

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ

И.о зав. кафедрой стоматологии

Заяц Д.С.

« 20 » 09 2023 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

Клиническая практика, Научно-Исследовательская Работа (НИР)

«ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (хирурга)»

НАПРАВЛЕНИЕ ПОДГОТОВКИ

3.31.05.03 «СТОМАТОЛОГИЯ» (УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

КВАЛИФИКАЦИЯ ВЫПУСКНИКА

Врач-стоматолог

Форма обучения:

Очная

Разработал

Ассистент: Гимиш И.В.

Подпись



г. Тирасполь, 2023 г.

**Паспорт фонда оценочных средств по производственной практике:
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА
(хирурга)»**

1. В результате изучения обучающийся должен:

1.1. Знать:

- современные методы и методологию научного исследования, в наибольшей степени соответствующие профилю избранной обучающимся образовательной программы;
- принципы организации работы хирургического стоматологического кабинета / отделения, по уровням оказания хирургической стоматологической помощи населению в ПМР;
- оформление основной медицинской документации;
- методы организации мероприятий по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима в стоматологических учреждениях, соблюдение техники безопасности при работе с различными стоматологическими материалами и оборудованием;
- принципы очередности приема пациентов с различными заболеваниями.
- методы общего клинического обследования пациентов; - интерпретацию результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритм постановки диагноза пациентам с назначением плана лечения.
- методы проведения анестезии (под руководством куратора): инфильтрационной, мандибулярной, торусальной, резцовой, небной, инфраорбитальной. –владеть знаниями устранения возможных осложнений при проведении анестезии.
- методы удаления зубов, не требующих откидывания слизисто – надкостничного лоскута и применения бормашины.
- правила вскрытия, обработки и дренирования поднадкостничного абсцесса.
- этапы операции резекции верхушки корня; устранения острого края лунки в области одного зуба; рассечения слизистого капюшона над не полностью прорезавшимися полуретенированным зубом мудрости.
- первую врачебную помощь пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
- методы диагностики и хирургического лечения периодонта и пародонта.
- методы диагностики и хирургического лечения слизистой полости рта в соответствии с протоколом ведения пациентов.
- показания к операциям цистотомия и цистэктомия при одонтогенных воспалительных кистах верхней и нижней челюстей.
- методы диагностики и хирургического лечения периодонта, заболеваний пародонта и слизистой полости рта у детей в соответствии с протоколом ведения пациентов.
- принципы назначения хирургического лечения болезней периапикальных тканей; удаления ретинированных, дистопированных зубов; вскрытия субпериостальных абсцессов; секвестрэктомии при хронических остеомиелитах различного генеза.
- методы организации и проведения научно-исследовательской работы;
- различные методики проведения научных исследований;

- способы обработки получаемых эмпирических данных и их интерпретацию;
- методы анализирования и систематизирования собранного материала;
- современные образовательные технологии;
- методы анализа и самоанализа, способствующими развитию личности научного работника.

1.2. Уметь:

- проводить клиническое обследование пациента: обратить внимание на состояние пациента, его психоневрологический статус, конфигурацию лица, состояние кожного покрова, лимфатического аппарата челюстно-лицевой области, открывание рта.
- проводить пальпацию челюстей и других костей лицевого и мозгового отделов черепа, окружающих мягких тканей.
- проводить внутриротовой осмотр: оценить состояние слизистой оболочки преддверия полости рта, языка, зева, твердого и мягкого неба, крыловидно-челюстных складок, небных дужек и миндалин, функцию слюнных желез.
- проводить зондирование десневых карманов, осмотр зубов (подвижность, реакцию на перкуссию, зондирование кариозных полостей).
- читать рентгенограммы, оценивать данные лабораторных исследований;
- обсуждать полученные данные с врачом-руководителем, ставить предварительный диагноз и окончательный диагноз, согласовывая его с врачом-куратором;
- составлять план предстоящего лечения, обосновывать его, согласовывать с куратором и проводить лечение под его наблюдением, проводить динамическое наблюдение пациентов;
- самостоятельно ставить диагнозы: острый и хронический периодонтит, пародонтит, периостит, остеомиелит челюстей, альвеолит, ретенция и дистопия зубов, перикоронит, травма зубов, перфорация верхнечелюстной пазухи, одонтогенный гайморит, заболевания слюнных желез, абсцессы и флегмоны головы и шеи;
- выяснять жалобы пациента, анамнез заболевания и жизни, наличие сопутствующих заболеваний и аллергических реакций;
- проводить научные исследования;
- обрабатывать получаемые эмпирические данные и их интерпретировать;
- реферировать и рецензировать научные публикации;
- формулировать и решать задачи, возникающие в ходе написания научной статьи или аналитического обзора;
- анализировать и систематизировать собранный материал;
- применять современные образовательные технологии;
- проводить анализ и самоанализ, способствующий развитию личности научного работника;
- вести научные дискуссии, не нарушая законов логики и правил аргументирования.

