

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ДЕТСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Болезни височно-нижнечелюстного сустава у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Повреждения мягких тканей лица и шеи.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Повреждения костей лицевого скелета у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Врожденные и наследственные заболевания лица и шеи, челюстных и лицевых костей, слизистой оболочки рта у детей	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области у детей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- доклад/устное реферативное сообщение
- курация больного/ разбор тематического больного
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм

текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

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

2.1.1. Тестовые задания текущего контроля успеваемости (по темам или разделам)

Тема 1.

1. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) механотерапия
- 4) пращевидная повязка
- 5) физиотерапия

2. Родовая травма является наиболее частой причиной:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичного деформирующего остеоартроза
- 3) хронического артрита
- 4) вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 5) аплазии мышечного отростка

3. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) пращевидная повязка
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

4. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:

- 1) 1-2 лет
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7-9 лет
- 5) 10-15 лет

5. Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:

- 1) привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 3) аплазией суставной головки
- 4) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартрозом

6. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) механотерапия
- 4) миогимнастика
- 5) физиотерапия

7. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:

- 1) пращевидная повязка
- 2) механотерапия
- 3) артропластика
- 4) остеотомия ветви нижней челюсти
- 5) верно 3) и 4)

8. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) острый артрит
- 2) неоартроз
- 3) привычный вывих
- 4) деформирующий юношеский артроз
- 5) верно 1) и 3)

9. Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава является этиологическим фактором для:

- 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) хронического артрита
- 3) неоартроза
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза

10. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) расширена равномерно
- 2) расширена неравномерно
- 3) сужена равномерно
- 4) сужена неравномерно
- 5) не изменена

Ответы:

1-2	2-3	3-1	4-5	5-1	6-2	7-1	8-2	9-1	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2.

1. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого неба, тканей дна полости рта опасность для жизни ребенка представляет:

- 1) нарушение речи
- 2) нарушение приема пищи
- 3) асфиксия
- 4) столбняк
- 5) верно 1) и 2)

2. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- 1) 24 часа
- 2) до 36 часов
- 3) до 48 часов
- 4) до 72 часов
- 5) до 96 часов

3. Сроки первичной отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- 1) 24 часа
- 2) до 36 часов
- 3) до 48 часов
- 4) до 72 часов
- 5) до 5 суток

4. Ушиб мягких тканей лица- это:

- 1) повреждение тканей без нарушения целостности кожных покровов и слизистой оболочки полости рта
- 2) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки полости рта
- 3) поверхностное механическое повреждение участка кожи
- 4) повреждение наружного слухового прохода

5. Рана мягких тканей лица- это:

- 1) поверхностное механическое повреждение кожи и слизистой оболочки
- 2) повреждение кожи глубже лежащих тканей
- 3) нарушения целостности кожи и слизистой оболочки глубже лежащих тканей, вызванное механическим воздействием
- 4) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки
- 5) повреждения наружного слухового прохода

6. Проникающие раны лица- это:

- 1)раны с повреждением крупных сосудов
- 2)одновременно повреждение лица и содержимого глазницы
- 3)раны, сообщающиеся с полостью рта, носа и верхнечелюстных пазух
- 4)раны с повреждением крупных нервов и сосудов
- 5)кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки

7. Основным методом лечения ран челюстно-лицевой области является:

- 1) первичная хирургическая обработка раны
- 2) медикаментозное лечение
- 3) физиотерапия
- 4) криодеструкция
- 5)электрофорез

8.Основная цель ПХО ран заключается:

- 1)предупреждении развития воспалительных осложнений и восстановлении анатомической целостности тканей
- 2)остановке кровотечения
- 3)удалении инородных тел
- 4)эстетической составляющей
- 5)медикаментозное лечение

9.ПХО ран считается ранней, если она проводится в сроки;

- 1)до 24 часов после ранения
- 2) до 48 часов после ранения
- 3) до 12 часов после ранения
- 4) до 8 часов после ранения
- 5)до 72 часов

10.К повреждениям мягких тканей лица без нарушения целостности кожных покровов относятся:

- 1) ссадины
- 2) ушибы
- 3) раны

Ответы:

1-3	2-3	3-4	4-1	5-3	6-3	7-1	8-1	9-1	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 3

1. Характерным видом травмы временных зубов является:

- 1) перелом корня
- 2) вывих зуба
- 3) ушиб зуба
- 4) отлом коронки
- 5) верно 1) и 4)

2. При вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

- 1) зуб удалить
- 2) трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- 3) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
- 4) репозиция, фиксация, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- 5) наблюдение

3. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает:

- 1) вывих зуба полный
- 2) отлом коронки
- 3) ушиб зуба
- 4) вывих зуба неполный
- 5) верно 1) и 4)

4. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти при переломах, у детей рекомендуется снимать не ранее чем через:

- 1) одну неделю
- 2) две недели

- 3) три недели
- 4) четыре недели
- 5) шесть недель

5. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:

- 1) множественный кариес этих зубов и его осложнения
- 2) глубокий прогнатический прикус
- 3) мелкое преддверие рта
- 4) мезиальная окклюзия
- 5) верно 1) и 3)

6. При неполном вывихе временных резцов со сформированными корнями рекомендуется:

- 1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней
- 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
- 3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
- 4) зубы удалить
- 5) верно 2) и 3)

7. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:

- 1) проволочную с зацепными петлями
- 2) пластмассовую назубную
- 3) пластмассовую зубонадесневую
- 4) гладкую шину-скобу
- 5) шину Вебера

8. Решающим признаком полного перелома нижней челюсти является:

- 1) неправильный прикус
- 2) костная крепитация
- 3) нарушение функции жевания
- 4) гематома, отек окружающих тканей
- 5) локальная боль, усиливающаяся при пальпации

9. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области:

- 1) углов нижней челюсти
- 2) ветвей нижней челюсти
- 3) мышечковых отростков
- 4) зубов 34, 44
- 5) зубов 35, 45

19. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:

- 1) постоянном
- 2) временном
- 3) ортогнатическом
- 4) прогеническом
- 5) верно 3) и 4)

Ответы:

1-2	2-4	3-2	4-4	5-2	6-3	7-3	8-2	9-3	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 4

1. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

- 1) первые шесть недель
- 2) 6-12 недели
- 3) 24—28 недели
- 4) 29-30 недели
- 5) 30-31 недели

2. При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 2-3 лет
- 2) 5-6 лет
- 3) 15-16 лет

4) старше 16 лет

5) до 10 лет

3. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной

2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности

3) острая пища

4) чрезмерно соленая пища

4. К анатомическим нарушениям, имеющим место при полной расщелине верхней губы, относится:

1) деформация кожно-хрящевого отдела носа

2) нарушение сосания

3) ринолалия

4) гемиатрофия лица

5. Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям следует проводить в возрасте ребенка:

1) 1 месяц

2) 1 год

3) 2-3 года

4) 4-5 лет

6. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать:

1) до операции

2) по окончании хирургического лечения

3) в возрасте не ранее 6 лет

4) не ранее 10 лет

7. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является:

1) затрудненный прием пищи

2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти

3) нарушение речи

4) нарушение функции дыхания

8. Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:

1) полной односторонней

2) неполной односторонней

3) скрытой односторонней

4) неполной двухсторонней

9. Из вторичного неба развивается:

1) верхняя губа

2) альвеолярный отросток

3) мягкое и твердое небо

4) альвеолярный отросток и твердое небо

10. При изолированной врожденной расщелине мягкого неба оптимальный срок хирургического лечения ребенка в возрасте:

1) 2-3 месяцев

2) 4-6 месяцев

3) до 1 года

4) 1-2 лет

Ответы:

1-1	2-3	3-2	4-1	5-4	6-1	7-2	8-1	9-3	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 5

1. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

1) подъязычных

2) нижнечелюстных

3) околоушных

4) малых слизистой оболочки полости рта

2. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

- 1) томографии
- 2) контрастной рентгенографии
- 3) открытой хирургической биопсии
- 4) пункционной биопсии
- 5) морфологического исследования послеоперационного материала

3. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4) морфологический
- 5) клинический

4. Капиллярные и ограниченные капиллярно-кавернозные гемангиомы у детей рекомендуется лечить методом:

- 1) хирургическим
- 2) химиотерапии
- 3) криодеструкции
- 4) рентгенологическим
- 5) комбинированным

5. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты:

- 1) срединной шеи
- 2) воспалительной корневой
- 3) прорезывания
- 4) дермоидной
- 5) эпидермоидной

6. Особенностью большинства новообразований у детей является их:

- 1) медленный рост
- 2) дизонтогенетическое происхождение
- 3) высокая чувствительность к R-терапии
- 4) высокая чувствительность к химиотерапии

7. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

- 1) хирургический
- 2) хирургический с последующей лучевой терапией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия

8. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) гигантоклеточный эпulis
- 3) травматическая костная киста
- 4) фиброзная дисплазия
- 5) ангиодисплазия

9. К одонтогенным опухолям относится:

- 1) миксома челюсти
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома
- 4) саркома Юинга
- 5) хондрома

10. Тактика врача в отношении кисты прорезывания:

- 1) выжидательная (наблюдение)
- 2) проведение цистотомии с сохранением зуба
- 3) проведение цистэктомии с удалением зуба
- 4) проведение пункции кисты с последующим цитологическим исследованием

Ответы:

1-3	2-5	3-4	4-3	5-4	6-2	7-1	8-2	9-3	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 6

1. Злокачественные новообразования верхней челюсти составляют среди других опухолей человека.

