М.Максимовского., 2009-912с.
- 2.Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова. Терапевтическая стоматология. Изд. М.«Медицина», 2002.638 с. Учебник для студентов стоматологических факультетов. Допущен Департаментом образовательных учреждений и кадровой политики МЗ РФ.
- 3.Терапевтическая стоматология: Учебник. Под редакцией проф. Е.В.Боровского. - 2011, 543 с.
- 4.Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации. Стоматология. Учебнометодическое пособие. – М., 2008, 221с.
- 5.Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 1792036.Стоматология. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.
- 6.Новейшие технологии в эстетической стоматологии. Чиликин В.Н. М., ГУП НИКИЭТ, 2001. с. 84-87.
- 7.Информационно-методические материалы по диагностике и профилактике ВИЧинфекции и тесты самоконтроля. / Под общей редакцией академика проф. Н.Д. Ющука. М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000г
- 8.Максимовский Ю.М. Неотложные состояния в практике врача-стоматолога. Клиническое руководство для врачей М.,2000г.
- 9.Максимовский Ю.М. Аллергические состояния в практике врача-стоматолога. Клиническое руководство для врачей. М.,2000г.
- 10.Максимовский Ю.М., Банченко Г.В., Гринин В.М. Язык - «зеркало» организма. Клиническое руководство для врачей. М.; ЗАО «Бизнес Центр «Стоматология» 2000.
- 11.Коэн.С., Бернс. Р. Эндодонтия. Санкт –Петербург , «Интерлайн» 2000 г.

12. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 060105 (040400) «Стоматология». В 2^х частях. М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 368 с., 336 с.

13. Новые образовательные и аттестационные технологии. Терапевтическая стоматология: вариативные клинические ситуации с заданиями в тестовой форме: Учебное пособие./Под редакцией Г.М.Барера – М.:ВУНМЦ 2000. – 271 с. 14. Практическая терапевтическая стоматология/А.И.Николаев, Л.М.Цепов. – С. – П.: 2001. – 389 с.

15. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон и др. – М., Медицина, 2001г.

7.3 Периодические издания

Журналы:

- «Стоматология»
- «Клиническая стоматология»
- «Эндодонтия»
- «Новое в стоматологии»
- «Стоматология сегодня»

7.4. Интернет-ресурсы

1. <http://www.stomatolog.ru/>
2. <http://www.stomfak.ru>
3. <http://www.webmedinfo.ru>
4. <http://mediclibrary.ru/>
5. <http://www.rusmedser.com/>
6. [СтомАрт](#)
7. <http://www.medicus.ru/stomatology/spec/>
8. <http://www.dentaltechnic.info/index.php>.
9. [Dental-revue](#)
10. <http://www.med-edu.ru/>

11. studmedlib.ru

7.6 Программное обеспечение современных информационно-коммуникационных технологий

в) программное обеспечение

- компьютерные презентации;

г) базы данных, информационно-справочные и поисковые системы -

- сайты учебных центров;
- сайты Высших учебных медицинских учреждений.

8. Материально – техническое обеспечение дисциплины.

1. Учебные аудитории для практических занятий, оборудованные мультимедийной аппаратурой.
2. Лекционные аудитории, оборудованные мультимедийной аппаратурой.
3. Компьютерный класс, оснащенный локальной сетью и выходом в сеть Интернет.
4. Таблицы, плакаты по различным темам курса.
5. Фантомы

6.Оборудование, позволяющее проводить диагностику и лечение стоматологических пациентов.

Матрица компетенций

	Наименование дисциплин (модулей) в соответствии с учебным планом	Универсальные компетенции		
		УК-1	УК-2	УК-3
Блок 1	Базовая часть			
	Общественное здоровье и здравоохранение			
	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций			
	Микробиология	+		
	Педагогика	+	+	+
	Методы обезболивания в хирургической стоматологии			
	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи			
	Опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области			
	Хирургия полости рта и имплантология			
	Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области			
	Травмы челюстно-лицевой области и шеи			
	Восстановительная и реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области			
	Стоматология ортопедическая			
	Стоматология детского возраста			
	Стоматология терапевтическая			
	Вариативная часть			
	Рентгенология			

	Инфекционные болезни												
	Клиническая фармакология												
	Анатомия головы и шеи	+											
	Патологическая физиология	+											
	Современные технологии в диагностике и лечении стоматологических заболеваний												
	Особенности диагностики и лечения заболеваний пародонта												
Блок 2	Базовая часть												
	Производственная (клиническая) практика		+	+									
	Вариативная часть												
	Производственная (клиническая) практика	+											
	Государственная итоговая аттестация	+	+	+									
	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	+	+	+									
	Факультативы												
	Организация стоматологической помощи населению в РФ												
	Новообразования кожи и слизистой полости рта												
	Наименование дисциплин (модулей) в соответствии с учебным планом	Профессиональные компетенции											
		ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК11	ПК-12

Блок 1	Базовая часть												
	Общественное здоровье и здравоохранение	+			+						+	+	
	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций			+	+			+		+			+

	Микробиология	+											
	Педагогика												
	Методы обезболивания в хирургической стоматологии						+						
	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи	+	+			+			+				
	Опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области	+	+			+	+		+				
	Хирургия полости рта и имплантология	+	+			+	+		+				
	Врожденные пороки развития челюстно- лицевой области	+	+			+	+		+				
	Травмы челюстнолицевой области и шеи	+				+	+		+	+			+

	Восстановительная и реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области	+	+			+	+	+	+				
	Стоматология ортопедическая					+							
	Стоматология детского возраста					+							
	Стоматология терапевтическая					+							
	Вариативная часть												
	Рентгенология					+							
	Инфекционные			+									+

	болезни												
	Клиническая фармакология								+				
	Анатомия головы и шеи					+							
	Патологическая физиология					+							
	Современные технологии в диагностике и лечении стоматологических заболеваний					+	+						
	Особенности диагностики и лечения заболеваний пародонта					+	+						
Блок 2	Базовая часть												

Производственная (клиническая) практика	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	
Вариативная часть												
Производственная (клиническая) практика					+			+				
Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Факультативы												
Организация стоматологической помощи населению в РФ										+	+	
Новообразования кожи и слизистой полости рта					+	+						

10. Формы промежуточной аттестации.

После завершения симуляционного курса проводится **зачет** в форме контроля знаний путем решения тестовых заданий и демонстрации отдельных практических навыков

Критерии оценки симуляционного курса

- **Критерии оценки тестовых заданий**

- 71-80% заданий – **2балла**

- 81-90% заданий— **4 балла**

- 91-100% заданий— **6 баллов**

- **Критерии оценки освоения практических умений «зачтено»** - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания стоматологической помощи пациенту в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий

«не зачтено» - не владеет техникой выполнения манипуляций или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациенту, не может самостоятельно исправить ошибки.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Задание {{ 1 }} ТЗ 1 Тема 1-1-0

Число больных гнойно-воспалительными процессами в последние годы имеет тенденцию к

- ☐ снижению
- ☒ увеличению
- ☐ остается без изменений

2. Задание {{ 2 }} ТЗ 2 Тема 1-1-0

В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания ☐ опухолевые

- ☐ опухолеподобные
- ☒ воспалительные
- ☐ слюнных желез ☐ врожденная патология

3. Задание {{ 3 }} ТЗ 3 Тема 1-1-0

К одонтогенным воспалительным заболеваниям челюстей относят ☐ остеомиелит

- ☒ периодонтит
- ☒ периостит
- ☐ стоматит

4. Задание {{ 4 }} ТЗ 4 Тема 1-1-0

К одонтогенным воспалительным заболеваниям челюстей относят

- ☒ периодонтит
- ☒ периостит

- ☐ гайморит
- ☐ абсцесс ☐ флегмоны

5. Задание {{ 5 }} ТЗ 5 Тема 1-1-0

Больные, находящиеся на лечении в хирургическом отделении ..стать носителями микробной флоры, которая специфична для данного лечебного учреждения

- ☐ никогда не могут
- ☐ в единичных случаях могут
- ☒ нередко могут уже через несколько дней пребывания в стационаре ☐ могут только при врачебных ошибках после оперативных вмешательств

6. Задание {{ 6 }} ТЗ 6 Тема 1-1-0

Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий

- ☒ аэробных, факультативных и анаэробных
- ☐ только аэробных
- ☐ только факультативных
- ☐ только аэробных и факультативных
- ☐ только анаэробных

7. Задание {{ 7 }} ТЗ 7 Тема 1-1-0

К облигатным неспорообразующим бактериям относятся

- ☐ протей, кишечная палочка
- ☒ бактероиды, фузобактерии
- ☐ стафилококки, стрептококки
- ☐ пневмококки

8. Задание {{ 8 }} ТЗ 8 Тема 1-1-0

Бактероидная инфекция не развивается при

- ☐ гипоксии, нарушении микроциркуляции
- ☐ снижении резистентности слизистых оболочек (после травмы, операций и др.) ☒
- гиперкапнии, аэрации тканей

выработке бактероидами бета-лактамазы, снижающих концентрацию соответствующих антибиотиков в тканях

9. Задание {{ 9 }} ТЗ 9 Тема 1-1-0

Предупредить развитие воспалительных заболеваний можно ли с помощью традиционных профилактических мер асептики

- ☐ да, можно всегда
- ☒ не всегда
- ☐ нельзя
- ☐ зависит от флоры

10. Задание {{ 10 }} ТЗ 10 Тема 1-1-0

В очагах острого одонтогенного воспаления можно обнаружить

- ☒ облигатные анаэробы
- ☒ факультативные анаэробы
- ☐ всегда ассоциации 3-х и более возбудителей
- ☐ легионеллы

11. Задание {{ 11 }} ТЗ 11 Тема 1-1-0

Из гнойных очагов при нагноении лимфатических узлов чаще обнаруживаются монокультура стрептококка

- ☒ монокультура стафилококка
- ☐ кишечная палочка
- ☐ протей
- ☐ ассоциации стафилококка со стрептококком и кишечной палочкой

12. Задание {{ 12 }} ТЗ 12 Тема 1-1-0

Микроорганизмы, которые чаще высевались из гнойных очагов у больных одонтогенными абсцессами

- ☐ ассоциации аэробов
- ☒ монокультуры аэробов
- ☐ монокультуры анаэробов
- ☐ ассоциации анаэробов

13. Задание {{ 13 }} ТЗ 13 Тема 1-1-0

В гнойных очагах у больных одонтогенными флегмонами чаще можно обнаружить

- ☒ монокультуры аэробов
- ☐ монокультуры анаэробов
- ☐ ассоциации анаэробов
- ☐ ассоциации аэробов

14. Задание {{ 14 }} ТЗ 14 Тема 1-1-0

Формирование гнойника в мягких тканях вокруг челюсти чаще связано с

- ☐ прорывом гноя через костный дефект
- ☒ образованием в патологическом очаге "собственного" гноя за счет микробов, токсинов и др.
- ☐ с местной аллергической реакцией
- ☐ с формированием зоны ишемии

15. Задание {{ 15 }} ТЗ 15 Тема 1-1-0

Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из ☒ нейтрофилов

- ☒ лимфоцитов

- ☒ моноцитов
- ☒ макрофагов
- ☒ эозинофилов
- ☒ плазматических клеток
- ☐ нейтрофилов, дегенеративно измененных

16. Задание {{ 16 }} ТЗ 16 Тема 1-1-0

- Гнойный экссудат больных одонтогенными флегмонами представлен нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, эозинофилами ☒ почти одними дегенеративно измененными нейтрофилами и единичными моноцитами, лимфоцитами, макрофагами
- ☐ только эозинофилами, макрофагами и плазматическими клетками
 - ☐ только лимфоцитами и единичными нейтрофилами

17. Задание {{ 17 }} ТЗ 17 Тема 1-1-0

- Особенностью одонтогенных очагов воспаления является
- ☐ очень хорошо регенерируют
 - ☒ дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем
 - ☐ почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами ☐ повышенная чувствительность к терапии