1.3. Владеть:

- оказанием неотложной помощи при развившемся обмороке, коллапсе и анафилактическом шоке;
- основными видами обезболивания;
- операциями удаления различных групп зубов, вскрытием поверхностных абсцессов и инфильтратов, рассечением или иссечением десневых лоскутов при перикороните, лечением альвеолита хирургическим и консервативным методом,

- принципами организации работы хирургического стоматологического кабинета / отделения, по уровням оказания хирургической стоматологической помощи населению в ПМР;

- оформлением основной медицинской документации;

- методами организации мероприятий по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима в стоматологических учреждениях, соблюдение техники безопасности при работе с различными стоматологическими материалами и оборудованием;

- принципами очередности приема пациентов с различными заболеваниями.

- методами общего клинического обследования пациентов; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритмом постановки диагноза пациентам с назначением плана лечения.

- этапами операции резекции верхушки корня; устранения острого края лунки в области одного зуба; рассечения слизистого капюшона над не полностью прорезавшимися полуретенированным зубом мудрости.

- первой врачебной помощью пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

- методами диагностики и хирургического лечения периодонта и пародонта.

- методами диагностики и хирургического лечения слизистой полости рта в соответствии с протоколом ведения пациентов.

- методами диагностики и хирургического лечения периодонта, заболеваний пародонта и слизистой полости рта у детей в соответствии с протоколом ведения пациентов;

- принципами назначения хирургического лечения болезней периапикальных тканей; удаления ретинированных, дистопированных зубов; вскрытия субпериостальных абсцессов; секвестрэктомии при хронических остеомиелитах различного генеза.

- методами организации и проведения научно-исследовательской работы;

- различными методиками проведения научных исследований;

- способами обработки получаемых эмпирических данных и их интерпретации;

- умениями реферировать и рецензировать научные публикации;

- навыками формулирования и решения задач, возникающие в ходе написания научной статьи или аналитического обзора;

- методами анализа и систематизирования собранного материала;

- применением современных образовательных технологий;

- методами анализа и самоанализа, способствующими развитию личности научного работника;

- ведением научных дискуссий, не нарушая законов логики и правил аргументирования.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
7 семестр			

1	итоговая № 1 по темам 1-12 раздел 1. Фантомный симуляционный тренинг	ОК-1 ОК-8 ОПК – 1 ОПК – 6 ОПК – 8 ПК-5 ПК -6 ПК – 16	Контрольная работа № 1 Тестирование, проверка фрагментов дневника.
2	итоговая № 2 по темам 1-18 раздел 2. Удаление зубов	ОК-1 ОК-8 ОПК – 1 ОПК – 6 ОПК – 8 ПК-5 ПК -6 ПК – 16	Контрольная работа № 2 Ситуационные задачи. Проверка и оценка практических умений и фрагментов дневника.
3	Раздел 3 по темам 1-36 раздел 3. Лечение одонтогенных воспалительных процессов	ОК-1 ОК-8 ОПК – 1 ОПК – 6 ОПК – 8 ПК-5 ПК -6 ПК – 18	Контрольная работа № 3 Собеседование по предложенным вопросам. Проверка практических умений и собеседование. Самостоятельная работа
Промежуточная аттестация		ОК-1 ОК-8 ОПК – 1 ОПК – 6 ОПК – 8 ПК-5 ПК -6 ПК – 18	зачёт с оценкой: устное собеседования по вопросам

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Итоговая (контрольная работа)	-оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена	Распечатанные вопросы для собеседования

	дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; -оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; -оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты; -оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения	страницы 42-43 текущего документа.
--	--	---

		по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.	
2	Ситуационные задачи	-оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; -оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 24-41 текущего документа.
3	Тесты	Количество баллов соответствует количеству правильных ответов. - 59% и менее правильных ответов – «неудовлетворительно»; - 60% - 74% – «удовлетворительно»; - 75% - 84% - «хорошо»;	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 18-23 текущего документа.