- 1) 10%
- 2) 2-4%
- 3) 6%

2. Первичный рак нижней челюсти развивается из:

- 1) эпителия
- 2) нервной ткани
- 3) лимфатической ткани
- 4) соединительной ткани
- 5) эпителия островков Малассе

3. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является:

- 1) химиотерапия
- 2) выскабливание опухоли
- 3) блок-резекция челюсти
- 4) хирургическое и лучевая терапия
- 5) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

4. Окончательный диагноз «гигантоклеточная опухоль» ставится на основании данных:

- 1) опроса
- 2) цитологии
- 3) гистологии
- 4) анализов крови
- 5) клинико-рентгенологического исследования

5. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится

- 1) физикальный
- 2) биохимический
- 3) цитологический
- 4) иммунологический
- 5) ангиографический

6. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков

- 1) жалоб больного
- 2) размеров опухоли
- 3) жалоб больного, размеров опухоли
- 4) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
- 5) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

7. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- 1) химиотерапию
- 2) лучевую терапию
- 3) иссечение опухоли
- 4) комбинированное лечение
- 5) симптоматическую терапию

8. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- 1) химиотерапию
- 2) криодеструкцию
- 3) лучевую терапию
- 4) комбинированное лечение
- 5) симптоматическую терапию

9. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является

- 1) гиперсаливация
- 2) частичная адентия
- 3) массивные зубные отложения
- 4) хроническая травма слизистой оболочки
- 5) заболевания желудочно-кишечного тракта

10. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- 1) химиотерапию
- 2) СВЧ-гипертермию
- 3) лучевую терапию
- 4) комбинированное лечение
- 5) симптоматическую терапию

Ответы:

1-2	2-5	3-4	4-3	5-3	6-5	7-3	8-4	9-4	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2.2. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

- Перелом переднего отдела альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Клиническая картина. Диагностика, лечение, прогноз.
 - Перелом нижней челюсти у детей. Виды, локализация, клинические проявления. Первая медицинская помощь. Лечение. Особенности шинирования.
 - Сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма. Особенности течения челюстно-лицевых травм у детей. Оказание помощи на догоспитальном этапе и в специализированных учреждениях.
 - Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Причины. Клиника.
 - Методы обследования. Планирование комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией.
 - Применение компрессионно-дистракционного остеогенеза у детей.
 - Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 - Раневая инфекция. Столбняк.
 - Анатомо-функциональные особенности строения ВНЧС у детей
 - Методики хирургического лечения болезней височно-нижнечелюстного сустава у детей.
 - Диспансеризация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
 - Замещение дефектов мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области после хирургического лечения доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.
 - Современные методы диагностики мягкотканых новообразований (гемангиомы, лимфангиомы) в челюстно-лицевой области у детей.
- Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Перечень типовых ситуационных задач для текущего контроля успеваемости
Тема 1

Ситуационная задача № 1

Ребенок П., 7 лет. Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: 5 лет назад больной получил травму подбородка (удар качелями). К врачу не обращались. Через 2 года обратили внимание на затрудненное открывание рта, которое постепенно нарастало. В последующем появились асимметрия лица и западение подбородочного отдела. В настоящее время рот открывается до 1,3 см.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Укажите все возможные причины заболевания.
4. Предложите метод лечения.
5. Составьте план реабилитации больного

Ответ

1. Вторичный деформирующий остеоартроз правого и левого височно-нижнечелюстных суставов.

2. Рентгенологическое обследование:

Ортопантограмма - деформация правой и левой суставных головок и мышечковых отростков нижней челюсти. Укорочены и расширены ветви челюсти. У основания мышечковых отростков и в проекции нижнечелюстной вырезки определяются костные выросты. Правый и левый углы челюсти гипертрофированы.

Томография суставов (при привычном положении нижней челюсти и максимальном опускании нижней челюсти) и обзорный снимок нижней челюсти в прямой проекции.

3. Возможные причины данного заболевания:

травма бытовая (в данном случае - травма *качелями*); родовая травма; воспалительные процессы (гематогенный остеомиелит, гнойный отит, мастоидит редко одонтогенный остеомиелит дистальных отделов ветви нижней челюсти).

4. Метод лечения - хирургический. Операция - остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, ауто- и гетеротрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

5. План реабилитации данного больного включает многоэтапное хирургическое лечение и длительное ортодонтическое пособие:

первый этап хирургического лечения в возрасте 7 лет;

в ближайшем послеоперационном периоде - физиолечение и миогимнастика в течение 2-3 месяцев с целью нормализации объема движения нижней челюсти;

первый этап ортодонтического лечения - начинается сразу после операции с помощью шин Вебера или Ванкевич для удержания нижней челюсти в правильном анатомическом положении на 6-8 мес. В дальнейшем активная ортодонтия (для нормализации размера и формы зубных дуг) не ранее 6-12 месяцев после операции;

второй этап хирургического лечения проводится в возрасте 13-14 лет (применение компрессионно-дистракционного метода или повторная пластика ветвей челюсти эндопротезами или биологическими трансплантатами большего размера, чем ранее применяемые);

окончательный этап ортодонтического лечения с целью нормализации взаимоотношения зубных рядов.

Ситуационная задача № 2

Больная К., 6 лет. Жалобы на ограничение открывания рта.

Анамнез: данный симптом был обнаружен в возрасте 2 лет. С ростом ребенка объем движения нижней челюсти уменьшался.

При обследовании ребенка выявлены мягкие атрофические рубцы на коже левой околоушно-жевательной области и в проекции левого тазобедренного сустава.

Задания:

На основании жалоб, анамнеза и имеющихся рисунков:

1. Опишите местный статус.

2. Поставьте предварительный диагноз.

Опишите рентгенограмму и поставьте клинический диагноз.

Укажите возможные причины заболевания.

Составьте план реабилитации данного больного

Ответ

При внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации нижней трети лица за счет смещения средней линии подбородка влево. Правая половина нижней трети лица уплощена, левая выглядит припухшей. Левый угол рта несколько растянут. Открывание рта резко ограничено - в пределах 0,2-0,3 см. Со стороны полости рта - слизистая обычной окраски, умеренно увлажнена.

Адентия зубов 5.1, 5.2, 6.1, 6.2 и 8.1. Смещение нижней челюсти (по уздечкам) влево на 1/2 коронки центрального резца. На коронке 6.3 зуба - кариозная полость.

Вторичный деформирующий остеоартроз левого височнонижнечелюстного сустава.

На ортопантограмме определяется укорочение и утолщение левой ветви челюсти. Левый венечный отросток укорочен. Левый мышечковый отросток резко деформирован, укорочен, головка отсутствует. Суставная щель неравномерная. В области нижнечелюстной вырезки определяется шиловидное костное разрастание. Правый височно-нижнечелюстной сустав без особенностей.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. 12□□ - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.
5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000МЕ после проведения пробы.

Ситуационная задача №2

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Ответы Мукозогенная контрактура нижней челюсти.

Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.

Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.

Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.

В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Ситуационная задача №3

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Ответы

Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей.

Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде “Z” у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача №4

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени.

Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в

месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Ответы

В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше

Ситуационная задача № 5

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

Составьте план лечения больного.

Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача №6

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

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

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

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.

3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. □ Неполный вывих, дистопия 11.
2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволочной шиной и др. 21 - □ экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. 12□□ - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.
5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000МЕ после проведения пробы.

Тема 3

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 2,5 лет.

1.2. Жалобы на

- укорочение 5.1 зуба после падения.

1.3. Анамнез заболевания

Травма произошла 2 часа назад в результате падения. После произошедшего ребёнок сознание не терял. После травмы обнаружили укорочение 5.1 зуба, кровотечение из лунки.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Осмотр полости рта: Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена. Прикус: временный.

Локальный статус:

В области 5.1 зуба отмечается отёк, гиперемия, разрыв слизистой оболочки.



Вопрос №1 К методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: визуальный осмотр с помощью зеркала
- 2: определение подвижности зуба
- 3: рентгенография
- 4: температурная проба
- 5: реопародонтография
- 6: определение индекса РМА

3. Результаты методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре коронковая часть 5.1 зуба определяется на $\frac{1}{3}$ высоты коронки зуба, выраженный отёк слизистой оболочки альвеолярного отростка в области 5.1 зуба.

3.2. Определение подвижности зуба

Коронка 5.1 зуба неподвижна.

3.3. Рентгенография



На рентгенограмме отмечается смещение зуба в сторону лунки, внедрение относительно окклюзионной плоскости, корень зуба сформирован, перелома корня нет.

3.4. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Основным диагнозом данного пациента является _____ зуба 5.1:

- 1: вывих зуба (интрузия)
- 2: перелом зуба (закрытый)
- 3: вывих зуба (люксация)
- 4: вывих зуба (экзартикуляция)

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 В норме смена 5.1 зуба происходит в возрасте ___ лет:

- 1: 6-8
- 2: 10-11
- 3: 11-13
- 4: 3-5

Вопрос №4 В данной клинической ситуации метод лечения 5.1 зуба заключается в:

- 1: удалении
- 2: репозиции и шинировании
- 3: имплантации
- 4: ортодонтическом выдвигении

Вопрос №5 Рациональное протезирование для замещения 5.1 зуба после удаления проводится:

- 1: после заживления раны
- 2: в первое посещение
- 3: через 3-6 месяцев после травмы
- 4: через 1 год после травмы

Вопрос №6 Рациональное протезирование для замещения удалённого 5.1 зуба проводит врач-:

- 1: ортодонт
- 2: стоматолог детский
- 3: ортопед
- 4: пародонтолог

Вопрос №7 При отсутствии замещения 5.1 зуба возможно образование:

- 1: патологии прикуса
- 2: очаговой гипоплазии эмали
- 3: остеомиелита
- 4: хронического пародонтита

Вопрос №8 Самый неблагоприятный прогноз при внедрённом вывихе временных зубов отмечается, если корень зуба внедряется в направлении:

- 1: нёбном
- 2: вестибулярном
- 3: окклюзионном
- 4: соседнего зуба

Вопрос №9 При незначительном внедрении временного зуба с несформированным корнем при вколоченном вывихе рекомендуется:

- 1: диспансерное наблюдение
- 2: удаление зуба
- 3: аутотрансплантация
- 4: реплантация зуба

Вопрос №10 Осложнением внедрённого вывиха временного зуба является:

- 1: повреждение (иногда гибель) зачатка постоянного зуба
- 2: развитие системной гипоплазии эмали
- 3: образование одонтогенной опухоли
- 4: образование дополнительного (сверхкомплектного) зуба

Вопрос №11 При повреждении зачатка постоянного зуба в результате травмы развивается:

- 1: местная гипоплазия эмали
- 2: несовершенный амелогенез
- 3: системная гипоплазия эмали
- 4: несовершенный одонтогенез

Вопрос №12 Профилактика травматических повреждений зубов у детей включает:

- 1: использование защитных на зубных капп при занятиях спортом
- 2: реминерализацию и фторирование твёрдых тканей зубов
- 3: применение кальцийсодержащих минеральных комплексов внутрь
- 4: использование ортодонтических пластинок при занятиях спортом

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 15 лет с родителями.