2. Периодонтит

18. Задание {{ 18 }} ТЗ 18 Тема 1-2-0

- Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет
- ☐ 0,05-0,10 мм ☐ 0,10-0,15 мм
 - ☒ 0,15-0,22 мм
 - ☐ 0,20-0,25 мм
 - ☐ 0,25-0,30 мм

19. Задание {{ 19 }} ТЗ 19 Тема 1-2-0

- Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет
- ☐ 0,05-0,10 мм
 - ☐ 0,10-0,15 мм
 - ☐ 0,15-0,22 мм
 - ☒ 0,22-0,25 мм
 - ☐ 0,25-0,30 мм

20. Задание {{ 20 }} ТЗ 20 Тема 1-2-0

- В связи с патологическим процессом может ли изменять периодонт свою ширину
- ☐ нет

- ☐ может, но очень редко ☒ да
- ☐ до 3 мкм

21. Задание {{ 21 }} T3 21 Тема 1-2-0 Периодонт начинает развиваться

- ☒ одновременно с корнем зуба незадолго до его прорезывания
- ☐ после прорезывания зуба в течение 1-: 2 лет ☐ после прорезывания зуба на протяжении многих лет
- ☐ после прорезывания зуба в течение 1-: 2 мес

22. Задание {{ 22 }} T3 22 Тема 1-2-0

Средние величины ширины периодонта не изменяются при

- ☐ патологических процессах
- ☐ с возрастом
- ☒ нормальном функционировании зубочелюстной системы
- ☐ потере зубов-: антагонистов ☐ с развитием и функцией зуба

23. Задание {{ 23 }} T3 23 Тема 1-2-0

Развитие периодонта происходит за счет

- ☐ адамантобластов (амелобластов)
- ☐ центральной части зубного сосочка,
- ☒ мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка остеокластов

24. Задание {{ 24 }} T3 24 Тема 1-2-0

Особенностью тканей периодонта является наличие

- ☐ коллагеновых волокон
- ☒ эпителиальных клеток
- ☐ цементабластов
- ☐ остеобластов и остеокластов
- ☐ фибробластов ☐ плазматических клеток
- ☐ макрофагов

25. Задание {{ 25 }} T3 25 Тема 1-2-0

По локализации гранулемы различают

- ☐ маргинальные
- ☒ апикальные
- ☒ межкорневые
- ☐ сложная

26. Задание {{ 26 }} T3 26 Тема 1-2-0

Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение

- ☐ медикаментозное
- ☒ инфекционное

- ☐ травматическое
- ☐ специфическое

27. Задание {{ 27 }} ТЗ 27 Тема 1-2-0

Какой путь проникновения инфекции в периодонт убедительно не доказан

- ☐ через корневой канал
- ☒ гематогенный и лимфогенный
- ☐ по продолжению
- ☐ через дно десневого кармана

28. Задание {{ 28 }} ТЗ 28 Тема 1-2-0

Припухлость мягких тканей при остром серозном периодонтите

- ☒ нет
- ☐ есть, но небольшая ☐ выраженная ☐ зависит от возраста

29. Задание {{ 29 }} ТЗ 29 Тема 1-2-0

При остром серозном периодонтите изменения на рентгенограмме

- ☒ отсутствуют
- ☐ имеются
- ☐ очаг деструкции с нечеткими границами
- ☐ секвестрация

30. Задание {{ 30 }} ТЗ 30 Тема 1-2-0

Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите

- ☐ синюшная, пастозная, симптом "вазопареа" положительный
- ☒ гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной
- ☐ без видимых изменений
- ☐ изъязвлена

31. Задание {{ 31 }} ТЗ 31 Тема 1-2-0

Появляется ли отек мягких тканей при остром гнойном периодонтите

- ☒ да
- ☐ нет
- ☐ зависит от челюсти
- ☐ зависит от количества корней

32. Задание {{ 32 }} ТЗ 32 Тема 1-2-0

Страдает ли общее состояние больного при остром гнойном

- периодонтите ☐ нет ☐ да, но крайне редко
- ☒ появляются симптомы интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры и др)

- ☐ развивается септическое состояние

33. Задание {{ 33 }} ТЗ 33 Тема 1-2-0

При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного

- ☐ изменений нет
☐ лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо
☐ лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз
☒ лейкоцитоз ☒ ускоренное СОЭ

34. Задание {{ 34 }} ТЗ 34 Тема 1-2-0

При остром гнойном периодонтите костные изменения на рентгенограмме ☒ отсутствуют

- ☐ имеются выраженные
☐ расширение периодонтальной щели
☐ признаки кистозного остита

35. Задание {{ 35 }} ТЗ 35 Тема 1-2-0

Хронические периодонтиты различают

- ☐ серозный
☐ гнойный
☒ гранулирующий,
☒ фиброзный ☒ гранулематозный

36. Задание {{ 36 }} ТЗ 36 Тема 1-2-0

Размеры гранулемы не превышают

- ☒ 0,5 см
☐ 1,0 см
☐ 1,5 см
☐ 2,0 см

37. Задание {{ 37 }} ТЗ 37 Тема 1-2-0

Размеры кистогранулемы ☐ до 0,5 см

- ☒ от 0,5 до 1,0 см
☐ от 1,0 до 2,0 см
☐ от 3,0 до 4,0 см

38. Задание {{ 38 }} ТЗ 38 Тема 1-2-0

Ошибки, не относящиеся к консервативному лечению периодонтитов

- ☐ перфорация дна полости зуба или стенок корневого канала
☐ отлом инструмента
☒ перелом верхушки корня зуба

- ☐ неполное пломбирование канала
- ☐ глубокое выведение штифта

39. Задание {{ 39 }} T3 39 Тема 1-2-0

- В молочных зубах какая форма хронического периодонтита преобладает
- ☐ фиброзный
 - ☐ гранулематозный
 - ☒ гранулирующий
 - ☐ пристеночный

40. Задание {{ 40 }} T3 40 Тема 1-2-0

- В многокорневых зубах у разных корней молочного зуба могут ли быть неодинаковые формы хронического воспаления
- ☐ нет ☒ да
 - ☐ зависит от зуба ☐ зависит от иммунитета

41. Задание {{ 41 }} T3 41 Тема 1-2-0

- Острый периодонтит реже наблюдается у
- ☐ детей
 - ☐ подростков
 - ☐ молодых людей ☒ пожилых людей

42. Задание {{ 42 }} T3 42 Тема 1-2-0

- Обострение хронического периодонтита менее выражено у
- ☐ детей
 - ☐ подростков
 - ☐ молодых людей ☒ пожилых людей

43. Задание {{ 43 }} T3 43 Тема 1-2-0

- Для периодонтитов, протекающих у людей преклонного возраста нехарактерно
- ☐ наличие свищей и их локализация
 - ☐ длительное функционирование свищей без наклонности к их закрытию
 - ☐ отсутствие пышных грануляций в области устья свища
 - ☒ обширная секвестрация

44. Задание {{ 44 }} T3 44 Тема 1-2-0

- Реплантация и резекция верхушки корня зуба неприменима у
- ☐ детей
 - ☐ молодых людей
 - ☐ подростков ☒ пожилых людей

45. Задание {{ 45 }} T3 45 Тема 1-2-0

- Какой основной метод хирургического лечения периодонтитов проводится у пожилых людей

- ☒ удаление зуба
- ☐ гемисекция
- ☐ коронаро-радикулярная сепарация
- ☐ резекция корня
- ☐ реплантация

46. Задание {{ 46 }} ТЗ 46 Тема 1-2-0

При осложнении периодонтита острым серозным периоститом необходимо ли проводить периостотомию

- ☒ не нужно
- ☐ нужно
- ☐ зависит от локализации на челюсти
- ☐ да, в пределах одного зуба

47. Задание {{ 47 }} ТЗ 47 Тема 1-2-0

Антибактериальная терапия у больных с обострением хронического периодонтита ☐ назначается

- ☐ не назначается
- ☒ назначается только у ослабленных людей и при сопутствующих заболеваниях
- ☐ только в детском возрасте

48. Задание {{ 48 }} ТЗ 48 Тема 1-2-0

Показание к резекции верхушки корня зуба - это ☐ пародонтит обнажение анатомической шейки зуба

- ☒ поднадкостничная гранулема
- ☐ апиколатеральные и латеральные гранулемы
- ☐ отсутствие части передней стенки альвеолы

49. Задание {{ 49 }} ТЗ 49 Тема 1-2-0

Противопоказание к резекции верхушки корня зуба - это

- ☐ перелом верхней трети корня зуба
- ☒ апиколатеральные и латеральные гранулемы
- ☐ искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии
- ☐ поднадкостничная гранулема
- ☐ перелом инструмента в корневом канале зуба

50. Задание {{ 50 }} ТЗ 50 Тема 1-2-0

Когда возникает остеоидный тип сращения пересаженного зуба с альвеолой

- ☒ при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба

- ☐ при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба
- ☐ при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корнях зуба
- ☐ при использовании остеотропных материалов

51. Задание {{ 51 }} ТЗ 51 Тема 1-2-0

Периодонтальный тип сращения пересаженного зуба с альвеолой возникает при

- ☐ при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба
- ☐ при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба
- ☒ при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корнях зуба
- ☐ при использовании остеотропных материалов

52. Задание {{ 52 }} ТЗ 52 Тема 1-2-0

Периодонтально - фиброзный тип сращения пересаженного зуба с альвеолой возникает при

- ☐ при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба
- ☒ при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба
- ☐ при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корнях зуба
- ☐ при заболеваниях соединительной ткани

53. Задание {{ 53 }} ТЗ 53 Тема 1-2-0

Показанием к гемисекции и ампутации корня является

- ☐ значительный дефект костных тканей лунки
- ☒ наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
- ☐ зуб не представляет функциональной и косметической ценности
- ☐ наличие сросшихся корней

54. Задание {{ 54 }} ТЗ 54 Тема 1-2-0

Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является

- ☐ наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра
- ☐ пришеечный кариес одного из корней
- ☐ вертикальный раскол зуба
- ☒ значительный дефект костных тканей лунки
- ☐ наличие межкорневой гранулемы

55. Задание {{ 55 }} ТЗ 55 Тема 1-2-0

Гемисекцию и ампутацию корня проводят

- ☐ только с отслаиванием слизисто
- ☐ надкостничного лоскута

☐

☐ без его отслаивания

☒ ранее перечисленными двумя способами

56. Задание {{ 56 }} T3 56 Тема 1-2-0

Аутотрансплантация - это пересадка удаленного зуба

☐ в его же альвеолу

☒ в другую альвеолу

☐ животному в искусственную лунку

57. Задание {{ 57 }} T3 57 Тема 1-2-0

Противопоказания к компактостеотомии

☒ заболевания, тормозящие процессы регенерации (рахит и др)

☐ деформации зубных рядов, при которых ортодонтическое лечение неэффективно

☐ повороты и перемещения зубов

☐ наличие кисты челюсти

58. Задание {{ 58 }} T3 58 Тема 1-2-0

Когда следует проводить пломбирование корней зуба при выполнении операции резекции верхушки корня зуба

☒ перед операцией

☐ после операции

☐ перед операцией или после операции

3. Периостит

59. Задание {{ 59 }} T3 59 Тема 1-3-0

Причиной для развития периостита является

☐ ушиб мягких тканей лица

☐ фиброма альвеолярного отростка

☐ обострение хронического гайморита

☒ обострение хронического периодонтита ☐

перелом мышечкового отростка нижней челюсти

60. Задание {{ 60 }} T3 60 Тема 1-3-0

Причиной для развития периостита является

☒ перикоронит

☐ ушиб мягких тканей лица

☐ фиброма альвеолярного отростка

☐ обострение хронического гайморита

☐ перелом мышечкового отростка нижней челюсти

61. Задание {{ 61 }} ТЗ 61 Тема 1-3-0

Причиной для развития периостита является

- ☒ острый пародонтит
- ☐ ушиб мягких тканей лица
- ☐ фиброма альвеолярного отростка
- ☐ обострение хронического гайморита
- ☐ перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