		- 85% - 100% - «отлично».	
4	Самостоятельная работа	- оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; - оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы; - оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; - оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний;	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 46 текущего документа.
5	Промежуточная аттестация в виде собеседования: зачёт с оценкой	оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые навыки, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 44-45 текущего документа.

		дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов, достаточные знания основных положений смежных дисциплин; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы, применять основные теоретические положения к решению ситуационных задач; – достаточные навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению основных практических задач; – посредственные навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении практических задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.	
--	--	--	--

«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

П Е Р Е Ч Е Н Ь

**Форм отчетной документации по производственной практике
«Помощник врача-стоматолога (хирурга)»
7-го семестра**

1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАКТИКИ И ОБЯЗАННОСТИ СТУДЕНТА-ПРАКТИКАНТА

1. Студент - практикант при прохождении практики обязан:

1.1. Получить инструктаж и необходимую документацию (отчетную ведомость, направление, программу практики, индивидуальные задания) у группового руководителя практики.

1.2. Предоставить руководителю базы практики после прибытия на предприятие, в учреждение, организацию направление, отчетную ведомость, программу практики.

1.3. Пройти инструктаж по технике безопасности, ознакомиться с условиями прохождения практики на предприятии, в учреждении, организации.

1.4. Проявлять организованность соблюдать трудовую и служебную дисциплину, соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные вместе прохождения практики.

1.5. Находится на практике не менее шести часов рабочего времени, обо всех случаях ухода со своего рабочего места извещать руководителя базы практики.

1.6. Вести дневник в рабочей тетради, записывать все, что им сделано в течение дня по выполнению программы практики (цифровые материалы, содержание лекций и бесед, эскизы, зарисовки и т.д.).

1.7. Один раз в неделю предоставлять дневник на проверку руководителям базы практики и университета.

1.8. Выполнить программу практики в полном объеме и в установленный срок.

1.9. Предоставить групповому руководителю следующую отчетную документацию по практике: отчетную ведомость, дневник (рабочую тетрадь), отчет о прохождении практики, характеристику от руководителя базы практики. Без заполненной ведомости практика не засчитывается.

2. Результаты прохождения учебной оцениваются комиссией, назначаемой заведующим кафедрой. По учебно-ознакомительной практике ставится «зачет».

3. Оценка или зачет по практике приравнивается к оценкам (зачетам) по теоретическому обучению и учитывается при проведении итогов общей успеваемости студентов.

4. Студенты, не выполнившие программу практики, получившие отрицательный отзыв руководителя базы практики или неудовлетворительную оценку, направляются на практику в свободное от учебных занятий время, в том числе и во время летних каникул.

Приложение 1.

**Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко
ОТЧЕТНАЯ ВЕДОМОСТЬ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

СТУДЕНТ(КА) _____
(фамилия, имя, отчество)

ФАКУЛЬТЕТ, ИНСТИТУТ, ФИЛИАЛ _____

КУРС _____ ГРУППА _____

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ _____
(номер, наименование)

ВИД ПРАКТИКИ _____

ПРИКАЗ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРАКТИКИ № _____ от _____

20 ____ год

ПРЕДПИСАНИЕ НА ПРАКТИКУ

Студент (ка) _____

(фамилия, имя, отчество)

направляется на _____ практику в, на
(вид практики)

—

(наименование предприятия)

Город _____

—

Сроки прохождения практики:

с «_____» по _____ 20____ г. по «_____» _____ 20____ г.

Руководитель

практики _____

от университета (должность, фамилия, имя, отчество)

Декан факультета _____

(подпись)

Печать

факультета

Руководитель базы практики _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

Рабочий телефон _____

Прибыл «_____» _____ 20____ г.