1.2. Жалобы на

- смещение 2.1 зуба после удара в лицо во время потасовки с одноклассниками;
- боль и кровоточивость десны в области 2.1 зуба;
- невозможность сомкнуть зубы в привычном положении.

1.3. Анамнез заболевания

Травма произошла сутки назад в результате удара во время драки. После произошедшего пациент сознание не терял, головокружение, тошноту отрицает. Через некоторое время после травмы обнаружили подвижность и смещение зуба, кровоточивость десны.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический тонзиллит.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			П					?						
		1.6	5.5	1.4		1.2	1.1	2.1	2.2		2.4	6.5	2.6	
		4.6	8.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	7.5	3.6	
			П									С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: постоянный

Локальный статус: В области 2.1 зуба отмечается отёк, гиперемия, разрыв слизистой оболочки.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: визуальный осмотр с помощью зеркала
- 2: определение подвижности зуба
- 3: перкуссия зуба
- 4: витальное окрашивание
- 5: определение индекса CPITN
- 6: определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

Слизистая оболочка в области 2.1 зуба имеет синюшный оттенок за счёт образования гематомы, отёчна, имеется кровотечение из десневой борозды. Коронковая часть зуба смещена в сторону окклюзионной плоскости.

3.2. Определение подвижности зуба

2.1 зуб подвижен.

3.3. Перкуссия зуба

Перкуссия 2.1 зуба болезненная.

3.4. Витальное окрашивание

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса CPITN

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: вакуумная проба
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция (QLF)
5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенография

На рентгенограмме 2.1 зуба периодонтальная щель равномерно расширена, коронка зуба расположена ниже рядом стоящих зубов.

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом пациента является _____ 2.1 зуба:

- 1: вывих зуба (экструзия)
- 2: перелом зуба (закрытый)
- 3: вывих зуба (люксация)
- 4: вывих зуба (эксарткуляция)

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Корень 2.1 зуба в 15 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: сформированного
- 2: несформированного
- 3: физиологической резорбции
- 4: незакрытой верхушки

Вопрос №5 Метод лечения данного пациента заключается в проведении _____ зуба:

- 1: репозиции
- 2: удаления
- 3: имплантации
- 4: реплантации

Вопрос №6 Репозиция 2.1 зуба в данной клинической ситуации осуществляется с помощью:

- 1: мягкого пальцевого давления
- 2: щипцов для удаления зубов
- 3: крампонных щипцов
- 4: ортодонтических аппаратов

Вопрос №7 Для шинирования 2.1 зуба после репозиции предпочтительно использовать:

- 1: проволочно-композитную шину
- 2: каппу из быстротвердеющей пластмассы
- 3: композитную каппу
- 4: проволочно-лигатурную шину

Вопрос №8 Шинирование после репозиции 2.1 зуба в клинической ситуации осуществляется на срок:

- 1: 3-4 недели
- 2: 1-2 недели
- 3: 3-4 месяца
- 4: 1-2 года

Вопрос №9 При неполном вывихе репозиция зуба с помощью ортодонтических аппаратов проводится:

- 1: при позднем обращении пациента, если зуб неподвижен
- 2: в первые часы после травмы
- 3: если корень зуба не сформирован
- 4: при сочетанном вывихе и переломе альвеолярного отростка

Вопрос №10 К осложнению неполного вывиха постоянного зуба относят:

- 1: хронический периодонтит
- 2: местную гипоплазию эмали
- 3: образование сверхкомплектного зуба
- 4: хронический пародонтит

Вопрос №11 Для оценки жизнеспособности пульпы зуба на этапах диспансерного наблюдения при неполном вывихе постоянного зуба проводят:

- 1: электроодонтометрию
- 2: витальное окрашивание

3: реопародонтографию

4: вакуумную пробу

Вопрос №12 Признаком утраты жизнеспособности пульпы зуба на этапах диспансерного наблюдения при неполном вывихе является показатель электроодонтометрии _____ мкА:

1: более 100

2: менее 5

3: 6-10

4: 20-30

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 10 лет.

1.2. Жалобы на

- выпадение 2.1 зуба после падения с велосипеда,
- боль и кровоточивость десны в области лунки.

1.3. Анамнез заболевания

- Травма произошла 30 минут назад в результате падения с велосипеда. После произошедшего ребёнок сознание не терял, головокружение, тошноту отрицает.
- Зуб ранее уже имел неправильное положение в зубном ряду. После травмы обнаружили утрату зуба, кровотечение из лунки.
- Зуб нашли, завернули во влажную марлевую салфетку и принесли с собой.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, аденоидит II степени.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

			П					?							
	1.6	5.5	1.4			1.2	1.1	2.1	2.2			2.4	2.5	2.6	
	4.6	8.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4		7.5	3.6		
			П										С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена. В области 2.1 зуба отмечается отёк, гиперемия, разрыв слизистой оболочки.

Прикус: сменный

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: визуальный осмотр с помощью зеркала
- 2: осмотр выпавшего зуба
- 3: температурная проба
- 4: определение индекса CPITN
- 5: определение индекса РМА

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре коронковая часть зуба не определяется, лунка заполнена сгустком крови.

3.2. Осмотр выпавшего зуба

Выпавший зуб сохранён, трещин и переломов не отмечается, волокна периодонта на поверхности корня сохранены.

3.3. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Определение индекса CPITN

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Определение индекса РМА

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является:

- 1: рентгенография
- 2: вакуумная проба
- 3: реопародонтография
- 4: количественная световая флуоресценция

5. Результаты дополнительного метода обследования

5.1. Рентгенография

На рентгенограмме отмечается пустая лунка 2.1 зуба, нарушения целостности костной ткани не выявлено.

5.2. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Количественная световая флуоресценция

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Основным диагнозом данного пациента является _____ 2.1 зуба:

- 1: вывих зуба (экзартикуляция)
- 2: перелом зуба (закрытый)
- 3: вывих зуба (люксация)
- 4: вывих зуба (интрузия)

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Корень 2.1 зуба в 10 лет соответствует стадии _____ корня:

- 1: сформированного
- 2: несформированного
- 3: физиологической резорбции
- 4: незакрытой верхушки

Вопрос №5 Метод лечения данного пациента заключается в проведении:

- 1: реплантации
- 2: рационального протезирования
- 3: имплантации
- 4: ушивания лунки и наблюдения

Вопрос №6 Наиболее благоприятный прогноз отмечается, если реплантация проводится в течение _____ после травмы:

- 1: 30 минут
- 2: 2 часов
- 3: 12 часов

	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6		
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6		
			П							П	П			

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 1.1 зуб – отмечается перелом коронки в пределах эмали и дентина.



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. определение подвижности зуба
2. исследование с помощью стоматологического зонда
3. температурную пробу
4. витальное окрашивание
5. пальпацию регионарных лимфатических узлов
6. определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты обследования

3.1. Определение подвижности зуба

Подвижность 1.1 зуба в пределах физиологической нормы.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании отсутствует сообщение с полостью зуба, зондирование слабоболезненно.

3.3. Температурная проба

Положительная.

3.4. Витальное окрашивание

При окрашивании кариес-маркером окрашивания тканей зуба нет.

3.5. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

3.6. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. рентгенография
2. электроодонтометрия (ЭОД)
3. вакуумная проба
4. денситометрия
5. количественная лазер-индуцированная флуоресценция (QLF)

5. Результаты обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Электроодонтометрия (ЭОД)

Показатели незначительно повышены при сравнении с зубом аналогичного срока развития: показатели ЭОД 1.1 зуба – 18 мкА, 2.1 зуба – 15 мкА.

5.3. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Денситометрия

По данным денситометрии оптическая плотность дентина соответствует норме.

5.5. Количественная лазер-индуцированная флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 На рентгенограмме 1.1 зуба определяется:

1. отсутствие перелома корня, изменений в периапикальной области 1.1 зуба нет
2. продольная линия перелома корня, изменений в периапикальной области 1.1 зуба нет
3. косая линия перелома корня, в периапикальной области 1.1 зуба очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами
4. физиологическая резорбция корня, изменений в периапикальной области 1.1 зуба нет

Вопрос №4 Основным диагнозом данного пациента является _____ 1.1 зуба :

1. перелом коронки зуба без повреждения пульпы
2. перелом коронки зуба в пределах эмали
3. вывих зуба
4. перелом корня

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Корень 1.1 зуба в 8 лет соответствует стадии _____ корня:

1. несформированного
2. сформированного
3. физиологической резорбции
4. незакрытой верхушки

Вопрос №6 Первая помощь при травме зуба без повреждения пульпы при первичном посещении заключается в:

1. закрытии линии перелома повязкой из стеклоиономерного цемента
2. удалении зуба
3. резекции верхушки корня
4. одномоментной постоянной obturации корневого канала и реставрации зуба

Вопрос №7 Объективно судить о жизнеспособности пульпы после острой травмы зуба возможно через :

1. 3-4 недели
2. 1-2 дня
3. 6-7 недель
4. 3-4 месяца

Вопрос №8 Возможным осложнением при несвоевременном лечении пациента является :

1. некроз сосудисто-нервного пучка пульпы
2. патологическая подвижность зуба
3. местная гипоплазия зуба
4. изменение анатомической формы зуба

Вопрос №9 При реставрации коронковой части зуба с неоконченным формированием корня используют технику изготовления:

1. винира прямым методом неинвазивно
2. винира непрямым методом

3. культовой вкладки
4. пластиковой коронки

Вопрос №10 Для изготовления винира прямым методом неинвазивно используют:

1. компомеры и композиты
2. стеклоиономерные цементы
3. силикатные цементы
4. цинкфосфатные цементы и амальгаму

Вопрос №11 При некрозе сосудисто-нервного пучка зуба в результате травмы методом лечения является :

1. многоэтапная экспозиция препаратов на основе кальция гидроокиси
2. пломбирование канала зуба пастами на масляной основе
3. пломбирование канала зуба стеклоиономерными цементами
4. obturation корневого канала силером и гуттаперчей методом латеральной конденсации

Вопрос №12 Рентгенологический контроль на этапах диспансерного наблюдения осуществляют 1 раз в:

1. 3-6 месяцев
2. 1-2 месяца
3. 1 год
4. 1-2 недели

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

В клинику обратился пациент 8 лет с родителями.