62. Задание {{ 62 }} ТЗ 62 Тема 1-3-0

Причиной для развития периостита является

- ☒ альвеолит
- ☐ ушиб мягких тканей лица
- ☐ фиброма альвеолярного отростка
- ☐ обострение хронического гайморита
- ☐ перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

63. Задание {{ 63 }} ТЗ 63 Тема 1-3-0

При периостите гнойный процесс локализуется

- ☐ под кожей
- ☐ под мышцей
- ☒ под надкостницей
- ☐ под наружной кортикальной пластинкой челюсти
- ☐ под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

64. Задание {{ 64 }} ТЗ 64 Тема 1-3-0

После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование

- раны проводится ☐ на 2 день ☐ на 3 день ☐ на 4 день
- ☒ после разреза

65. Задание {{ 65 }} ТЗ 65 Тема 1-3-0

Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует ☐ удалить

- ☐ запломбировать канал до вскрытия периоста
- ☐ запломбировать резорцин-формалиновой пастой
- ☒ раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

66. Задание {{ 66 }} ТЗ 66 Тема 1-3-0

Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать ☐ через неделю

- ☐ сразу после удаления дренажа
- ☒ после стихания воспалительных явлений
- ☐ на третий день после удаления дренажа

☐

67. Задание {{ 67 }} ТЗ 67 Тема 1-3-0

Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует

- ☒ удалить
- ☐ запломбировать канал до вскрытия периоста
- ☐ запломбировать резорцин-формалиновой пастой ☐ раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

68. Задание {{ 68 }} ТЗ 68 Тема 1-3-0

Типичным клиническим признаком периостита является

- ☐ асимметрия лица
- ☐ подвижность всех зубов
- ☐ затрудненное открывание рта
- ☐ выбухание подъязычных валиков ☒ гиперемия и отек переходной складки

69. Задание {{ 69 }} ТЗ 69 Тема 1-3-0

Периостит челюстей необходимо дифференцировать

- ☐ с тризмом
- ☐ с переломом зуба
- ☐ с острым сиалодохитом
- ☐ с хроническим гайморитом
- ☒ с обострением хронического периодонтита

70. Задание {{ 70 }} ТЗ 70 Тема 1-3-0

Периостит челюстей необходимо дифференцировать

- ☐ с тризмом
- ☐ с переломом зуба
- ☐ с острым сиалодохитом
- ☒ с острым
остеомиелитом ☐ с
хроническим гайморитом

71. Задание {{ 71 }} ТЗ 71 Тема 1-3-0

В день обращения при периостите челюстей необходимо

- ☒ вскрыть гнойный очаг
- ☐ начать иглорефлексотерапию
- ☐ сделать новокаиновую блокаду
- ☐ назначить физиотерапевтическое лечение ☐ ввести внутримышечно дыхательные аналептики

72. Задание {{ 72 }} ТЗ 72 Тема 1-3-0

Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе

- ☐ окаймляющем угол нижней челюсти
- ☐ в подподбородочной области по средней линии
- ☐ слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- ☒ слизистой и надкостницы по переходной складке
- ☐ в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

73. Задание {{ 73 }} ТЗ 73 Тема 1-3-0

В комплекс лечения острого периостита входит

- ☐ криотерапия
- ☒ физиотерапия
- ☐ химиотерапия
- рентгенотерапия ☐ электрокоагуляция

74. Задание {{ 74 }} ТЗ 74 Тема 1-3-0

В комплекс терапии острого периостита входит

- ☐ лучевая терапия
- ☐ седативная терапия
- ☐ мануальная терапия
- ☐ гипотензивная терапия ☒ десенсибилизирующая терапия

75. Задание {{ 75 }} ТЗ 75 Тема 1-3-0

Каким путем, наиболее вероятно, образуется гной под надкостницей при периостите

- ☐ проникает через фолькманновские каналы
- ☐ проникает через гаверсовы каналы
- ☐ проникает через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки
- ☒ образование в этом месте "собственного" гноя под влиянием бактерий, токсинов, продуктов распада

76. Задание {{ 76 }} ТЗ 76 Тема 1-3-0

От чего не зависит особенность течения острого одонтогенного периостита челюсти

- ☐ общей и местной реактивности организма
- ☐ вирулентности микрофлоры
- ☒ пола больного
- ☐ возраста больного
- ☐ локализации воспалительного процесса

77. Задание {{ 77 }} ТЗ 77 Тема 1-3-0

Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются

- ☐ резцы
- ☐ клыки

☐

☐ премоляры

☒ моляры

78. Задание {{ 78 }} ТЗ 78 Тема 1-3-0

Боль в зубе при остром серозном периостите имеет следующий характер

☐ острая иррадирующая, зуб как бы "вырос", резко положительная вертикальная перкуссия зуба

☐ острая иррадирующая, приступообразная, усиливающаяся по ночам, перкуссия зуба отрицательная

☒ боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль в челюсти, иррадиация болей редкая, перкуссия зуба чаще положительная

☐ боль в нескольких зубах, подвижность их, гнойное выделение из-под десен, перкуссия зуба положительная или отрицательная

79. Задание {{ 79 }} ТЗ 79 Тема 1-3-0

Парестезия нижней губы наблюдается при периостите с локализацией воспалительного процесса в области

☐ резцов

☐ клыка

☐ премоляров

☒ моляров

☐ ☐

80. Задание {{ 80 }} ТЗ 80 Тема 1-3-0

При какой форме ветвления сосудов мягких тканей отек мало выражен

- ☒ мелкопетливой ☐ крупнопетливой

81. Задание {{ 81 }} ТЗ 81 Тема 1-3-0

При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы

- ☐ не изменены
☐ подвижные, малоболезненные слегка увеличены, мягкие на ощупь
☒ болезненные, увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные
☐ безболезненные, увеличены, плотные, малоподвижные, спаяны с окружающими тканями

82. Задание {{ 82 }} ТЗ 82 Тема 1-3-0

Воспалительная контрактура II степени - это

- ☐ открывание рта свободное
☐ небольшое ограничение открывания рта ☒ рот открывается на 1 см
☐ рот открывается на 2 см
☐ челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно

83. Задание {{ 83 }} ТЗ 83 Тема 1-3-0

При остром периостите на рентгенограмме челюсти выявляются изменения

- ☐ изменений нет
☒ характерные для хронического периодонтита
☐ секвестрация ☐ дефекты кости

84. Задание {{ 84 }} ТЗ 84 Тема 1-3-0

При остром одонтогенном периостите появляются следующие изменения в крови

- ☐ изменений нет
☒ лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозинопения, лимфопения, увеличение СОЭ
☐ лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ
☐ лейкопения, эозинофилия, лимфоцитоз, базофилия

85. Задание {{ 85 }} ТЗ 85 Тема 1-3-0

Лечение острого серозного одонтогенного периостита

- ☐ удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), периостеотомия, физиотерапия
☒ удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), физиотерапия, медикаментозное лечение

☐ ☐

- ☐ обязательное удаление причинного зуба, периостеотомия, медикаментозное лечение ☐ девитальная ампутация пульпы

86. Задание {{ 86 }} ТЗ 86 Тема 1-3-0

Лечение острого гнойного одонтогенного периостита

- ☐ удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), назначение медикаментозного лечения
- ☒ удаление или лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение
- ☐ лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение
- ☐ секвестрэктомия

87. Задание {{ 87 }} ТЗ 87 Тема 1-3-0

Каким методом вскрывают поднадкостничный абсцесс на твердом нёбе

- ☐ линейный разрез параллельно альвеолярному краю
- ☒ иссечение небольшого участка мягких тканей треугольной формы
- ☐ линейный разрез перпендикулярно срединному нёбному шву
- ☐ периостотомия по общим правилам

88. Задание {{ 88 }} ТЗ 88 Тема 1-3-0 Различают хронический периостит ☐ гиперпластический и гиперостозный

- ☐ гнойный, гиперпластический, rareфицирующий
- ☒ простой, ossифицирующий, rareфицирующий
- ☐ гнойный, деструктивный, гиперостозный

89. Задание {{ 89 }} ТЗ 89 Тема 1-3-0

Причина rareфицирующего периостита

- ☒ травма
- ☐ периодонтитные зубы
- ☐ кисты челюстей
- ☐ воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах

90. Задание {{ 90 }} ТЗ 90 Тема 1-3-0

Rareфицирующий периостит чаще всего локализуется

- ☒ во фронтальном отделе
- ☐ в ментальном отделе
- ☐ в области угла нижней челюсти ☐ в области бугра верхней челюсти

☐ ☐

91. Задание {{ 91 }} ТЗ 91 Тема 1-3-0

Лечение простого хронического периостита

- ☒ удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2% раствора йодида калия
- ☐ удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости
- ☐ ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы ☐ УВЧ терапия

92. Задание {{ 92 }} ТЗ 92 Тема 1-3-0

Лечение оссифицирующего периостита

- ☐ удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2% раствора йодида калия
- ☒ удаление причинного зуба
- ☒ иссечение пролиферативно измененной части надкостницы
- ☒ удаление вновь образованной кости
- ☐ ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы

93. Задание {{ 93 }} ТЗ 93 Тема 1-3-0

Лечение rareфицирующего периостита

- ☐ удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2% раствора йодида калия ☐ удаление причинного зуба
- ☒ ревизия патологического очага ☒ удаление организовавшейся гематомы

94. Задание {{ 94 }} ТЗ 94 Тема 1-3-0

Острый период одонтогенного периостита у пожилых людей протекает

- ☐ бурно
- ☒ вяло
- ☐ ничем не отличается от лиц другого возраста
- ☐ волнообразно

95. Задание {{ 95 }} ТЗ 95 Тема 1-3-0

Регионарные лимфоузлы при остром гнойном одонтогенном периостите сохраняются увеличенными после ликвидации последнего

- ☐ 3-4 дня
- ☒ 7-14 дней
- ☐ 3-4 недели ☐ до 1 месяца

96. Задание {{ 96 }} ТЗ 96 Тема 1-3-0

☐ ☐

Длительно текущий хронический периостит у детей
заканчивается ☐ остеомиелитом

☐ гайморитом и фронтитом

☒ гиперостозом

☐ подкожной гранулемой лица,

☐ ☐

☐

опухолью

97. Задание {{ 97 }} ТЗ 97 Тема 1-3-0

При каком виде хронического периостита вновь образованная кость после лечения подвергается обратному развитию

- ☒ простой хронический периостит
- ☐ оссифицирующий периостит
- ☐ rareфицирующий периостит
- ☐ все формы

4. Остеомиелиты челюстей

98. Задание {{ 98 }} ТЗ 98 Тема 1-4-0

Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

- ☐ острый паротит
- ☐ перелом челюсти
- ☐ острый лимфаденит
- ☒ снижение реактивности организма ☐ травма плохо изготовленным протезом

99. Задание {{ 99 }} ТЗ 99 Тема 1-4-0

Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс

- ☐ в лимфатических узлах
 - ☐ в слюнных железах
 - ☒ в периапикальных тканях
 - ☐ в верхнечелюстной пазухе
 - ☐ в месте перелома челюсти
- 100. Задание {{ 100 }} ТЗ 100 Тема 1-4-0**

Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

- ☐ в подвижности всех зубов на челюсти
- ☐ в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- ☒ в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсена, подвижности зубов ☐ в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

101. Задание {{ 101 }} ТЗ 101 Тема 1-4-0

Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

- ☐ подвижность всех зубов на челюсти
- ☐ воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки

☐ ☐

☐

☒ муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсена, подвижность зубов

воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

102. Задание {{ 102 }} ТЗ 102 Тема 1-4-0

В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

☐ начать иглорефлексотерапию

☒ госпитализировать больного

☐ сделать новокаиновую блокаду

☐ назначить физиотерапевтическое лечение ☐ ввести внутримышечно дыхательные analeптики