Печать организации

Убыл «_____» _____ 20____ г.

Печать организации

(должность, подпись, фамилия, имя, отчество ответственного лица)

ХАРАКТЕРИСТИКА НА СТУДЕНТА-ПРАКТИКАНТА

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Подпись _____ руководителя _____ базы _____ практики _____

Печать учреждения, организации « » 20 г.

Оценка по практике

Дата защиты практики « » 20 г.

Подпись _____ руководителя практики _____ университета _____

Приложение 2

Отчет
студента по производственной практике
«помощника врача-стоматолога (хирурга)»

Студента гр. _____ Ф.И.О. _____

Место прохождения производственной практики _____

Сроки прохождения производственной практики с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Перечень выполненных работ

№ п/п	Содержание работы	Отметка о выполнении
1	Дни практики	
2	Принято всего больных	
	Обследовано пациентов	
3	Оформление амбулаторных карт, документации по ОМС	
4	Проведено манипуляций: Инфильтрационная анестезия	
	Проводниковая анестезия	
	- туберальная	
	- инфраорбитальная	
	- торусальная	
	- мандибулярная	
5	Простое удаление зуба	
6	Сложное удаление зуба	
7	Вскрытие внутриротовых абсцессов	
8	Лечение альвеолита	
9	Перевязка после хирургического вмешательства	
10	Хирургическая обработка ран	
11	Наложение назубных шин	
12	Лечение осложнений после обезболивания и удаления зуба	
13	Удаление ретенированных и дистопированных зубов.	
14	Ассистирование на операциях (реплантация зуба, резекция верхушки корня, удаление; доброкачественных опухолей ЧЛЮ, хирургическое лечение; заболеваний пародонта и др.)	

15	Консультировано больных со сложными заболеваниями (слюнных желез, нервной системы, ВНС и др.)	
16	Проведено бесед и лекций (темы)	
17	Выпущено санбюллетеней (тема)	

Ф.И.О. руководителя практики от ЛПУ _____

Ф.И.О. руководителя практики университета _____

Приложение 3

Титульный лист

ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

им. Т.Г. ШЕВЧЕНКО

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра стоматологии

ДНЕВНИК

По производственной практике

«Помощник врача-стоматолога (хирурга)»

студент _____ гр. _____ специальности 3.31.05.03 «Стоматология»

Ф.И.О. _____

Сроки прохождения практики: с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

База практики: _____

Ф.И.О. руководителя практики от ЛПУ: _____

Ф.И.О. руководителя практики университета: _____

г. Тирасполь, 20__ г.

Внутренние страницы дневника оформляются по следующей форме:

№ п/п	Дата	Выполненная работа	Подпись руководителя практики от ЛПУ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

Итоговая (контрольная работа)

**П Е Р Е Ч Е Н Ь тестов к итоговой контрольной работе № 1
По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (хирурга)», 7 семестр**

П-простой (один) ответ.

М-множественный ответ.

1. П. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:
А. только остеомиелит;
В. периодонтит и остеомиелит;
С. периодонтит, периостит и остеомиелит;
D. периостит и остеомиелит;
Е. периостит

2. М. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:
А. анаэробных;
В. аэробных;
С. факультативных;
D. только аэробных и факультативных;
Е. только анаэробных;

3. М. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:
А. нейтрофилов, плазматических клеток;
В. лимфоцитов;
С. эозинофилов,
D. макрофагов;
Е. моноцитов;

4. М. Периодонтит - это:
А. воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;
В. воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
С. заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.
D. одонтогенное заболевание, которое встречается в острой и хронической форме.
Е. гнойное воспаление, которые затрагивают периодонт и надкостницу.

5. М. Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:
А. медикаментозное;
В. инфекционное;

- С. травматическое.
- Д. нервно-трофическое
- Е. аллергическое

6. П. Боли при остром серозном периодонтите:

- А. ноющие, нерезко выраженные, не иррадируют, усиливаются при накусывании;
- В. ноющие, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
- С. острые, резко выраженные, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам;
- Д. острые, пульсирующие, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, не увеличиваются по ночам;
- Е. ноющие, не иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании, ощущение „высокого зуба”;

7. П. Боли при остром гнойном периодонтите:

- А. ноющие, нерезко выраженные, не иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
- В. острые, пульсирующие, иррадируют, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, а также при накусывании, зуб как бы вырос;
- С. острые, пульсирующие, не иррадируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб безболезненное.
- Д. острые, пульсирующие, иррадируют, не усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, и при накусывании;
- Е. ноющие, не иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании и в горизонтальном положении.