1.2. Жалобы на

- откол части 2.1 зуба,
- боль при употреблении холодной пищи, чистке зубов.

1.3. Анамнез заболевания

Травма произошла накануне вечером в результате падения во время катания на роликах. В клинику обратился утром. После произошедшего ребёнок сознание не терял, головокружение, тошноту отрицает. Зуб ранее уже имел неправильное положение в зубном ряду. После травмы обнаружили утрату части зуба и далее появились болезненные ощущения при употреблении пищи, особенно холодной. К врачу-стоматологу не обращались.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, аденоидит II степени.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

		П	П/С				?			П			
	1.6	5.5	5.4	5.3	1.2	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6	
	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	7.4	7.5	3.6	
		П	П								С		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный

Локальный статус:



Вопрос №1 К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. определение подвижности зуба
2. исследование с помощью стоматологического зонда
3. температурная проба
4. витальное окрашивание
5. пальпация регионарных лимфатических узлов
6. определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты обследования

3.1. Определение подвижности зуба

Подвижность 2.1 зуба в пределах физиологической нормы.

3.2. Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявляется сообщение с полостью зуба зондирование резко болезненно.

3.3. Температурная проба

Температурная проба положительная.

3.4. Витальное окрашивание

При окрашивании кариес-маркером окрашивания тканей зуба нет.

3.5. Пальпация регионарных лимфатических узлов

Региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

3.6. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (рма)

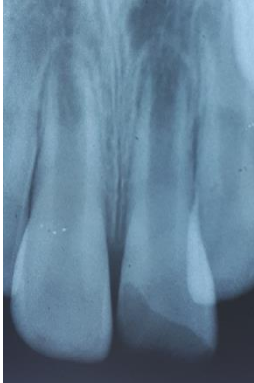
Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

1. рентгенография
2. электроодонтодиагностика (ЭОД)
3. вакуумная проба
4. реопародонтография
5. количественная световая флуоресценция (QLF)

5. Результаты дополнительных методов обследования

5.1. Рентгенография



5.2. Электроодонтодиагностика (ЭОД)

Показатели незначительно повышены при сравнении с зубом аналогичного срока развития. ЭОД 1.1 зуба – 20 мкА, 2.1 зуба – 40 мкА.

5.3. Вакуумная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.5. Количественная световая флуоресценция (QLF)

Зуб флуоресцирует зелёным светом.

Вопрос №3 На рентгенограмме 2.1 зуба определяется:

1. линия перелома, проходящая через эмаль и дентин в косом направлении и имеющая сообщение с полостью зуба, патологических изменений в окружающих зуб тканях не выявлено
2. линия перелома, проходящая через эмаль и дентин в косом направлении и не имеющая сообщения с полостью зуба, в области верхушки корня очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами
3. глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, в области верхушки корня очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами
4. коронковая часть зуба без патологии, перелома корня не выявлено, изменений в периапикальной области нет

Вопрос №4 Основным диагнозом данного пациента является _____ 2.1 зуба :

1. перелом коронки зуба с повреждением пульпы зуба
2. перелом коронки зуба в пределах эмали
3. хронический пульпит
4. другой кариес

8. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №5 Корень 2.1 зуба в 8 лет соответствует стадии _____ корня:

1. несформированного
2. сформированного
3. физиологической резорбции
4. незакрытой верхушки

Вопрос №6 Метод лечения 2.1 зуба у данного пациента заключается в проведении:

1. пульпотомии
2. экстирпации и obturации корневого канала зуба
3. прямого покрытия пульпы
4. глубокой пульпотомии и obturации корневого канала зуба

Вопрос №7 На культю пульпы накладывают лечебную прокладку, содержащую препараты на основе:

1. кальция гидроокиси
2. параформальдегида
3. перекиси водорода
4. масла облепихи

Вопрос №8 Препараты, содержащие кальция гидроокись, обладают рН:

1. высокощелочной
2. слабощелочной
3. нейтральной
4. кислой

Вопрос №9 В результате лечения методом пульпотомии зуба с незаконченным формированием корня с использованием препаратов на основе кальция гидроокиси происходит:

1. апексогенез
2. апексификация
3. аутоиммунная реакция
4. физиологическая резорбция корня

Вопрос №10 При апексогенезе происходит :

1. физиологическое формирование корня зуба
2. формирование остеоцементного апикального барьера
3. патологическая резорбция корня
4. гиперцементоз корня

Вопрос №11 При благоприятном исходе лечения методом пульпотомии зуба с несформированным корнем на рентгенограмме обнаруживается :

1. образование слоя заместительного дентина
2. резорбция корня
3. деструкция костной ткани у верхушки корня

4. внутриканальная гранулёма

Вопрос №12 После пульпотомии при отсутствии признаков воспаления пульпы дефект твёрдых тканей зуба восстанавливают путём проведения:

1. реставрации коронковой части зуба
2. фиксации культевой вкладки
3. методики инфильтрации
4. реминерализирующей терапии

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком в возрасте 1 года 4 месяцев.

1.2. Жалобы на

- укорочение 5.1 зуба после падения.

1.3. Анамнез заболевания

Травма произошла один день назад в результате падения дома в ванной комнате. После падения ребёнок сознание не терял. После травмы обнаружили укорочение 5.1 зуба, кровотечение из лунки.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- Аллергологический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

						?									
			5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4					
			8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4					

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: временный

Локальный статус:

В области 5.1 зуба отмечается отёк, гиперемия, разрыв слизистой оболочки.



Вопрос №1 К методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся:

- 1: визуальный осмотр с помощью зеркала
- 2: определение подвижности зуба
- 3: рентгенография
- 4: температурная проба
- 5: реопародонтография

6: определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

3. Результаты клинических методов обследования

3.1. Визуальный осмотр с помощью зеркала

При осмотре коронковая часть 5.1 зуба определяется на $\frac{1}{3}$ высоты, выраженный отёк слизистой оболочки альвеолярного отростка в области 5.1 зуба.

3.2. Определение подвижности зуба

Коронка неподвижна.

3.3. Рентгенография



На рентгенограмме отмечается смещение 5.1 зуба в сторону лунки, внедрение относительно окклюзионной плоскости, корень зуба не сформирован, перелома корня нет.

3.4. Температурная проба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Реопародонтография

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Основным диагнозом 5.1 зуба является:

- 1: интрузия зуба
- 2: перелом коронки и корня зуба
- 3: люксация зуба
- 4: полный вывих (экзартикуляция)

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Развитие корней 5.1 зуба в 1 год 4 месяца соответствует стадии _____ корня:

- 1: несформированного
- 2: сформированного
- 3: физиологической резорбции
- 4: патологической резорбции

Вопрос №4 В норме смена 5.1 зуба происходит в возрасте ____ лет:

- 1: 6-8
- 2: 2-3
- 3: 4-5
- 4: 10-12

Вопрос №5 Тактика лечения данного пациента заключается в:

- 1: динамическом наблюдении
- 2: репозиции и шинировании
- 3: проведении имплантации
- 4: ортодонтическом выдвижении

Вопрос №6 При значительном внедрении временного зуба и смещении зуба в глубину тела челюсти при вколоченном вывихе рекомендуется:

- 1: удаление зуба
- 2: диспансерное наблюдение
- 3: аутотрансплантация
- 4: реплантация

Вопрос №7 Самый неблагоприятный прогноз при вколоченном вывихе временных зубов отмечается, если корень зуба внедряется в направлении:

- 1: нёбном
- 2: вестибулярном

3: окклюзионном

4: соседнего зуба

Вопрос №8 Осложнением вывиха временного зуба может быть:

1: повреждение зачатка постоянного зуба

2: развитие системной гипоплазии эмали

3: образование опухоли одонтомы

4: образование сверхкомплектного зуба

Вопрос №9 При повреждении зачатка постоянного зуба в результате травмы развивается:

1: местная гипоплазия эмали

2: несовершенный амелогенез

3: системная гипоплазия эмали

4: несовершенный одонтогенез

Вопрос №10 Для профилактики травматических повреждений зубов у детей требуется:

1: исключение травматических факторов в домашней обстановке

2: своевременная санация полости рта

3: применение кальцийсодержащих минеральных комплексов внутрь

4: использование защитных назубных капш

Вопрос №11 Диспансерное наблюдение пациента с травмой зубов проводят через _____ месяца/месяцев после окончания лечения, а затем каждые _____ месяцев:

1: 3; 6

2: 2; 12

3: 5; 20

4: 6; 9

Вопрос №12 Основанием для снятия пациента с диспансерного учёта при травме временных зубов в любом возрасте является:

1: своевременная и правильная их смена на постоянные зубы

2: окончание формирования корней временных зубов

3: уменьшение отёка мягких тканей после травмы

4: заживление разрывов слизистой оболочки после травмы

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача №7

В клинику обратился больной 17 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов.

Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется.

Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено.

При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии.

При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
С Р П

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

1.Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2.За счет каких мышц произошло смещение отломков?