103. Задание {{ 103 }} ТЗ 103 Тема 1-4-0

Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

☒ удалить

☐ раскрыть

☐ запломбировать

☐ депульпировать

☐ реплантировать

104. Задание {{ 104 }} ТЗ 104 Тема 1-4-0

При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает ☐ ксеротомия

☐ слюнные свищи

☐ рубцовая контрактура

☐ паралич лицевого нерва ☒ переход в хроническую форму

105. Задание {{ 105 }} ТЗ 105 Тема 1-4-0

Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

☐ канамицин

☐ ампициллин

☒ линкомицин

☐ пенициллин ☐ эритромицин

106. Задание {{ 106 }} ТЗ 106 Тема 1-

☐ ☐

☐

4-0

Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- ☒ фузидин
- ☐ канамицин
- ампициллин
- ☐ пенициллин ☐ эритромицин

107. Задание {{ 107 }} ТЗ 107 Тема 1-

4-0

Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

- ☐ фузидин
- ☐ коргликон
- ☐ левомиколь
- ☒ метилурацил
- ☐
- эритромицин

108. Задание {{ 108 }} ТЗ 108 Тема 1-

4-0

В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- ☐ криотерапия
- ☒ ГБО-терапия
- ☐ химиотерапия
- ☐ рентгенотерапия ☐ электрокоагуляция

109. Задание {{ 109 }} ТЗ 109 Тема 1-

4-0

В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит ☐ лучевая

- ☐ седативная
- ☐ мануальная
- ☒ физиотерапия
- ☐
- гипотензивная

110. Задание {{ 110 }} ТЗ 110 Тема 1-

4-0

В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- ☐ лучевая терапия

☐ ☐

☐

☐ седативная терапия

☐ мануальная терапия

☐ гипотензивная терапия ☒ десенсибилизирующая терапия

111. Задание {{ 111 }} ТЗ 111 Тема 1-4-0

Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

- ☐ в удалении причинного зуба в широкой периостотомии челюсти с двух сторон в

☐ ☐

периостотомии в области причинного зуба,
дренировании

- ☐ в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
- ☒ в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

**112. Задание {{ 112 }} ТЗ 112 Тема 1-
4-0**

Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является ☒ эвакуация гноя

- ☐ создание внутричелюстной декомпрессии
- ☐ профилактика спонтанного перелома челюсти
- ☒ снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

**113. Задание {{ 113 }} ТЗ 113 Тема 1-
4-0**

Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

- ☐ на 30-е сутки
- ☐ на 25-е сутки
- ☐ на 20-е сутки
- ☒ на 14-е сутки
- ☐ на 7-е сутки

**114. Задание {{ 114 }} ТЗ 114 Тема 1-
4-0**

Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является

- ☐ перелом челюсти
- ☐ острый лимфаденит
- ☒ снижение реактивности организма
- ☒ наличие хронических очагов воспаления в челюсти

**115. Задание {{ 115 }} ТЗ 115 Тема 1-
4-0**

К признакам, характерным для хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти, относятся

- ☐ гиперемия кожных покровов
- ☒ наличие свищевых ходов
- ☐ повышение температуры тела
- ☐ понижение чувствительности зубов по данным ЭОД

☐ ☐

- ☐ периостальная реакция на стороне поражения

**116. Задание {{ 116 }} ТЗ 116 Тема 1-
4-0**

Из дополнительных методов исследования обязательны для уточнения диагноза "хронический одонтогенный остеомиелит верхней челюсти следующие

- ☐ анализ крови и мочи
☒ измерение температуры
☒ зондирование свищевого хода
☐ фистулография
☐ рентгенография
☐ рентгенография придаточных пазух

**117. Задание {{ 117 }} ТЗ 117 Тема 1-
4-0**

Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается

- ☒ в секвестрэктомии
☐ в санации полости рта
☒ в антибактериальной терапии
☐ в периостотомии в области причинного зуба е) иссечении свищей на коже

**118. Задание {{ 118 }} ТЗ 118 Тема 1-
4-0**

Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

- ☐ фузидин коргликон
левомиколь
☒ метилурацил
☐ эритромицин

**119. Задание {{ 119 }} ТЗ 119 Тема 1-
4-0**

Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- ☐ канамицин, бисептол
☒ линкомицин, фузидин
☐ ампициллин, секурапен
☐ эритромицин, оксациллин ☐ пенициллин, метилурацил

120. Задание {{ 120 }} ТЗ 120 Тема 1-

☐ ☐

4-0 Антагонистом линкомицина

является

- ☐ канамицин
- ☐ ампициллин
- ☐ пенициллин ☒ эритромицин

121. Задание {{ 121 }} T3 121 Тема 1-4-0

Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

- ☐ после физиолечения
- ☐ формирования секвестра
- ☒ сформировавшегося секвестра
- ☐ после антибактериальной терапии

122. Задание {{ 122 }} T3 122 Тема 1-4-0

Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является

- ☐ криотерапия
- ☒ ГБО-терапия
- ☐ химиотерапия
- ☐ рентгенотерапия ☐ электрокоагуляция

123. Задание {{ 123 }} T3 123 Тема 1-4-0

Отдаленным местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

- ☐ диплопия
- ☐ ксеростомия
- ☒ деформация челюсти
- ☐ паралич лицевого нерва

124. Задание {{ 124 }} T3 124 Тема 1-4-0

Местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает ☐ диплопия

- ☐ ксеростомия
- ☒ патологический перелом
- ☐ паралич лицевого нерва

125. Задание {{ 125 }} T3 125 Тема 1-

☐ ☐

4-0

Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- ☐ диплопия
- ☒ контрактура
- ☐ ксеростомия
- ☐ паралич лицевого нерва
- ☐ парез лицевого нерва

126. Задание {{ 126 }} ТЗ 126 Тема 1-4-0

Какая теория происхождения остеомиелита является наиболее правильной инфекционно-эмболическая теория аллергическая теория Дерижанова

- ☐ теория нейротрофических расстройств
- ☐ влияние гормонов коры надпочечников
- ☒ все теории дополняют друг друга

127. Задание {{ 127 }} ТЗ 127 Тема 1-4-0

Какие патоморфологические изменения наблюдаются при одонтогенном остеомиелите

- ☐ воспаление и деструкция периодонта
- ☐ воспаление и деструкция периодонта, гнойно-воспалительный процесс в надкостнице
- ☒ гнойная инфильтрация костного мозга, тромбоз сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияния и остеонекроза
- ☐ гнойно-воспалительный процесс в челюсти и окружающих тканях

128. Задание {{ 128 }} ТЗ 128 Тема 1-4-0

В каком возрасте наиболее часто развивается одонтогенный остеомиелит

- ☐ в 16-20 лет
- ☒ в 20-40 лет
- ☐ в 40-60 лет ☐ в пожилом возрасте

129. Задание {{ 129 }} ТЗ 129 Тема 14-0 Чаще госпитализируются больные с остеомиелитом ...
челюсти

Правильные варианты ответа: нижн#\$#;

130. Задание {{ 130 }} ТЗ 130 Тема 14-0 У амбулаторных больных чаще встречается остеомиелит ...

☐ ☐

челюсти

Правильные варианты ответа: верхн##;

131. Задание {{ 131 }} ТЗ 131 Тема 1-4-0

По распространенности процесса в челюсти различают

- ☐ острый, под острый, хронический и обострившийся
- ☒ ограниченный, очаговый и разлитой
- ☐ легкой, средней тяжести и тяжелая форма
- ☐ литическая и секвестрирующая форма ☐ гнойный, деструктивный и гиперостозный

132. Задание {{ 132 }} ТЗ 132 Тема 1-4-0

По характеру клинического течения различают остеомиелит

- ☒ острый, под острый, хронический и обострившийся
- ☐ ограниченный, очаговый и разлитой
- ☐ легкой, средней тяжести и тяжелая форма
- ☐ литическая и секвестрирующая форма

133. Задание {{ 133 }} ТЗ 133 Тема 1-4-0

Общее состояние больных при остром одонтогенном остеомиелите чаще характеризуется тяжестью течения

- ☐ легкой
- ☐ средней
- ☒ средней или тяжелой
- ☐ тяжелой

134. Задание {{ 134 }} ТЗ 134 Тема 1-4-0

Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти, характеризуется

- ☐ более легким течением, менее частыми и разнообразными осложнениями, небольшими секвестрами
- ☒ более тяжелым течением, более частыми и разнообразными осложнениями, обширной секвестрацией аналогичное течение на обеих челюстях клиника сходна

135. Задание {{ 135 }} ТЗ 135 Тема 1-4-0

Рентгенологические признаки острого одонтогенного остеомиелита в первые дни его развития

- ☐ участки некроза, секвестрация, секвестральная капсула
- ☐ очаги разрежения костной ткани различных размеров
- ☒ признаки периодонтита
- ☐ дефекты костной ткани

136. Задание {{ 136 }} ТЗ 136 Тема 1-4-0

Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита

- ☐ на 2-5 сутки после начала заболевания
- ☐ на 6-10 сутки после начала заболевания ☒ на 10-14 сутки ; после начала заболевания
- ☐ не ранее, чем через месяц после начала заболевания

137. Задание {{ 137 }} ТЗ 137 Тема 1-4-0

Всегда ли острый одонтогенный остеомиелит заканчивается секвестрацией, те переходит в хроническую форму

- ☐ нет
- ☐ да
- ☒ нет, если с первых дней развития заболевания (в 1-2 сутки) проводилось патогенетическое лечение
- ☐ зависит от локализации воспаления

138. Задание {{ 138 }} ТЗ 138 Тема 1-4-0

Имеются ли достоверные клинические отличия острого одонтогенного периостита и острого одонтогенного остеомиелита в ранней стадии воспаления

- ☒ нет, достоверных отличий нет
- ☐ достоверных отличий много (боль, подвижность и перкуссия зубов, наличие припухлости челюсти и мягких тканей и др)
- ☐ достоверных отличий мало (рентгенография и тяжесть течения заболеваний) ☐ только рентгенологические данные

139. Задание {{ 139 }} ТЗ 139 Тема 1-4-0

Как долго продолжается хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в области ветви

- ☐ 1-2 недели; -3-4 недели
- ☐ не более 4-6 недель
- ☒ 4-6 недель, а иногда несколько месяцев и даже лет
- ☐ 2 месяца

140. Задание {{ 140 }} ТЗ 140 Тема 1-4-0

Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите ☐ -данные рентгенографии

☐ данные анализа крови

☒ выпячивание грануляций из свищевого хода

☐ подвижность зубов

☐ появление свищей на альвеолярном отростке челюсти

141. Задание {{ 141 }} ТЗ 141 Тема 1-4-0

Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите

☒ деструкции

☒ регенерации

☐ остеопороза ☐ остеосклероза

142. Задание {{ 142 }} ТЗ 142 Тема 1-4-0

Какое лечение проводится в период формирования секвестров

☒ мероприятия направлены на борьбу с инфекцией

☒ сохранения микроциркуляции

☒ снижения сосудистой проницаемости

☒ секвестрэктомия

☐ снижение сосудистой проницаемости,

☐ зубное протезирование

143. Задание {{ 143 }} ТЗ 143 Тема 1-4-0

Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает

☐ более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей

☐ секвестрация обширная

☐ не отличается от такового у молодых ☒ секвестрация редко бывает обширной

144. Задание {{ 144 }} ТЗ 144 Тема 1-4-0

Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста

☒ выражена слабее, чем у молодых людей ☐

такая же, как и у лиц молодого возраста

☐ выражена больше, чем у молодых людей

☐ отсутствует

145. Задание {{ 145 }} ТЗ 145 Тема 1-4-0

Характерные патоморфологические признаки одонтогенного остеомиелита

☒ очаги гнойной инфильтрации костного мозга

☒ тромбозов сосудов

☒ гнойное расплавление тромбов

☐ наличие оссификации кости с явлениями гиперостоза

- ☐ разрастание фиброзной ткани из очага воспаления

146. Задание {{ 146 }} ТЗ 146 Тема 1-4-0

Молниеносное течение остеомиелита наблюдается реже

- ☐ у детей
☐ у взрослых ☒ у пожилых людей

147. Задание {{ 147 }} ТЗ 147 Тема 1-4-0

Распространение остеомиелитического процесса на тело челюсти - это

- ☐ ограниченный остеомиелит ☒ очаговый остеомиелит
☐ разлитой (диффузный) остеомиелит
☐ деструктивный остеомиелит