3. Назовите консервативные методы иммобилизации отломков.
4. Определите объем стоматологического вмешательства.
5. Укажите оптимальные сроки и метод протезирования.

Ответ.

1. Перелом тела нижней челюсти справа между 46 и 45 □ Косой перелом корня, острый травматический периодонтит 45. Перелом коронки, острый травматический пульпит 44 □
2. Меньший отломок смещается вверх под действием мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и внутрь за счет медиальной крыловидной мышцы. Большой отломок сместится вниз под действием мышц, опускающих нижнюю челюсть, и собственной массы и в сторону перелома под действием одностороннего сокращения латеральной крыловидной мышцы и частично медиальной, а так же мышц дна полости рта.
3. Назубные шины: гнутые проволочные шины Тигерштедта, ленточная шина Васильева. Назубно-десневые шины.
4. Местное обезболивание, удаление 45, депульпирование 44, шинирование.
5. После консолидации отломков костной ткани в области перелома изготовить мостовидный протез с опорой на коронку 46 и штифтовую вкладку 44.

Ситуационная задача №8

Больной 15 лет после длительного лечения зуба под анестезией не может закрыть рот.

Из анамнеза: направлен на депульпирование 27 при подготовке к протезированию. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, так как хотел закончить лечение в одно посещение. При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах.

При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечный отросток. Прикус открытый. На боковой рентгенограмме черепа определяются головки нижней челюсти, расположенные на переднем скате суставного бугорка.

○ ○		○ ○	○
	18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38	
○ ○		○ ○	○ ○ ○

27. выдвинут, на жевательной поверхности трепанационное отверстие, в полости зуба – тампон с запахом гвоздичного масла, раскрыты устья каналов. На внутриротовой рентгенограмме щечные корни 27 искривлены, каналы облитерированы в околоверхушечной трети.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. В чем тактическая ошибка врача?
3. Окажите неотложную помощь.
4. Как спланировать лечение 27?
5. Выберите рациональные ортопедические конструкции.

Ответ.

1. Двусторонний передний вывих нижней челюсти. Феномен Попова – Годона 27.
2. С учетом возраста и состояния зубо-челюстного аппарата (отсутствие жевательных зубов) врач не должен был перегружать ВНЧС, спланировать лечение 27 поэтапно.
3. Вправление вывиха методом Гиппократ, подбородочная праща на 2-3 недели. Щадящий режим откусывания и жевания. Согревающие компрессы на область суставов с 3-х суток. При повторных вывихах применение ортопедических аппаратов, ограничивающих открывание рта (Петросова, Бургундского и Ходоровича и др.)
4. 1 посещение: обезболивание, трепанация, ампутация пульпы. Раскрытие устьев каналов, девитализация корневой пульпы. Повязка. 2 посещение: удаление повязки, хемо-механическое прохождение, расширение каналов, трансканальный электрофорез с препаратами йода при неполной проходимости каналов. Пломбирование проходимой части каналов, повязка. Рентгенологический контроль. 3 посещение: замена повязки на пломбу.
5. Изготовление коронок на опорные зубы, бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Ситуационная задача №9

Больной К., 15-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

С Р

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача – стоматолога.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Ответ.

1. Перелом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
2. ЭОД – электроодонтодиагностика. Показатель жизнеспособности до 40 мкА.
3. Под инфильтрационной анестезией провести эндодонтическое лечение.
4. Шинирование отломков корня серебряным штифтом. Изготовление пластмассовой шины – каппы на 321, связывание зубов композитом. Сроки образования цементной мозоли – 3 – 4 недели.
5. Под обезболиванием эмалепластика композитом; реминерализирующая терапия, покрытие фторлаком; назначение внутрь препаратов кальция, поливитаминного комплекса. Провести эндодонтическое отбеливание зуба, при неудаче - покрыть вениром.

Ситуационная задача №10

Пациент М. 17 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.
3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.
5. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Перечисленные симптомы обусловлены смещением кости и травмой окружающих структур (подглазничного нерва, собственно жевательной мышцы, изменением положения глазного яблока, давлением на венечный отросток нижней челюсти).
3. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.
4. По истечении длительного срока и консолидации скуловой кости в неправильном положении показана операция: остеотомия и остеосинтез с применением титановых минипластин, фиксируемых шурупами.
5. Все вышеперечисленное.

Ситуационная задача №11

В клинику обратился больной 17 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов.

Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется.

Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено.

При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии.

При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
С Р	П

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. За счет каких мышц произошло смещение отломков?
3. Назовите консервативные методы иммобилизации отломков.
4. Определите объем стоматологического вмешательства.
5. Укажите оптимальные сроки и метод протезирования.

Ответ.

1. Перелом тела нижней челюсти справа между 46 и 45 □ Косой перелом корня, острый травматический периодонтит 45. Перелом коронки, острый травматический пульпит 44 □
2. Меньший отломок смещается вверх под действием мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и внутрь за счет медиальной крыловидной мышцы. Большой отломок сместится вниз под действием мышц, опускающих нижнюю челюсть, и собственной массы и в сторону перелома под действием одностороннего сокращения латеральной крыловидной мышцы и частично медиальной, а так же мышц дна полости рта.
3. Назубные шины: гнутые проволочные шины Тигерштедта, ленточная шина Васильева. Назубно-десневые шины.
4. Местное обезболивание, удаление 45, депульпирование 44, шинирование.
5. После консолидации отломков костной ткани в области перелома изготовить мостовидный протез с опорой на коронку 46 и штифтовую вкладку 44.

Тема 4

Ситуационная задача №1

Ребёнок В., 6 лет.

Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



Вопросы и задания:

1. Опишите st. localis (см. рис.).
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.
4. Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.
5. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Ответы

1. Имеет место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы. Ширина расщелины по линии А 1,8 – 2 см, фрагменты мягкого нёба укорочены.
2. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.
3. Данный врождённый порок развития челюстно-лицевой области сформировался в период с 7 по 12 неделю беременности (первый триместр). Причиной формирования врождённой патологии могут быть либо наследственные факторы, либо неблагоприятное воздействие факторов внешней среды (тератогенных).
4. Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания, речи.
5. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде.

Ситуационная задача №2

Ребенок К., 1 год. Со слов мамы ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.



1. Опишите st. localis (см. рис.).
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
Укажите пути профилактики данной патологии.

Ответ.

1. Имеет место щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка слева, дефект твердого и мягкого неба, врожденная деформация и уплощение крыла носа слева.
2. Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.
3. Имеет место щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация и уплощение крыла носа слева, укорочение мягкого неба, недостаточность небно-глоточного затвора. Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.
4. Хирургическое лечение:
 - хейлопластика слева в 6-12 месяцев
 - велоластика в 1,5-2 года, уранопластика в 3,5-4,5 года (или радикальная уранопластика в 4-6 лет)
 - костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти слева в 7-9 лет.
 - реконструктивная ринохейлоластика в 12-14 лет.
 Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.
 Логотерапия.
 Консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.
 Медико-генетическое консультирование и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместр беременности.

Ситуационная задача №3

Ребенок R, 5 месяцев.

Со слов мамы родился в срок, вес при рождении 2800 г. Находится на искусственном вскармливании.



1. Опишите st. localis (см. рис.).
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.

Предложите план реконструктивных операций, их последовательность и сроки

Ответ.

1. Имеет место двухсторонний щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, врожденная деформация и уплощение крыльев носа
2. Врожденная полная двухсторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба.
3. Имеет место двухсторонний щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, укорочение фрагментов верхней губы, мелкий верхний свод преддверия полости рта или его отсутствие, врожденная деформация и уплощение крыльев носа, укорочение мягкого неба, недостаточность небно-глоточного затвора. Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.
4. Хирургическое лечение:
 - хейлоластика;
 - велоластика;
 - уранопластика;
 - костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти;
 - реконструктивная ринохейлоластика.

- Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.
- Логотерапия.
- Консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.
- 5. • Хейлопластика в один этап в 6-12 месяцев;
- велопластика в 1,5-2 года;
- уранопластика в 3,5-4,5 года;
- костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти справа и слева в 7-9 лет;
- реконструктивная риноплейлопластика в 12-14 лет

Ситуационная задача №4

Ребенок В., 5,5 месяцев.

Со слов мамы родился в срок с весом 2600 г с дефектом, представленным на данной фотографии. Лечение не проводилось.



1. Опишите st. localis (см. рис.).
 2. Поставьте диагноз.
 3. Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
 4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
- Перечислите специалистов, у которых должен наблюдаться и лечиться ребенок

Ответ.

1. Имеет место двухсторонний щелевидный дефект верхней губы, дефект альвеолярного отростка справа, дефект твердого и мягкого неба, врожденная деформация и уплощение крыла носа справа, укорочение мягкого неба, недостаточность небно-глоточного затвора.
 2. Врожденная двухсторонняя расщелина верхней губы (полная справа, неполная слева с деформацией кожно-хрящевого отдела носа), альвеолярного отростка справа, твердого и мягкого неба.
 3. Имеет место двухсторонний щелевидный дефект верхней губы, укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация кожно-хрящевого отдела носа справа, щелевидный дефект альвеолярного отростка верхней челюсти справа, щелевидный дефект неба, укорочение мягкого неба, недостаточность небно-глоточного затвора. Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.
 4. Хирургическое лечение:
 - хейлопластика;
 - велопластика, уранопластика вторым этапом (или радикальная уранопластика в один этап);
 - костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти;
 - реконструктивная риноплейлопластика.
- Ортодонтическое лечение с 3-летнего возраста до 12-14 лет.
Логотерапия.

Консультация психолога, по показаниям – психокоррекция

Ситуационная задача №5

У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов, жилищные условия удовлетворительные, вредные привычки отсутствуют, хронические заболевания не выявлены.

1. Какие негативные факторы могли стать причиной уродства ребенка.
2. По какому типу может передаваться наследование данного заболевания.
3. Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии.
4. Послеоперационные осложнения, характерные для данной патологии.
5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ

1. Эндогенные, экзогенные.
2. Доминантному, рецессивному.
3. Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет.
4. Рубцы губы оказывают избыточное давление на альвеолярный отросток, вызывая уплощение переднего отдела альвеолярной части верхней челюсти. Частыми послеоперационными осложнениями при уранопластике, является расхождение краев раны на границе твердого и мягкого неба. Короткое малоподвижное небо, грубые послеоперационные рубцы следует рассматривать как осложнение.
5. Лечение комплексное в специализированном центре с участием врача стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, логопеда. Диспансерное наблюдение.

Тема 5

Ситуационная задача №1

В клинику направлен ребенок Б. 6 месяцев с наличием новообразования верхней губы. Со слов мамы новообразование имелось сразу при рождении, увеличивается с ростом ребенка.



1. Опишите внешний вид ребенка.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите методы исследования.
Предложите метод лечения и последующую реабилитацию

Ответ.

1. Сосудистое новообразование в области верхней и нижней губ, носогубного треугольника, кожно-хрящевого отдела носа, выступающее над поверхностью кожи, ярко-красной окраски.

2. Предварительный диагноз - сосудистое новообразование (капиллярная гемангиома) указанной локализации.
3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими сосудистыми новообразованиями челюстно-лицевой области (флебоэктазами, артерио-венозными дисплазиями, ангиодисплазиями).
4. Основные методы дифференциальной диагностики - УЗИ (эхография) с доплерографией, по показаниям - ангиография.
5. Лечение комплексное и поэтапное. Показаны СВЧ ЭМП гипертермия без предварительной ангиографии и эндоваскулярной окклюзии, криодеструкция элементов сосудистого новообразования на слизистой и коже губы и носа, склерозирующая терапия в области кожно-хрящевого отдела носа, хирургическая коррекция.

Ситуационная задача №2

Ребенок П. 3 лет поступил в клинику с жалобами на наличие образования в области дна полости рта. При рождении ребенка отмечалась небольшая припухлость в правой подъязычной области размером с горошину. В роддоме поставлен диагноз: ретенционная киста. Образование увеличивалось с ростом ребенка. Опорожнения образования не наблюдалось. Местно: имеется опухолевидная припухлость, занимающая подъязычную область с обеих сторон. Дно полости рта куполообразно приподнято, язык занимает вынужденное положение - он смещен образованием вверх. Слизистая оболочка над образованием истончена, сквозь нее просвечивает мутное содержимое. Припухлость отмечается также и в подподбородочной области в виде гладкого опухолевидного образования, не спаянного с кожей.

1. На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка поставьте предварительный диагноз.
2. С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
3. Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
4. Предложите план лечения и реабилитации ребенка.
Укажите специалистов, участвующих в комплексном лечении и реабилитации этого ребенка

Ответ.

1. Кистозная лимфангиома дна полости рта.
2. УЗИ. На сонограмме - эхогенные признаки жидкостного образования, не связанного с подъязычной слюнной железой, образование занимает подъязычную и подподбородочную области, делясь на два этажа по срединной линии m. Milahyoideus.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с ретенционной кистой подъязычной слюнной железы, дермоидной кистой дна полости рта (при пункции образования для дермоидной кисты характерно содержимое из продуктов выделения потовых или сальных желез).
На основании жалоб больного (на наличие образования в области дна полости рта); анамнеза (заболевание врожденное, образование увеличивалось с ростом ребенка, не опорожнялось); данных осмотра (имеется опухолевидное образование, занимающее всю подъязычную область, дно полости рта куполообразно приподнято, язык занимает вынужденное положение - смещен вверх; припухлость отмечается также и в подподбородочной области); дополнительных методов обследования (при УЗИ - эхогенные признаки жидкостного образования, не связанного с подъязычной слюнной железой, образование занимает подъязычную и подподбородочную области, делясь на два этажа по срединной линии m. Milahyoideus) можно поставить клинический диагноз кистозная лимфангиома дна полости рта. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.
4. При воспалении лимфангиомы - противовоспалительная терапия. Лечение хирургическое - удаление лимфангиомы дна полости рта. В послеоперационном периоде обязательные занятия с логопедом.

Ситуационная задача №3



Ребенок 3. 8 лет обратился в клинику с жалобами на увеличение языка в размерах, нарушение функций жевания, речи. Заболевание врожденное. Отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРЗ. У ребенка сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, аденоиды II степени, хронический гастродуоденит. Местно: отмечается увеличение высоты нижней трети лица, язык диффузно увеличен в объеме, кончик его находится вне полости рта, рот вынужденно открыт, отмечается повышенная саливация. По всей поверхности языка рассеяны множественные пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки имеют кровянистое содержимое. Прикус - мезиальная дизокклюзия. Веерообразное расхождение передней группы зубов, тремы между зубами нижней челюсти.

Задания:

1. На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка поставьте предварительный

диагноз.

2. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3. С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.

4. Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.

Предложите план лечения и реабилитации ребенка

Ответ.

1. Диффузная капиллярно-кавернозная лимфангиома языка. Макрогlossия.

2. Необходимо дифференцировать с гемангиомой языка, папилломатозом, герпетическим стоматитом, истинной макрогlossией при синдроме Видемана-Бикведа.

3. УЗИ с доплерографией данного образования. С целью исключения гемангиомы произвести ангиографию.

4. При гемангиоме языка может также отмечаться увеличение высоты нижней трети лица, язык будет также диффузно увеличен в объеме. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». Для папилломатоза характерны первичные элементы папулы, а для лимфангиомы - пузырьки. Для герпетического поражения языка характерны острая форма и период ремиссии. Для синдрома Видемана-Бикведа характерны истинная макрогlossия языка, вес ребенка при рождении более 4,0 кг, расхождение прямых мышц живота и пупочные грыжи.

На основании жалоб больного (на увеличение языка в размерах, нарушение акта жевания и речи), данных анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРЗ), осмотра (язык диффузно увеличен в объеме, по всей его поверхности рассеяны множественные пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки имеют кровянистое содержимое) и данных УЗИ с доплерографией (многополостное образование с множеством перегородок; скорость кровотока в образовании не увеличена) можно поставить клинический диагноз капиллярно-кавернозная лимфангиома языка. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

5. План лечения должен включать санацию всех очагов хронической инфекции, при воспалении лимфангиомы - курсы противовоспалительной терапии и хирургическое (частичное иссечение лимфангиомы по типу плоскостной или поперечной клиновидной резекции языка) с последующим ортодонтическим лечением для удержания языка в правильном анатомическом положении и нормализации прикуса. Обязательными будут являться также занятия с логопедом. При достижении 16-летнего возраста не исключена ортогнатическая хирургия с целью устранения деформации нижней челюсти. Кроме этого ребенку требуется психологическая реабилитация.

Ситуационная задача №4



Ребенок Ж. 9 лет обратился в клинику с жалобами на припухлость в левой околоушножевательной области.

Из анамнеза: заболевание врожденное, с ростом ребенка отмечалось постепенное увеличение образования. За прошедшее время отмечалось неоднократное увеличение образования на фоне ОРЗ, травмы, обострения хронического тонзиллита с появлением плотного болезненного инфильтрата в этой области, гиперемией кожных покровов над ним. Первоначальный диагноз при обращении к врачу: паротит. Назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия. Динамика слабо положительная. Явления воспаления стихали за 1-2 месяца.

Местно: в левой околоушно-жевательной области имеется опухолевидное образование без четких границ, тестоватой консистенции, безболезненное. Кожа над образованием

истончена, усилен сосудистый рисунок, определяется симптом «зыбления». Симптомы «сдавливания», «наливания» отрицательные. Из протока левой околоушной слюнной железы выделяется прозрачный секрет в достаточном количестве. Сопутствующий диагноз - множественный кариес, хронический тонзиллит.

1. На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
4. Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
5. Предложите план лечения и реабилитации ребенка

Ответ.

1. Лимфангиома околоушно-жевательной области слева.
 2. Гемангиома, нейрофиброматоз, паротит.
 3. УЗИ с доплерографией данного образования покажет многополостное образование с множеством перегородок; скорость кровотока в образовании не увеличена. Контрастная сиалография - оттесненная и распластанная околоушная слюнная железа без изменений протоков.
 4. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». При УЗИ с доплерографией - порочно развитое кровеносное русло с усиленным кровотоком. При нейрофиброматозе чаще всего поражается половина лица, характерно появление после 4-5 лет пигментных пятен цвета «кофе с молоком», отмечается поражение и костной ткани (при рентгенографии костей лицевого скелета выявляется нарушение формообразования челюстных костей, кость имеет очаги остеопороза). Для паротитов характерно: периоды увеличения слюнной железы сопровождаются болями, которые усиливаются перед или во время приема пищи. Пальпация железы болезненная. Из протока левой околоушной слюнной железы секрет выделяться не будет, а если будет, то скудный с примесью гноя или с хлопьями. При контрастной сиалографии при калькулезном паротите в месте расположения камня проток «разорван», остальные отделы расширены; при паренхиматозном паротите основной проток расширен, протоки первого и второго порядка неравномерно расширены и прерывисты, вместо протоков третьего-четвертого порядка - полости размером до 3-4 мм.
- На основании жалоб больного (на опухолевидное образование в левой околоушножевательной области); анамнеза (заболевание врожденное, с ростом ребенка отмечалось постепенное увеличение образования на фоне ОРЗ, травмы, обострения хронического тонзиллита с появлением плотного инфильтрата в этой области, гиперемией кожных покровов над ним); данных внешнего осмотра (в правой околоушножевательной области имеется опухолевидное образование без четких границ, тестоватой консистенции, безболезненное, кожа над образованием истончена, определяется симптом «зыбления»); дополнительных методов обследования (УЗИ с доплерографией - многополостное образование с множеством перегородок, скорость кровотока в образовании не

увеличена) - можно поставить клинический диагноз лимфангиома околоушно-жевательной области слева. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

Ситуационная задача №5



Ребенок Г. 8 лет обратился с жалобами на нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней губы и щеки справа. Заболевание врожденное. Размеры припухлости увеличивались соответственно возрасту ребенка.