148. Задание {{ 148 }} ТЗ 148 Тема 1-4-0

Первично- хронический остеомиелит протекает

- ☐ с температурной реакцией
☐ с образованием свищей и обычным гнойным отделяемым
☒ без температурной реакции
☒ без образования свищей
☒ с незначительной деструкцией костной ткани

149. Задание {{ 149 }} ТЗ 149 Тема 1-4-0

Для хронического одонтогенного остеомиелита характерно

- ☒ уменьшение количества лейкоцитов до верхней границы нормы, нормализация количества палочкоядерных клеток, уменьшение СОЭ
☐ появление юных нейтрофильных лейкоцитов
☐ анизоцитоз
☐ появление белка в моче

150. Задание {{ 150 }} ТЗ 150 Тема 1-4-0

Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно

- ☒ высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно
☐ жалобы на периодические ноющие боли в зубе
☐ ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну

151. Задание {{ 151 }} ТЗ 151 Тема 1-4-0

Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной ☒ на 2-4 сутки от начала заболевания

- ☐ на 5-10 сутки от начала заболевания

- ☐ на 10-14 сутки от начала заболевания
- ☐ на 14-20 сутки от начала заболевания

152. Задание {{ 152 }} Т3 152 Тема 1-4-0

Острая стадия остеомиелита длится

- ☐ одну неделю, при обширных костных поражениях до 2-4 недель ☒ 2-3 недели, при обширных костных поражениях до 4 недель
- ☐ 3-4 недели, при обширных костных поражениях до 6 недель ☐ 7-8 недель

153. Задание {{ 153 }} Т3 153 Тема 1-4-0

Жалобы больного при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей

- ☐ резкие боли, высокая температура тела, озноб, слабость
- ☒ подвижность группы зубов
- ☒ утолщение кости без резких границ ☒ наличие малоблезненной припухлости

154. Задание {{ 154 }} Т3 154 Тема 1-4-0

Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей

- ☒ вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым ☐ асимметрия лица, синюшность кожи,
- ☐ гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта ☐ одностороннее утолщение кости

155. Задание {{ 155 }} Т3 155 Тема 1-4-0

Наиболее грозным в прогностическом отношении течения острого одонтогенного остеомиелита является сочетание

- ☐ выраженное увеличение числа нейтрофильных гранул о цитое и увеличение СОЭ до 30 мм/ч
- ☐ наличие изменений со стороны красной крови
- ☒ сочетание лейкопении, моноцитопении, эозинофилии и СОЭ (до 30 и более мм в час)

156. Задание {{ 156 }} Т3 156 Тема 1-4-0

Началу острого одонтогенного остеомиелита предшествует

- ☒ инфекционные заболевания
- ☒ параллергические реакции
- ☒ аллергические заболевания
- ☐ хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
- ☐ нарушение сердечно-сосудистой деятельности

157. Задание {{ 157 }} Т3 157 Тема 1-4-0

Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно

- ☐ ноющие боли в причинном зубе
- ☐ интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

- ☒ парестезия нижней губы ☒
затрудненное открывание рта

158. Задание {{ 158 }} T3 158 Тема 1-4-0

В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных

- ☐ удовлетворительное или средней тяжести
☒ средней тяжести и тяжелое
☐ общее состояние не страдает
☐ улучшается

159. Задание {{ 159 }} T3 159 Тема 1-4-0

Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти характеризуется

- ☒ более тяжелым клиническим течением заболевания
☒ разнообразием осложнений
☐ вовлечением в процесс меньших участков кости
☐ абортным течением

160. Задание {{ 160 }} T3 160 Тема 1-4-0

Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита

- ☒ удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение
☐ предупредить развитие инфекции и образование некроза
☐ снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб
☐ уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия
☐ провести симптоматическое лечение

161. Задание {{ 161 }} T3 161 Тема 1-4-0

Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров

- ☒ борьба с инфекцией в очаге воспаления
☒ предупреждение образования новых некрозов
☐ назначение гаммаглобулина, ☐ проведение секвестрэктомии

162. Задание {{ 162 }} T3 162 Тема 1-4-0

Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в фазе стабилизации воспалительного процесса

- ☒ секвестрэктомия,
☒ повышение неспецифического иммунитета
☒ создание благоприятных условий для регенерации в челюстных костях
☐ своевременное зубное протезирование глотки ☐ интенсивное дезинтоксикационное лечение

5. Гаймориты

163. Задание {{ 163 }} ТЗ 163 Тема 1-5-0

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- ☐ носовое кровотечение
- ☐ кровотечение из лунки
- ☐ перелом альвеолярного отростка ☒ выделение из лунки пенистой крови

164. Задание {{ 164 }} ТЗ 164 Тема 1-5-0

Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

- ☐ жалоб больного
- ☐ клинических данных
- ☐ рентгенологической картины ☒ клинико-рентгенологической картины

165. Задание {{ 165 }} ТЗ 165 Тема 1-5-0

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- ☐ носовое кровотечение
- ☐ кровотечение из лунки
- ☐ перелом альвеолярного отростка
- ☐ положительный симптом нагрузки ☒ положительная носо-ротовая проба

166. Задание {{ 166 }} ТЗ 166 Тема 1-5-0

При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо провести гайморотомию динамическое наблюдение

- ☒ промыть пазуху антисептиком
- ☐ укрыть лунку йодоформным тампоном
- ☐ закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

167. Задание {{ 167 }} ТЗ 167 Тема 1-5-0

При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо

- ☐ провести гайморотомию
- ☐ динамическое наблюдение
- ☐ промыть пазуху антисептиком
- ☐ укрыть лунку йодоформным тампоном
- ☒ закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

168. Задание {{ 168 }} ТЗ 168 Тема 1-5-0

При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение

- ☐ физиотерапия
- ☐ гайморотомия
- ☐ иссечение свища

- ☐ промывание пазухи антисептиком
- ☒ гайморотомия с одномоментной пластикой свища

169. Задание {{ 169 }} ТЗ 169 Тема 1-5-0

При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают

- ☐ obturatorом
- ☐ защитной пластинкой
- ☐ йодоформным тампоном
- ☐ мостовидным протезом
- ☒ йодоформным тампоном и защитной пластинкой

170. Задание {{ 170 }} ТЗ 170 Тема 1-5-0

Правильно ли, что одним из признаков острого одонтогенного гайморита является наличие остеомиелитического очага в области альвеолярного отростка верхней челюсти

- ☐ да
- ☒ нет

171. Задание {{ 171 }} ТЗ 171 Тема 1-5-0

Всегда ли острый одонтогенный гайморит переходит в хроническую стадию

- ☐ да
- ☒ нет

172. Задание {{ 172 }} ТЗ 172 Тема 1-5-0

Для установления диагноза "острый одонтогенный гайморит" обязательными являются следующие исследования

- ☐ анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- ☐ диафаноскопия
- ☒ рентгеноскопия
- ☒ электроодонтодиагностика зубов
- ☒ эндоназальные исследования

173. Задание {{ 173 }} ТЗ 173 Тема 1-5-0

Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует

- ☐ микростома
- ☒ аномальное положение
- ☒ недоразвитие челюстей
- ☐ сужение нижней челюсти
- ☐ артрит височно-нижнечелюстного сустава

174. Задание {{ 174 }} ТЗ 174 Тема 1-5-0

Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани

- ☐ филатовского стебля слизистой оболочки щеки

- ☐ слизистой оболочки верхней губы
- ☐ слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка ☒ слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

175. Задание {{ 175 }} ТЗ 175 Тема 1-5-0

Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- ☐ тризм
- ☒ носовое кровотечение
- ☐ деформация скуловой области
- ☐ парез краевой ветви nfacialis

176. Задание {{ 176 }} ТЗ 176 Тема 1-5-0

Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- ☐ тризм
- ☒ расхождение швов
- ☐ деформация скуловой области

- ☐ парез краевой ветви nfacialis

177. Задание {{ 177 }} T3 177 Тема 1-5-0

К объективным признакам, характерным для острого одонтогенного гайморита, относятся

- ☒ гиперемия щеки, плотность ее и болезненность при пальпации
☐ болезненность костных стенок пазухи при перкуссии (симптом Линка)
☒ отек и гиперемия слизистой оболочки нижней носовой раковины
☒ затемнение при рентгенографии

178. Задание {{ 178 }} T3 178 Тема 1-5-0

Правильно ли, что при одонтогенном гайморите необходимо удаление "причинного" зуба ☒ да

- ☐ нет

179. Задание {{ 179 }} T3 179 Тема 1-5-0

В какие сроки у эмбриона человека появляется верхнечелюстная пазуха

- ☐ в 1-й месяц эмбриональной жизни плода
☒ в конце 2-го - начале 3-го месяца эмбриональной жизни плода
☐ с 3-го по 4-й месяц жизни плода,
☐ с 4-го по 6-й месяц жизни эмбриона ☐ к концу 8-го месяца жизни эмбриона

180. Задание {{ 180 }} T3 180 Тема 1-5-0

Нижняя граница верхнечелюстной пазухи располагается у новорожденных

- ☐ ниже дна носовой полости на 5 мм ☐ ниже дна носовой полости на 3 мм
☐ на уровне дна носовой полости
☐ выше дна носовой полости на 3 мм
☒ выше дна носовой полости на 5 мм

181. Задание {{ 181 }} T3 181 Тема 1-5-0

К какому возрасту ребенка размеры верхнечелюстной пазухи приближаются к размерам взрослого человека

- ☐ 1 году
☐ 3 годам
☒ 6 годам
☐ 10 годам
☐ 15 годам

182. Задание {{ 182 }} T3 182 Тема 1-5-0

В каком возрасте нижняя граница верхнечелюстной пазухи лежит на одном уровне с дном полости носа

- ☐

- 1 году
- ☐ 3 годам
- ☒ 6 годам
- ☐ 10 годам ☐ 15 годам **183. Задание {{ 183 }} T3 183 Тема 1-5-0**

Пневматический тип верхнечелюстной пазухи - это

- ☒ чрезмерно развитая пазуха, распространяющаяся в отростки верхней челюсти
- ☐ малые размеры верхнечелюстной пазухи
- ☐ исход гайморита ☐ врожденная патология

184. Задание {{ 184 }} T3 184 Тема 1-5-0

Могут ли моляры верхней челюсти вызывать воспаление в верхнечелюстной пазухе ☐ нет

- ☐ очень редко ☒ довольно часто

185. Задание {{ 185 }} T3 185 Тема 1-5-0

Может ли встречаться асимметрия верхнечелюстных пазух, т.е. одна - пневматизирована, другая - склеротический тип

- ☐ да
- ☐ нет
- ☒ встречается очень редко
- ☐ зависит от возраста

186. Задание {{ 186 }} T3 186 Тема 1-5-0

Каким эпителием выстлана верхнечелюстная пазуха у взрослых

- ☐ плоским неороговевающим
- ☐ плоским ороговевающим
- ☒ многослойным мерцательным
- ☐ цилиндрическим
- ☐ кубическим

187. Задание {{ 187 }} T3 187 Тема 1-5-0

Хирургические вмешательства на альвеолярном отростке могут ли вызвать или обострить течение гайморита

- ☐ нет, такого не бывает
- ☐ очень редко
- ☒ могут, довольно часто

188. Задание {{ 188 }} T3 188 Тема 1-5-0

Какие наиболее частые симптомы острого гайморита

- ☐ иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва
- ☐

- ☒ боль, чувство тяжести
- ☒ давления и напряжения в соответствующей половине лица ☐ выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа

189. Задание {{ 189 }} ТЗ 189 Тема 1-5-0

При остром гайморите какая часть лица чаще всего припухает

- ☐ нижнее веко подглазничная область
- ☒ щечная область ☐ скуловая область

190. Задание {{ 190 }} ТЗ 190 Тема 1-5-0

При изучении рентгенограмм следует проводить сравнение пневматизации верхнечелюстных пазух с

- ☐ лобными пазухами
- ☐ решетчатым лабиринтом ☒ орбитами носовой полостью

191. Задание {{ 191 }} ТЗ 191 Тема 1-5-0

Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через

- ☒ нижний носовой ход
- ☐ средний носовой ход ☐ верхний носовой ход ☐ принципиальной разницы нет

192. Задание {{ 192 }} ТЗ 192 Тема 1-5-0

На сколько сантиметров нужно отступить кзади от переднего края нижней носовой раковины при проведении пункции верхнечелюстной пазухи

- ☐ 0,5 см
- ☐ 1,0-1,5 см
- ☒ 2,0-2,5 см
- ☐ 3,0-3,5 см
- ☐ 4,0-4,5 см

193. Задание {{ 193 }} ТЗ 193 Тема 1-5-0

Лечение острого серозного одонтогенного гайморита

- ☐ вскрыть верхнечелюстную пазуху
- ☒ устранить источник инфекции (причинный зуб),
- ☒ назначение сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ
- ☐ зуб в острой фазе воспаления не удалять,
- ☐ проведение гайморотомии

194. Задание {{ 194 }} ТЗ 194 Тема 1-5-0

Воспалительный процесс из верхнечелюстной пазухи не переходит на

- ☐ подвисочную ямку
- ☐ крылонёбную ямку
- ☐

- ☐ щечную область
- ☒ крыловидно-нижнечелюстное пространство
- ☐ орбиту
- ☐ лобную и решетчатую пазуху

195. Задание {{ 195 }} ТЗ 195 Тема 1-5-0 Особенность одонтогенного гайморита чаще имеет острое течение

☐

- ☒ чаще имеет первично- хроническое течение
- ☐ обязательно имеется чувство тяжести в верхней челюсти
- ☐ обязательно имеется гнойное выделение из соответствующей половины носа

196. Задание {{ 196 }} ТЗ 196 Тема 1-5-0

Какие стенки верхнечелюстной пазухи преимущественно поражаются при одонтогенном хроническом гайморите медиальная, передняя и верхняя

- ☐ задняя, нижняя и верхняя
- ☒ нижняя, передняя и наружная
- ☐ нижняя, передняя и медиальная
- ☐ задняя, передняя и нижняя ☐ наружная, передняя и верхняя

197. Задание {{ 197 }} ТЗ 197 Тема 1-5-0

Какая стенка верхнечелюстной пазухи преимущественно поражается при одонтогенном остеомиелите

- ☐ нижняя и медиальная
- ☒ нижняя и наружная
- ☐ наружная и медиальная
- ☐ нижняя и верхняя

198. Задание {{ 198 }} ТЗ 198 Тема 1-5-0

Одонтогенный хронический гайморит чаще имеет характер разлитой

- ☒ ограниченный
- ☐ деструктивный ☐ геморрагический

199. Задание {{ 199 }} ТЗ 199 Тема 1-5-0

Что нехарактерно для одонтогенного гайморита

- ☐ односторонность поражения
- ☒ разлитой характер
- ☐ наличие причинного зуба
- ☐ наличие перфорационного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи
- ☐ локализация в области дна, передней и латеральной стенки
- ☐ выделение гнойного содержимого в полость рта

200. Задание {{ 200 }} ТЗ 200 Тема 1-5-0

Что не является характерным для риногенного гайморита

- ☐ двухсторонность поражения
- ☐ разлитой характер
- ☐ отсутствие причинного зуба
- ☒ локализация в области дна, передней и наружной стенки верхнечелюстной пазухи

201. Задание {{ 201 }} ТЗ 201 Тема 1-5-0

Чем проводится контрастное рентгенографическое исследование верхнечелюстных пазух

- ☐ верографином
- ☒ йодолиполом
- ☐ кардиотраст
- ☐ уротраст

202. Задание {{ 202 }} ТЗ 202 Тема 1-5-0

Что не является характерным для аллергического гайморита

- ☐ протекает продолжительно
- ☐ частые обострения
- ☐ сезонность заболевания
- ☐ обильные выделения жидкого экссудата из носа
- ☒ отсутствие отека и синюшности слизистой оболочки носа
- ☐ отсутствие связи с "причинным" зубом

203. Задание {{ 203 }} ТЗ 203 Тема 1-5-0

Истинные кисты верхнечелюстных пазух возникают

- ☒ вследствие обтурации выводных протоков трубчато-альвеолярных желез слизистой оболочки
- ☐ в результате внутритканевого отека, растяжения лимфатических сосудов с последующим их превращением в кисту

204. Задание {{ 204 }} ТЗ 204 Тема 1-5-0

Острый одонтогенный серозный гайморит лечится

- ☐ удаление причинного зуба ☒ удаление причинного зуба
- ☒ назначением сосудосуживающих
- ☒ физиотерапевтических средств
- ☐ гайморотомия

205. Задание {{ 205 }} ТЗ 205 Тема 1-5-0

Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита

- ☐ пункция верхнечелюстной пазухи
- ☒ удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение
- ☐ гайморотомия

206. удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств

Задание {{ 206 }} ТЗ 206 Тема 1-5-0

Лечение хронического одонтогенного гайморита ☐

удаление причинного зуба, симптоматическое лечение

- ☐ пункция гайморовой пазухи и удаление причинного зуба

- ☒ удаление причинного зуба, гайморотомия ☐ гайморотомия с лечением причинного зуба

207. Задание {{ 207 }} ТЗ 207 Тема 1-5-0

Свищ верхнечелюстной пазухи - это

- ☐ сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 710 дней ☒ сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
- ☐ физиологическая норма
- ☐ сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища

208. Задание {{ 208 }} ТЗ 208 Тема 1-5-0

Если на 2-3 день после операции гайморотомии с местной пластикой свища отделяемое из пазухи резко прекращается, то необходимо

- ☒ промыть верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход
- ☐ повторная гайморотомия
- ☐ тампонировать верхнечелюстную пазуху
- ☐ усилить антибактериальную терапию

209. Задание {{ 209 }} ТЗ 209 Тема 1-5-0

Какое заболевание не относится к затрудненному прорезыванию зуба мудрости

- ☐ ретенция
- ☐ дистопия
- ☒ гайморит, ☐ перикоронит

210. Задание {{ 210 }} ТЗ 210 Тема 1-5-0

Ретенция зуба - это

- ☒ задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба
- ☐ неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку
- ☐ неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти
- ☐ воспалительное заболевание

211. Задание {{ 211 }} ТЗ 211 Тема 1-5-0

Дистопия -это

- ☐ задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба ☐ неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку
- ☒ неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти

- ☒ метод исследования прикуса

212. Задание {{ 212 }} ТЗ 212 Тема 1-5-0

Ретенция чаще наблюдается при прорезывании

- ☒ верхних клыков
☒ нижних зубов мудрости
☐ нижних клыков,
☐ верхних зубов мудрости, ☐ верхних малых коренных зубов

213. Задание {{ 213 }} ТЗ 213 Тема 1-5-0

Дистопированными чаще бывают

- ☐ премоляры резцы
☐ клыки
☒ нижние зубы мудрости,
☐ верхние зубы мудрости

214. Задание {{ 214 }} ТЗ 214 Тема 1-5-0

В зависимости от расположения ретенированного нижнего зуба мудрости не различают какое положение

- ☐ вертикальное
☐ горизонтальное
☐ медиально- косое
☐ дистально- косое
☒ глоточное

215. Задание {{ 215 }} ТЗ 215 Тема 1-5-0

В зависимости от расположения ретенированного нижнего зуба мудрости не различают какое положение

- ☐ язычное
☒ нёбное
☐ щечное ☐ комбинированное

216. Задание {{ 216 }} ТЗ 216 Тема 1-5-0

Дистально- косое положение нижнего зуба мудрости - это когда

- ☐ ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра
☐ ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра
☐ ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра
☒ ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти ☐ ось зуба наклонена в язычную сторону
☐ ось зуба наклонена в сторону щеки

217. Задание {{ 217 }} ТЗ 217 Тема 1-5-0

Медиально-косое положение нижнего зуба мудрости - это когда

- ☐ ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра
- ☐ ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра
- ☒ ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра
- ☐ ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти ☐ ось зуба наклонена в язычную сторону
- ☐ ось зуба наклонена в сторону щеки

218. Задание {{ 218 }} ТЗ 218 Тема 1-5-0

Какие рентгенснимки нужно сделать для уточнения локализации ретенированного верхнего клыка

- ☐ прицельный рентген снимок ☐ обзорный нижней челюсти
- ☒ прицельный рентгенснимок,
- ☒ обзорная рентгенография верхней челюсти
- ☐ боковая рентгенография нижней челюсти

219. Задание {{ 219 }} ТЗ 219 Тема 1-5-0

В каком возрасте обычно проводят ортодонтические методы лечения смещения зубов

- ☐ до 7 лет ☐ от 10 лет ☐ до 14-15 лет ☒ до 20 лет ☐ до 30 лет

220. Задание {{ 220 }} ТЗ 220 Тема 1-5-0

Для нормального прорезывания нижнего зуба мудрости необходимо, чтобы расстояние от заднего края второго нижнего моляра до переднего края ветви нижней челюсти должно быть не менее ☐ 5 мм

- ☐ 10 мм
- ☒ 15 мм
- ☐ 20 мм

221. Задание {{ 221 }} ТЗ 221 Тема 1-5-0

Расстояние от заднего края коронки зуба мудрости до переднего края ветви нижней челюсти для нормального прорезывания должно быть не менее

- ☒ 5 мм
- ☐ 10 мм
- ☐ 15 мм
- ☐ 20 мм

222. Задание {{ 222 }} ТЗ 222 Тема 1-5-0

При обследовании больного с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости не следует учитывать

- ☐ возраст
- ☐ состояние мягких тканей, окружающих зуб
- ☒ уровень сиаловых кислот в крови
- ☐ состояние рядом стоящих зубов

- ☐ положение нижнего зуба мудрости
- ☐ состояние зуба- антагониста,
- ☐ состояние костной ткани

223. Задание {{ 223 }} ТЗ 223 Тема 1-5-0

Если корень второго моляра оголен более, чем на одну треть, как с ним необходимо поступить при удалении ретенированного зуба мудрости

- ☐ не удалять
- ☐ сохранить, в дальнейшем депульпировать ☒ обязательно удалить вместе с зубом мудрости
- ☐ удалить через 1-2 года

224. Задание {{ 224 }} ТЗ 224 Тема 1-5-0

Перикоронит - это

- ☐ воспаление кости нижней челюсти
- ☒ воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном и затрудненном прорезывании
- ☐ вяло протекающее воспаление в подкожной клетчатке
- ☐ под надкостничное воспаление

225. Задание {{ 225 }} ТЗ 225 Тема 1-5-0

Физиологической нормой считается расширение периодонтальной щели с дистальной стороны коронки зуба мудрости

- ☐ до 1 мм ☒ до 2 мм
- ☐ до 3 мм
- ☐ до 4 мм

226. Задание {{ 226 }} ТЗ 226 Тема 1-5-0

Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате

- ☐ недостатка места в челюсти
- ☐ хронической травмы
- ☒ хронического воспалительного процесса
- ☐ наличия капюшона
- ☐ ретенции зуба