Из анамнеза: отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны.

Местно: имеется припухлость щечной области и половины верхней губы справа без четких границ, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Симптомы сдавливания и наполнения не определяются. При бимануальной пальпации в толще щеки пальпируются плотно-эластические тяжи. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей справа утолщены. Коронки зубов правой

половины увеличены по сравнению с левой. На коже правой щеки, а также в области спины и правой руки имеются неправильной формы пигментные пятна светло-кофейного цвета.

1. На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка поставьте предварительный диагноз.
2. С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
3. Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
4. Предложите план лечения и реабилитации ребенка.
5. Укажите специалистов, участвующих в комплексном лечении и реабилитации этого ребенка.

Ответ.

1. Нейрофиброматоз 1 типа правой половины лица.
2. УЗИ с доплерографией обнаружит эхогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки. При рентгенографическом исследовании выявляется нарушение формообразования челюстных костей, кость имеет очаги остеопороза. Для уточнения диагноза проводят инцизионную биопсию образования с последующим морфологическим исследованием. Результаты исследования: костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза; мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и отдельными нервными стволиками, окруженными фиброзной тканью.
3. Для лимфангиомы характерны увеличение в размерах при ОРЗ и обострении хронических заболеваний, симптом «зыбления», пузырьковые высыпания на слизистой оболочке полости рта. При лимфангиоме имеет место деформация кости без нарушения костной структуры. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». Все изменения мягких тканей и костной системы будут только на фоне выраженного ангиоматоза с увеличенным объемом и скоростью кровотока.

На основании жалоб больного (на нарушение конфигурации лица за счет припухлости правой половины лица); анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны); данных осмотра (имеется опухолевидная припухлость правой половины лица без четких границ, мягко-эластической консистенции, при бимануальной пальпации в толще щеки пальпируются плотно-эластичные тяжи; альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти справа утолщены, коронки зубов правой половины челюсти увеличены по сравнению с левой; наличие пигментных пятен цвета «кофе с молоком»); дополнительных методов обследования (при УЗИ с

доплерографией - эхогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки; при рентгенографическом исследовании - нарушение формы челюстных костей, кость имеет очаги остеопороза; при инцизионной биопсии образования - костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза, мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и отдельными нервными стволиками, окруженными фиброзной тканью) можно поставить клинический диагноз нейрофиброматоз 1 типа правой половины лица.

4. Лечение такого больного комплексное. Хирургическое поэтапное - частичное иссечение нейрофиброматоза и ортодонтическое.

5. Челюстно-лицевой хирург детский, врач-стоматолог, ортодонт, педиатр, психолог, специалисты для проведения клинко-лабораторных и функциональных исследований.

Тема 6

Ситуационная задача №1

Больной К. 14 лет обратился с жалобами на припухлость в обеих щечных областях.

Из анамнеза: асимметрию лица заметили в 10 лет. Постепенно с возрастом деформация нарастала, лечение не проводили.

При внешнем осмотре определяется сглаженность носогубных складок справа и слева. Пальпаторно в этих областях определяется выбухание костной ткани, безболезненное при пальпации (рис. 1). В полости рта: утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной стороны справа и слева на уровне зубов 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5. Зубы 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 интактны. При пальпации патологические очаги плотные, безболезненные. Поверхность выбуханий гладкая, слизистая оболочка над ними в цвете не изменена (рис. 2) На коже шеи, поясницы участки гиперпигментации коричневого цвета, неправильной формы, не возвышающиеся над поверхностью кожи (рис. 3).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите рентгенограмму, представленную на рисунке 4, и опишите ее.
3. Укажите с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Поставьте клинический диагноз.
5. Предложите план лечения больного.

Ответ.

-Фиброзная дисплазия (Синдром Олбрайта).

-Ортопантограмма. На ортопантограмме в области альвеолярных отростков верхней челюсти на уровне зубов 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 патологические очаги с нечеткими контурами в верхних отделах, четкими в задних отделах. Структура патологических очагов неоднородная - отмечается чередование участков повышенной и пониженной плотности, местами прослеживаются иррегулярно расположенные костные балочки. Плотность патологических очагов приближается к плотности неизменной костной ткани. Корни зубов, расположенные в очагах поражения, интактны.

-Синдром Олбрайта необходимо дифференцировать от гиперпаратиреоидной остеодистрофии и нейрофиброматоза.

-Фиброзная дисплазия (Синдром Олбрайта). Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания (медленное течение, нарастание деформации по мере роста ребенка), данных клинко-рентгенологического обследования (утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной стороны справа и слева на уровне интактных зубов 1.4, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5. Поверхность патологических очагов гладкая, слизистая оболочка над ними в цвете не изменена, при пальпации патологические очаги плотные, безболезненные. На коже шеи, поясницы участки гиперпигментации коричневого цвета, неправильной формы, не возвышающиеся над поверхностью кожи).

-Хирургическое лечение показано при эстетических нарушениях, нарушении функции (дыхания, зрения), быстром росте патологических очагов. Производится удаление патологической ткани по типу экскохлеации. В последующем больной нуждается в динамическом наблюдении, т.к. возможно два варианта послеоперационного течения:

Ситуационная задача № 2

В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, на отсутствие коронки 21.

Анамнез заболевания: впервые заметил новообразование 6 лет назад, которое незначительно увеличивается в размерах без болевых ощущений. 21 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, месяц назад произошел отлом коронки зуба.

Объективно: незначительная асимметрия лица за счет увеличения угла нижней челюсти справа. Региональные лимфатические узлы не пальпируются, нарушение чувствительности подбородка и нижней губы не определяется, рот открывается в полном объеме, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Полость рта санирована. В области угла нижней челюсти справа отмечается новообразование размером 1,0 x 2,0 см. При пальпации определяются участки флюктуации, чередующиеся с участками уплотнения. Пальпация тела нижней челюсти безболезненна. Зубы нижней челюсти интактны. На рентгенограмме определяется множественные очаги деструкции костной ткани челюсти с четкими границами, 21-определяется неравномерное расширение, деформация периодонтальной щели в апикальном отделе, канал корня заполнен рентгенконтрастным веществом на 2/3 длины.

С

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

П

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите необходимые дополнительные исследования для уточнения основного диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику. Выберите метод оперативного лечения.
4. Опишите последовательность действий при лечении корня 21.
5. Опишите клинические и лабораторные этапы ортопедического восстановления коронки

Ответ.

1. Остеобластокластома нижней челюсти справа. Хронический фиброзный периодонтит
2. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование.
3. Дифференцировать необходимо с амелобластомой, фиброзной дисплазией нижней челюсти. Операция – резекция нижней челюсти справа в пределах здоровых тканей с одномоментной костной пластикой.
4. Распломбирование канала, прохождение, расширение, антисептическая обработка, определение верхушечного отверстия, пломбирование.
5. Восстановление коронки штативной вкладкой, и изготовление керамической коронки. Этапы: а) подготовка канала под штифт, б) моделирование культевой штативной конструкции, в) припасовка и цементирование культевой штативной конструкции, г) допрепарирование зуба, снятие слепков, д) отливка модели, е) определение центральной окклюзии, ж) определение цвета коронки, з) припасовка коронки, и) цементировка фарфоровой коронки.

Ситуационная задача № 3



Большая Д. 13 лет обратилась с жалобами на появление асимметрии лица за счет припухлости щечной области справа.

При осмотре конфигурация лица изменена за счет припухлости в щечной области справа. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. Пальпация мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа безболезненна.

В полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти справа в виде выбухания с четкими контурами округлой формы протяженностью от зуба 4.3 до зуба 4.6.

Слизистая оболочка в области выбухания бледно-розового цвета. Пальпация безболезненна, однако в центре выбухания определяется участок податливости костной стенки.

1. Дайте название рентгенограммы и опишите ее.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Расскажите этиологию и патогенез данного заболевания.
4. Укажите вид хирургического лечения и обоснуйте его.

Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

Ответ.

1. Ортопантограмма. На рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами, нижняя граница которого доходит до края нижней челюсти. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 4.5, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 4.4, у которого периодонтальная щель на всем протяжении дистальной поверхности корня не определяется. Имеется также причинный зуб 8.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса.

2. Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический периодонтит зуба 8.5. Дистопия, ретенция зуба 4.5 и дистопия зуба 4.4.

3. Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубооб-разовательной пластинки - клетки Маляссе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление.

4. Цистотомия с удалением причинного зуба 8.5. Обоснование - необходимость сохранения зачатка зуба 4.5; большой размер кисты и, как следствие, возможность пато-логического перелома нижней челюсти, а также в связи с риском травмирования сосудисто-нервного пучка.

5. Травма сосудисто-нервного пучка: кровотечение и нарушение двигательной и чувствительной функций зоны иннервации n. Mandibularis; травма зачатка зуба 4.5, вплоть до его удаления. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты

Ситуационная задача № 4



Больная Л. 15 лет обратилась с жалобами на появление припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева и подвижность зуба 2.2.

При осмотре определяется выбухание в области альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной поверхности, округлой формы с четкими границами, протяженностью от зуба 1.2 до зуба 2.3.

Переходная складка сглажена, пальпация безболезненна, определяется податливость кортикальной пластинки в центре выбухания.

Зуб 2.2 имеет подвижность I-II степени, перкуссия безболезненна. Коронки зубов 2.1 и 2.2 изменены в цвете - более темные и тусклые по сравнению с коронками рядом стоящих зубов.

Задания:

1. Назовите и опишите рентгенограмму.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите дополнительные методы обследования.
4. Укажите этиологию заболевания.

Составьте план лечения и реабилитации ребенка

Ответ.