227. Задание {{ 227 }} ТЗ 227 Тема 1-5-0

Не может являться осложнением затрудненного прорезывания зуба мудрости

- ☐ острый гнойный периостит
- ☐ перикоронит
- ☐ язвенный стоматит,
- ☒ хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава

☐ остеомиелит парадентальная киста **228. Задание {{ 228 }} ТЗ 228 Тема 1-5-0**

Правильная классификация перикоронита в зависимости от клинической формы воспаления мягких тканей, окружающих зуб

- ☒ катаральный, гнойный, язвенный
- ☐ язвенный
- ☐ фиброзный
- ☐ катаральный ☐ гранулирующий

229. Задание {{ 229 }} ТЗ 229 Тема 1-5-0

Показания к удалению нижнего зуба мудрости

- ☐ острый перикоронит
- ☒ рецидивы воспалительного процесса при затрудненном прорезывании
- ☐ травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом- антагонистом ☐ тризм

230. Задание {{ 230 }} ТЗ 230 Тема 1-5-0

Язвенный перикоронит поражает мягкие ткани вокруг нижней челюсти

- ☒ одной половины
- ☐ с двух сторон

231. Задание {{ 231 }} ТЗ 231 Тема 1-5-0

Язвенный перикоронит может поражать мягкие ткани вокруг альвеолярного отростка нижней челюсти с распространением на слизистую оболочку

- ☐ подъязычной области
- ☒ щеки
- ☐ крыловидно-нижнечелюстные складки
- ☐ боковую стенку глотки

232. Задание {{ 232 }} ТЗ 232 Тема 1-5-0

Язвенный гингивостоматит может ли распространяться на слизистую оболочку щеки ☐

может ☒ нет, не может

233. Задание {{ 233 }} ТЗ 233 Тема 1-5-0

Язвенный перикоронит может ли осложниться язвенным стоматитом

- ☐ нет, не осложняется
- ☒ может осложняться

234. Задание {{ 234 }} ТЗ 234 Тема 1-5-0

Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- ☐ невралгия
- ☐ микростома
- ☐ ксеростомия
- ☒ перикоронит
- ☐ сужение нижней челюсти

235. Задание {{ 235 }} ТЗ 235 Тема 1-5-0

Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- ☒ тризм
- ☐ невралгия
- ☐ микростома
- ☐ ксеростомия
- ☐ сужение нижней челюсти

236. Задание {{ 236 }} ТЗ 236 Тема 1-5-0

При правильном положении третьего моляра и перикороните производится

- ☐ удаление зуба
- ☐ секвестрэктомия
- ☒ иссечение капюшона
- ☐ аппликации лидокаина
- ☐ разрез по переходной складке

237. Задание {{ 237 }} ТЗ 237 Тема 1-5-0

При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится

- ☒ удаление зуба
- ☐ секвестрэктомия
- ☐ иссечение капюшона
- ☐ аппликации лидокаина ☐ разрез по переходной складке

238. Задание {{ 238 }} ТЗ 238 Тема 1-5-0

При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе

- ☐ по переходной складке с язычной стороны
- ☐ по переходной складке с вестибулярной стороны
- ☒ от середины второго моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
- ☐ от середины второго моляра вниз к переходной складке с язычной стороны ☐ от середины первого моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны

239. Задание {{ 239 }} ТЗ 239 Тема 1-5-0

Третий нижний моляр удаляют

- ☐ прямыми щипцами
- ☐ крючком Лимберга
- ☐ элеватором Волкова
- ☒ элеватором Леклюза ☐ элеватором Карапетяна

240. Задание {{ 240 }} ТЗ 240 Тема 1-5-0

Третий нижний моляр удаляют

- ☐ прямыми щипцами

- ☐ крючком Лимберга
☒ прямым элеватором ☐ элеватором
 Волкова

241. Задание {{ 241 }} T3 241 Тема 1-5-0

Имеется ли взаимосвязь возникновения и особенностей клинического течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний в зависимости от микробной сенсibilизации больного

- ☐ нет, не имеется
☐ имеется, но в редких случаях
☒ да, имеется
☐ зависит от времени года

6. Лимфаденит

242. Задание {{ 242 }} T3 242 Тема 1-6-0

Направление крупных лимфатических сосудов:

- ☒ соответствует ходу кровеносных сосудов
☐ соответствует ходу бронхов ☐ соответствует ходу нервов.
☐ хаотично

243. Задание {{ 243 }} T3 243 Тема 1-6-0

У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов ☐ 1-3 шт. ☒ 4-5 шт.
☐ 6-6 шт.
☐ 10-12 шт

244. Задание {{ 244 }} T3 244 Тема 1-6-0

Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из: ☐
 1-3 узлов
☒ 3-5 узлов 5-7
 узлов
☐ 8-10 узлов

245. Задание {{ 245 }} T3 245 Тема 1-6-0

Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области: ☐ 1-3 шт. ☐ 3-6 шт.
☒ 9-13 шт.
☐ 14-19 шт

246. Задание {{ 246 }} T3 246 Тема 1-6-0

Какое количество лимфатических узлов находится в теменной и височной областях ☒ лимфоузлов нет ☐ 1-3 шт. ☐ 5-7 шт.
☐ 8-10 шт

247. Задание {{ 247 }} ТЗ 247 Тема 1-6-0

Носогубные лимфатические узлы получают лимфу из:

- ☐ мягких тканей наружного носа
- ☐ щечной области
- ☒ поверхностных частей подглазничной области
- ☐ верхней губы ☐ надбровной области

248. Задание {{ 248 }} ТЗ 248 Тема 1-6-0

Носогубные лимфоузлы всегда встречаются или нет:

- ☐ постоянные
- ☒ непостоянные ☐ вообще не встречаются

249. Задание {{ 249 }} ТЗ 249 Тема 1-6-0

Щечные лимфатические узлы постоянно встречаются или нет

- ☐ постоянные
- ☒ непостоянные, ☐ вообще не встречаются

250. Задание {{ 250 }} ТЗ 250 Тема 1-6-0

Щечный лимфатический узел располагается:

- ☐ в толще щечной мышцы, в середине щеки ☒ на наружной поверхности щечной мышцы
- ☐ в нижнем отделе щеки,
- ☐ с внутренней стороны щечной мышцы

251. Задание {{ 251 }} ТЗ 251 Тема 1-6-0

Щечные лимфатические узлы получают лимфу от:

- ☐ наружных и внутренних половин век, щеки
- ☐ зубов и десны соответствующей половины верхней челюсти
- ☒ зубов и десны дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти
- ☐ резцов и клыков верхней челюсти

**252. Задание {{ 252 }} ТЗ 252 Тема 1-6-
0**

Нижнечелюстные (супрамандибулярные) лимфоузлы:

- ☐ постоянные ☒ непостоянные

**253. Задание {{ 253 }} ТЗ 253 Тема 1-6-
0**

Количество поднижнечелюстных лимфатических узлов:

- ☐ не более 2 шт. ☐ более 10-12 шт ☐ отсутствуют ☒ от 1-3 до 8-10шт.

**254. Задание {{ 254 }} ТЗ 254 Тема 1-6-
0**

Лимфатическими узлами второго порядка для щечных и нижнечелюстных узлов являются: ☐ носогубные узлы,

- ☐ шейные узлы

- ☐ околоушные узлы ☒ поднижнечелюстные узлы

255. Задание {{ 255 }} ТЗ 255 Тема 1-6-

Подподбородочные лимфатические узлы находятся:

- ☐ между передним и задним брюшком двубрюшной мышцы ☐ возле заднего брюшка двубрюшной мышцы
☐ около переднего брюшка двубрюшной мышцы, ☒ между передними брюшками двубрюшной мышцы

256. Задание {{ 256 }} ТЗ 256 Тема 1-6- кологлоточные лимфоузлы получают лимфатические сосуды от:

- ☒ твердого и мягкого неба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха
☐ твердого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего и внутреннего уха,
☐ мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха, языка
☐ глотки, верхнечелюстных пазух, корня языка

257. Задание {{ 257 }} ТЗ 257 Тема 1-6-

Окологлоточные лимфатические узлы располагаются:

- ☒ сзади и сбоку от глотки
☐ спереди и сбоку от глотки
☐ в нижнем отделе глотки ☐ в верхнем отделе глотки

258. Задание {{ 258 }} ТЗ 258 Тема 1-6-

Язычный лимфатический узел получает лимфу от:

- ☐ передней трети языка

- ☐ средней трети языка
- ☒ задней трети языка
- ☐ передней, средней и задней трети языка

259. Задание {{ 259 }} ТЗ 259 Тема 1-6-

Язычный лимфатический узел находится:

- ☐ в верхнем отделе подбородочно-язычной мышцы
- ☒ на уровне середины подбородочно-язычной мышцы
- ☐ в нижнем отделе подбородочно-язычной мышцы
- ☐ на дорзальной поверхности задней трети языка

260. Задание {{ 260 }} ТЗ 260 Тема 1-6-

В каком возрасте заканчивается формирование лимфатических узлов: ☐ 6-8 лет, ☒ 8-10 лет ☐ после 14 лет

- ☐ формируются всю жизнь человека

261. Задание {{ 261 }} ТЗ 261 Тема 1-6-

В каком возрасте заканчивается формирование лимфатических узлов:

- ☐ 2-3 года
- ☐ 4-6 лет
- ☐ 6-8 лет,
- ☒ 8-10 лет

262. Задание {{ 262 }} ТЗ 262 Тема 1-6-

В лимфатическом узле имеется ли мышечная ткань ☐ отсутствует

- ☒ имеются гладкомышечные клетки, которые собраны в волокна
- ☐ имеются поперечнополосатые мышечные клетки, собранные в волокна,
- ☐ имеется мышечная ткань (гладкомышечная и поперечнополосатая)

263. Задание {{ 263 }} ТЗ 263 Тема 1-6-

0

Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи ☒ золотистый стафилококк

- ☐ стрептококк
- ☐ кишечная палочка
- ☐ протей
- ☐ смешанная микрофлора

264. Задание {{ 264 }} ТЗ 264 Тема 1-60 Периаденит -это:

- ☐ серозное воспаление лимфатического узла
- ☐ гнойное воспаление лимфатического узла

- ☒ серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел
- ☐ гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел

265. Задание {{ 265 }} ТЗ 265 Тема 1-6-

0

Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности ☐ не может увеличиваться

- ☐ не более, чем в 2 раза
- ☒ в 2-3 раза
- ☐ в 4-7 рази более

266. Задание {{ 266 }} ТЗ 266 Тема 1-6-

0

Патологоанатомические изменения при затяжном хроническом лимфадените и ранее перенесенном гнойном воспалении:

- ☐ серозная инфильтрация лимфатического узла
- ☐ гнойная инфильтрация лимфатического узла с серозной инфильтрацией окружающих тканей
- ☒ разрастание фиброзной ткани, утолщение капсулы, лимфоузел сморщивается и превращается в фиброзный тяж
- ☐ гиперплазия лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью

267. Задание {{ 267 }} ТЗ 267 Тема 1-6-

0

В зависимости от характера клинического течения лимфадениты делятся на:

- ☐ одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные
- ☒ острые, хронические и обострившиеся хронические
- ☐ специфические и неспецифические
- ☐ первичные и вторичные

268. Задание {{ 268 }} ТЗ 268 Тема 1-6-

0

Как называют лимфаденит, если не удастся обнаружить его видимую связь с каким-либо патологическим очагом

- ☐ неодонтогенным
- ☐ специфическим
- ☐ неспецифическим
- ☒ первичным

☐ вторичным

269. Задание {{ 269 }} ТЗ 269 Тема 1-6-

0 Трункулярный лимфангоит - это:

- ☒ воспаление крупных лимфатических сосудов
- ☐ воспаление мелких лимфатических сосудов
- ☐ воспаление мелких лимфатических узлов
- ☐ воспаление крупных лимфатических узлов

270. Задание {{ 270 }} ТЗ 270 Тема 1-6-

0

Диагностируются ли поверхностные (ретикулярные) лимфангоиты лица ☐ да, довольно часто

- ☐ редко
- ☒ практически не диагностируются
- ☐ зависит от возраста больного

271. Задание {{ 271 }} ТЗ 271 Тема 1-6-

0

Какая имеется особенность в течении лимфаденита у людей пожилого возраста ☐ особое (быстрое) течение ☒ протекает медленнее ☐ особенностей нет.

- ☐ осложняются кровотечениями

272. Задание {{ 272 }} ТЗ 272 Тема 1-6-

0

Аденофлегмоны в пожилом возрасте имеют:

- ☐ разлитой характер
- ☒ ограниченный характер
- ☐ у пожилых людей не встречаются.
- ☐ некротическое течение

273. Задание {{ 273 }} ТЗ 273 Тема 1-6-

0

У лиц пожилого возраста лимфадениты встречаются:

- ☐ чаще, чем в других возрастных группах ☒ реже, чем в других возрастных группах
- ☐ встречается одинаково часто

274. Задание {{ 274 }} ТЗ 274 Тема 1-6-

0

При туберкулезном лимфадените чаще поражаются лимфатические узлы:

- ☒ шейные
- ☐ околоушные

- ☐ щечные
- ☐ подподбородочные

275. Задание {{ 275 }} ТЗ 275 Тема 1-6-0

Для туберкулезного лимфаденита характерно:

- ☒ наличие пакетов лимфоузлов
- ☒ длительный субфебрилитет
- ☒ положительные реакции Пирке и Манту
- ☒ наличие в пунктате гигантских клеток Пирогова-Ланганса
- ☐ клетки Березовского- Штернберга
- ☐ тени Боткина- Гумпрехта

276. Задание {{ 276 }} ТЗ 276 Тема 1-6-0

Ложный паротит Герценберга это:

- ☐ лимфогенный паротит
- ☐ острый паротит
- ☐ контактный паротит
- ☐ актиномикоз околоушной железы
- ☒ острый серозный лимфаденит внутрижелезистых лимфоузлов околоушной области

277. Задание {{ 277 }} ТЗ 277 Тема 1-6-0

Для ложного паротита

Герценберга характерны

симптомы:

- ☒ плотный болезненный или малобезболезненный ограниченный инфильтрат в околоушной области, слюноотделение не нарушено,
- ☐ гиперемия кожи, наличие уплотнения
- ☐ обычно цвет кожи не изменен, из околоушного протока гнойное отделяемое с наличием плотного узла
- ☐ из околоушного протока выделяется прозрачная слюна, плотный безболезненный узел

278. Задание {{ 278 }} ТЗ 278 Тема 1-6-0

Отличительные особенности сифилитического лимфаденита:

- ☒ значительная твердость лимфоузла, положительная реакция Вассермана, в пунктате - бледные трепонемы
- ☐ лимфатические узлы спаяны между собой и с окружающими тканями, RW - отрицательное
- ☐ лимфоузлы всегда сопровождаются нагноением,

- ☐ в пунктате - нет бледных трепонем при отрицательной реакции Вассермана

279. Задание {{ 279 }} ТЗ 279 Тема 1-6-0

Для актиномикотического поражения лимфатических узлов не характерно:

- ☐ вялое течение,
- ☐ периаденит
- ☐ втянутые свищи
- ☐ рецидивирующее течение
- ☐ отсутствие положительного эффекта от обычной терапии
- ☒ острое начало заболевания, высокая температура тела, проба с актинолизатом отрицательная

280. Задание {{ 280 }} ТЗ 280 Тема 1-60 Физиотерапевтические процедуры, рекомендуемые при серозных лимфаденитах:

- ☒ УВЧ в атермической дозе, согревающие компрессы, блокады шейного и звездчатого ганглия
- ☐ УВЧ в термической дозе,
- ☐ полуспиртовые компрессы, компрессы с ронидазой, ☐ компрессы с ДМСО, электрофорез галантамина грелки или гипотермия

281. Задание {{ 281 }} ТЗ 281 Тема 1-6-0

После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:

- ☐ дренировать гнойную рану
- ☒ удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану
- ☐ наложить первичные швы
- ☐ наложить первично-отсроченный шов

282. Задание {{ 282 }} ТЗ 282 Тема 1-6-0

Звездчатый симпатический ганглий -это:

- ☐ верхний шейный ганглий ☐ средний шейный ганглий
- ☐ нижний шейный ганглий
- ☒ нижний шейный и верхний грудной ганглий

Перечень вопросов

Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.

Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстнолицевого стационара.

Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов (шелк, кетгут, нити из синтетических материалов).

Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.

Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов и их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном его прорезывании и неправильном расположении. Обработка раны после удаления зуба Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.

Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Классификация. Этиопатогенез. Принципы диагностики. Изменения иммунологической реактивности организма при одонтогенных воспалительных заболеваниях.

Абсцессы и флегмоны, прилежащие нижней челюсти. Флегмоны поднижнечелюстной и подподбородочной области. Флегмоны дна полости рта. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага. Особенности обезболивания. Общие принципы лечения.

Абсцессы и флегмоны, прилежащие к верхней челюсти. Флегмоны подглазничной, скуловой, щечной областей, флегмоны орбиты. Флегмоны височной области, подвисочной и крыловидно- небной ямок. Топографическая анатомия клетчатых пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика,

дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага. Особенности обезболивания. Общие принципы лечения.

Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, патогенез. Особенности клиники и диагностики. Лечение гнилостно-некротических флегмон лица и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны. Осложнения одонтогенных воспалительных процессов лица и шеи. Сепсис. Тромбофлебит лицевых вен. Тромбоз кавернозного синуса. Причины, Клиника, диагностика, лечение. Септический шок. Медиастинит. Пути распространения инфекции в средостение. Особенности клиники и диагностики одонтогенного медиастинита. Интенсивная терапия. Интенсивная терапия больных с осложнениями воспалительных заболеваний ЧЛО. Трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, методы эфферентной терапии. Физиотерапия и реабилитация больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Статистика и классификация травм ЧЛО. Методы обследования больных с травмами мягких тканей и костей лица. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.

Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа). Классификация, клиника, диагностика.

Методы временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей (консервативно-ортопедические). Оперативные методы иммобилизации отломков костей лица (показания виды методика проведения). Особенности обезболивания при неогнестрельных повреждениях костей лица.

Термические, сочетанные, комбинированные поражения ЧЛО. Клиника, лечение. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.

Статистика и классификация травм ЧЛО. Методы обследования больных с травмами мягких тканей и костей лица. 3. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика. Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Переломы средней зоны лица (скуловой кости, дуги, костей носа). Классификация, клиника, диагностика. Методы временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей (консервативно-ортопедические). Оперативные методы иммобилизации отломков костей лица (показания виды методика проведения). Особенности обезболивания при неогнестрельных повреждениях костей лица. Осложнения, развивающиеся при лечении пострадавших с неогнестрельной травмой мягких тканей и костей лица (кровоизлияния, асфиксия, гематомы, кровотечения, посттравматические абсцессы и флегмоны, повреждения нервов, травматический гайморит, травматический артрит, анкилоз, нагноение костной раны, замедленная консолидация отломков, ложный сустав, переломы, консолидированные в порочном положении, травматический остеомиелит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Термические, сочетанные, комбинированные поражения ЧЛО. Клиника, лечение. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации. Боевые повреждения мягких тканей и костей лица. Особенности. Клиника,

диагностика. Первичная хирургическая обработка ран лица, ее особенности. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ

Задача №1

Пациенту 20 лет, соматически здоров. Обратился к хирургу-стоматологу для планового удаления зуба 25.

1. Предложите метод обезболивания
2. Опишите метод обезболивания
3. Техника удаления зуба 25.
4. Возможные местные осложнения.
5. Лечение местных осложнений

Задача №2

Пациенту 50 лет, соматически здоров. Обратился к хирургу-стоматологу для удаления зуба 47.

1. Предложите метод обезболивания.
2. Опишите метод обезболивания
3. Техника удаления зуба 47.
4. Возможные местные осложнения.
5. Лечение местных осложнений

Задача №3

Пациенту 30 лет, соматически здоров. Обратился к хирургу-стоматологу для удаления зуба 28.

1. Предложите метод обезболивания.
2. Опишите метод обезболивания
3. Техника удаления зуба 47.
4. Возможные местные осложнения.
5. Лечение местных осложнений

Задача №4

Пациентка К., 35 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в нижнем отделе лица, боли при глотании, ограничение открывания рта, затруднения речи. Из анамнеза: считает себя больной в течение 4 суток, когда после переохлаждения заболел разрушенный 38. На следующий день появилось слабоболезненное уплотнение в поднижнечелюстной области слева. Лечилась самостоятельно согревающими компрессами.

Припухлость увеличивалась в размерах, боли нарастали, стали отмечаться затруднения при глотании и разговоре. Каретой скорой медицинской помощи доставлена в отделение ЧЛХ. При осмотре: общее состояние больной средней тяжести, температура тела 39,0. Местно: асимметрия лица за счет припухлости тканей поднижнечелюстной области. Пальпируется инфильтрат, давление на который вызывает боль. Кожа над инфильтратом гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации определяется флюктуация. Язык приподнят, увеличена в объеме подъязычная складка (*plica sublingualis*), слизистая оболочка над ней гиперемирована, покрыта фибринозным налетом. При пальпации определяется инфильтрат, занимающий всю подъязычную область. 38 зуб разрушен, перкуссия слабо болезненна.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Поставьте клинический диагноз.
3. Назовите границы данного клетчаточного пространства, анатомические образования, находящиеся в нем, пути распространения инфекции.
4. Чем обусловлено ограничение открывания рта.
5. Назовите оперативный доступ и последовательность действий при флегмонах данной локализации.

Задача №5

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38,0°C. Из анамнеза: 4 дня назад появились боли в области 1.6. Несколько лет назад зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Интенсивность болей постепенно нарастала. 2 дня назад появилась припухлость правой щеки, гнойное течение из соответствующего носового хода.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости правой щеки. Кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации инфильтрат не определяется. Пальпация передней стенки верхнечелюстного синуса справа болезненная. При передней риноскопии в правом носовом ходе определяются гнойные корочки. Открывание рта в полном объеме, незначительно болезненное. В полости рта: 16 – под искусственной коронкой, перкуссия болезненная, слизистая оболочка по переходной складке в области 15, 16, 17 отечна, гиперемирована, пальпация болезненная.

На рентгенограмме 16: зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, в периапикальных тканях разражение костной ткани с нечеткими контурами.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите этиологию и патогенез данного заболевания.
5. Назовите типы строения верхнечелюстного синуса.
6. Опишите рентгенограмму.
7. План лечения больного. 8. Осложнения и исход заболевания.

Задача №7

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

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

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж. На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня. ***Вопросы***

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

Ответы

1. Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
2. На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки. 3. С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, атеромой.

4. Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулемой и удаление патологической грануляционной ткани.
5. Прогноз, как правило, положительный. Неудовлетворительные результаты являются следствием нарушения техники операции.

Задача №8

Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал «анальгин» и «бисептол» внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться? ***Ответы***

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти ,с небной стороны слева (небный абсцесс).
Хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.
2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.
3. В поликлинике.

4. 1) в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба
- 2) вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны. 3) удаление 24
- 4) антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика. 5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

Задача №9

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

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C. При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован, 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

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

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Какие целесообразно назначить антибиотики? **Ответы**

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 13 зуба.
2. При гнойно- некротическом процессе в кости происходит гнойная инфильтрация надкостницы с двух сторон.

3. Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.3 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.3. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

4. 1) сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти с двух сторон, дренировать раны.

2) удалить 13 зуб

3) провести дезинтоксикационную, антибактериальную, антигистаминную терапия

4) ежедневная обработка ран в полости рта растворами антисептиков

5. «Амоксиклав» 600 мг в\м х 2р\сут; или «Линкомицина гидрохлорид» 30% 1,0 в\м х 3р\сут
–14 дней