1. На панорамной рентгенограмме верхней челюсти определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами протяженностью от зуба 2.1 до зуба 2.3. Корень зуба 2.2 запломбирован на 2/3, дно левой верхнечелюстной пазухи оттеснено вверх.
 2. Одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти слева. Хронический периодонтит зубов 2.1,2.2.
 3. Прицельная рентгенограмма и ЭОД зубов 2.3 и 1.1.
 4. Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки - клетки Малассе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются трансудатом, благодаря чему в них повышается давление.
 5. План лечения:
 - эндодонтическое лечение зуба 2.1 (при показаниях зуба 2.3 и 1.1);
 - шинирование от зуба 1.3 по зуб 2.5;
- хирургическое лечение - цистэктомия с резекцией верхушек корней зубов 2.1 и 2.2.
Диспансерное наблюдение до полной репарации костной ткани, снятие шины через 1,5-2 месяца после операции.

Ситуационная задача № 5

Ребенок 6 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость нижней челюсти слева.

Из анамнеза: припухлость замечена 3 месяца назад, медленно увеличивалась, не беспокоила.

Объективно: деформация лица за счет припухлости нижней трети левой щечной области. Над припухлостью кожа в цвете не изменена, собирается в складку, пальпация безболезненна. Открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка полости рта без видимых изменений. Вестибулярная поверхность центральных резцов - одиночные участки пигментации эмали светло- и темно-коричневого цвета.

Во фронтальном отделе - вертикальная резцовая дизокклюзия: при сомкнутых зубах расстояние между режущими краями резцов 2 мм., протяженность вертикальной щели от 54 до 63.

Переходная складка в пределах 74, 75 сглажена, слизистая оболочка без видимых изменений, пальпируется плотное, овальной формы, гладкое, безболезненное выбухание кости. 75 запломбирован, перкуссия безболезненна. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

16	55	54	53	52	11	21	62	63	64	65	26
46	85	84	83	82	41	31	72	73	74	75	36

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Составьте план лечения.
4. Перечислите возможные причины формирования вертикальной резцовой дизокклюзии.
5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ

1. Киста нижней челюсти. Вертикальная резцовая дизокклюзия. Флюороз, меловидно-крапчатая форма.
2. Ортопантомография. Дальнейшее обследование - в зависимости от выявленных изменений в челюсти.
3. Проведение цистэктомии, удаление 75, противовоспалительная терапия, диспансеризация.
4. Неправильное положение языка при глотании, вредные привычки, ротовое дыхание, макроглоссия, рахит.
5. После устранения этиологического фактора необходимо проводить массаж, альвеолярных отростков, миогимнастику круговой мышцы рта. Аппаратурное лечение с использованием небной пластинки небная пластинка с окклюзионными накладками. Диспансерное наблюдение.

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ И УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ

1. Аббе
2. Миларда
3. Лапчинского
4. Шимановского
- 2) ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ
 1. дефекта губы и деформации крыла носа
 2. рубцовой деформации
 3. искривления перегородки носа
 4. выворота крыла носа
- 3) ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ПРИОБРЕТЁННЫМ ДЕФЕКТАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. новообразование
 2. артрит-артроз ВНЧС
 3. аномалия прикуса
 4. аномалия формы и размера зубов
- 4) ДЕФЕКТ ТВЁРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ
 1. звукообразования
 2. зрения
 3. обоняния
 4. сна
- 5) ЖАЛОБОЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ
 1. дикции
 2. зрения
 3. обоняния
 4. осанки
- 6) ЖАЛОБОЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. затруднение глотания
 2. попадание жидкой пищи в полость носа
 3. нарушение осанки
 4. нарушение сна
- 7) ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. осмотр
 2. рентгенологическое обследование
 3. психометрическое обследование
 4. функциональное обследование
- 8) ВРОЖДЁННЫМ ДЕФЕКТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. расщелина твёрдого нёба
 2. злокачественное новообразование
 3. гемангиома
 4. отсутствие зубов
- 9) ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА
 1. 4-6 месяцев
 2. 2-4 дня
 3. 11-12 дней
 4. 1-2 года
- 10) ОСТЕОТОМИЯ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ КОСТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ ПРИ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС С ОДНОЙ СТОРОНЫ ПОКАЗАНА ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

1. 4-5
 2. 15-18
 3. 14-15
 4. 10-12
- 11) **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ**
1. быстрота роста
 2. частота обнаружения
 3. дизонтогенетическая природа
 4. преимущественное поражение определенных тканей
- 12) **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У ДЕТЕЙ ВИДОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**
1. гемангиома
 2. папиллома
 3. липома
 4. фиброма
- 13) **ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ ГЕМАТОМЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ (КИСТЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ ЕЕ**
1. воспаление
 2. локализация
 3. величина
 4. окраска
- 14) **ОМЕРТВЕВШИЙ УЧАСТОК КОСТИ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ОПТИМАЛЬНО УДАЛЯЮТ**
1. после полного отделения его от здоровой кости
 2. перед полным отделением его от здоровой кости
 3. через 5-8 недель после начала лечения
 4. через 3 недели после начала лечения
- 15) **УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО**
1. через 7-8 месяцев после заживления раны
 2. через 1-2 месяца после заживления раны
 3. не ранее 18-летнего возраста
 4. через 2 недели после заживления раны

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

3.1 Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачету (ОПК-1, ПК-5; ПК-9; ПК-11)

1. Использование информационных, библиографических ресурсов для решения профессиональных задач детской челюстно-лицевой хирургии.
2. Методы использования медико-биологической терминологии в детской челюстно-лицевой хирургии.
3. Анатомо-функциональные особенности строения ВНЧС у детей.
4. Методы диагностики дисфункциональных состояний, нарушений нейромышечного комплекса, парафункции жевательных мышц и языка.
5. Привычные вывихи и подвывихи нижней челюсти. Задний вывих нижней челюсти.
6. Методики лечения сочетанных форм заболеваний ВНЧС.
7. Профилактика функциональных суставно-мышечных заболеваний у детей.
8. Основные методы диагностики и лечения атритрита, артроза, анкилоза ВНЧС.
9. Методики хирургического лечения болезней височно-нижнечелюстного сустава у детей.
10. Особенности лечения болезней височно-нижнечелюстного сустава у детей. 8. Профилактика артритов и артрозов у детей.
11. Функциональные суставно-мышечные заболевания.

12. Клиника болевого синдрома, дисфункции сустава и мышц.
13. Методы и принципы лечения болевого синдрома ВНЧС. Исходы лечения
14. Повреждения мягких тканей лица и шеи. Классификация Причины.
15. Ушибы мягких тканей лица. Клиника, диагностика, лечение.
16. Раны мягких тканей лица. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
17. Раневая инфекция. Столбняк. Этиология, клиника, принципы оказания помощи.
18. Особенности повреждения костей лицевого скелета у детей.
19. Переломы по типу «зеленой веточки», поднадкостничные переломы.
20. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Переломы верхней челюстей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Переломы скуловой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Показания к госпитализации детей с острой травмой челюстно-лицевой области.
24. Профилактика острой травмы у детей.
25. Врожденные расщелины лица. Медико-генетическое консультирование больных и их родственников как метод профилактики врожденных пороков развития.
26. Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области.
27. Врожденные кисты и свищи челюстно-лицевой области и шеи. Возрастные показания к хирургическому лечению.
28. Диспансеризация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
29. Методы постановки предварительного диагноза и дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований мягких тканей
30. Реабилитация детей после хирургического лечения.
31. Замещение дефектов мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области после хирургического лечения доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.
32. Методы постановки предварительного диагноза и дифференциальной диагностики злокачественных новообразований мягких тканей и костных структур челюстно-лицевой области у детей.
33. Классификации, злокачественных опухолей челюстно-лицевой области
34. методики хирургического лечения злокачественных новообразований.
35. Реабилитация детей после хирургического лечения.
36. Замещение дефектов мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области после хирургического лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Повреждения мягких тканей лица и органов полости рта
2. Переломы альвеолярных отростков челюстей.
3. Повреждения зубов
4. Вывихи нижней челюсти
5. Ушибы. Этиология, клиника, лечение
6. Раны. Этиология, клиника, лечение
7. Раневой процесс и заживление ран
8. Раневая инфекция. Столбняк.
9. Ожоги челюстно-лицевой области
10. Неотложная помощь на амбулаторном стоматологическом приеме
11. Обморок
12. Коллапс
13. Анафилактический шок
14. Отек Квинке
15. Факторы, способствующие возникновению новообразований ЧЛЮ. Теории возникновения новообразований.
16. Классификация новообразований по клиническому течению.
17. Классификация новообразований по тканевой принадлежности, степени дифференцировки, анатомо-топографическому признаку
18. Классификация новообразований по распространенности
19. Методы диагностики опухолей
20. Биопсия
21. Хирургические методы лечения новообразований.
22. Не хирургические методы лечения новообразований.

23. Кисты челюстей.
24. Оперативное лечение одонтогенных кист
25. Анатомия височного-нижнечелюстного сустава
26. Принципы и методы обследования больных с патологией ВНЧС.
27. Острые артриты височного нижнечелюстного сустава
28. Хронические артриты височного нижнечелюстного сустава
29. Артрозы височного нижнечелюстного сустава
30. Анкилозы височного нижнечелюстного сустава

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

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	<p>Знать: различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>
		<p>Уметь: оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели,</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления</p>

		задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий
		Владеть: компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причи-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ

	исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	ны, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией
		Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области	Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области
		Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов со	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи

	стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара
		Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара
		Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»

ПК-11	готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	к	<p>Знать: организацию и проведение реабилитационных мероприятий, механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебные факторы санаторно-курортного лечения</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания организации и проведения реабилитационных мероприятий, механизма лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показаний и противопоказаний к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебных факторов санаторно-курортного лечения</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания организации и проведения реабилитационных мероприятий, механизма лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показаний и противопоказаний к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебных факторов санаторно-курортного лечения</p>
			<p>Уметь: Уметь разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные умения разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>
			<p>Владеть: Навыками выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>

4.2. Шкала, и процедура оценивания компетенций (результатов)

4.2.1 Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

4.2.3. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/ устного реферативного сообщения

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.