8. П. Хронические периодонтиты различают:

- А. серозный;
- В. гнойный;
- С. фиброзный;
- Д. гранулирующий, фиброзный и гранулематозный;
- Е. диффузные.

9. П. Размеры гранулемы не превышают:

- А. 0,5 см;
- В. 1,0 см;
- С. 1,5 см;
- Д. 2,0 см;
- Е. 2,5 см.

10. П. Реплантация зуба - это:

- А. удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
- В. удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
- С. пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

- D. пересадка зуба в альвеолу другого удаленного зуба;
- E. фиксация вывихнутого зуба к соседним зубам.

11. П. Гемисекция зуба - это:

- A. удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
- B. удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
- C. пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
- D. рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, и покрытием коронкой.
- E. рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

12. П. Ампутация зуба - это:

- A. удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
- B. удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
- C. пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
- D. рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.
- E. частичное удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба.

13. П. Ретенция зуба - это:

- A. задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба;
- B. неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку;
- C. неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба;
- D. аномальное его расположение в челюсти;
- E. аномальное его расположение вне челюсти.

14. П. Периостит-это:

- A. инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;
- B. заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- C. воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.
- D. инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который поражает ткани периодонта.
- E. инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который поражает ткани периодонта, и распространяются на мягкие ткани.

15. П. Наиболее частой причиной возникновения периостита является:

- A. Хронический верхушечный периодонтит;
- B. Одонтогенный остеомиелит;
- C. Обострившейся верхушечный периодонтит;

- D. Болезни прорезывания зуба мудрости на нижней челюсти;
- E. Гангренозный пульпит.

16. П. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются:

- A. резцы центральные;
- B. резцы боковые;
- C. клыки;
- D. моляры;
- E. премоляры;

17. М. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы:

- A. не изменены;
- B. болезненные;
- C. увеличены;
- D. плотноэластической консистенции;
- E. подвижные;

18. М. Гнойное воспаление характеризуется наличием густой жидкости желтого или зелёного оттенка, состоящей из:

- A. некротических тканей;
- B. разрушенных нейтрофилов;
- C. фибрина;
- D. микроорганизмы, токсины;
- E. ферменты;

19. М. Основным источником инфицирования щечной области является патологические процессы, возникающие в:

- A. резцах, клыках, премолярах и молярах верхней челюсти;
- B. премолярах и молярах верхней челюсти;
- C. премолярах и молярах нижней челюсти;
- D. премолярах верхней и нижней челюстей;
- E. молярах верхней и нижней челюстей.

20. М. Границы подвисочной ямки:

- A. спереди - бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости;
- B. снизу - щечно-глоточная фасция;
- C. сзади - шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мышечного отростка нижней челюсти;
- D. изнутри - наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости;
- E. снаружи - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

21. М. Гемостаз в случае кровотечений из носа осуществляется при помощи:

- A. Передняя тампонада;
- B. Задняя тампонада;
- C. Резиновыми шариками которые надуваются;

- D. Наложение швов на поврежденные сосуды;
- E. Все перечисленные действия.

22. П. Первой помощью при дислокационной асфиксии в случае западения языка является:

- A. Интубация больного;
- B. Тракция языка нитью, проведенной через переднюю треть языка;
- C. Иммобилизация нижней челюсти пращей;
- D. Проведение трахеотомии;
- E. Все вышеперечисленное.

23. М. Определенные стоматологические манипуляции могут являться причиной денто-пародонтальных травм:

- A. Соскальзывание элеватора;
- B. Вывих соседних зубов при упирании элеватором на них;
- C. Травма антагонистов щипцами при удалении зубов;
- D. Травмы роторасширителями;
- E. Переломы зубов во время снятия протезов.

24. П. Уточните, в какой из этих ситуаций, как правило необходимо удаление зуба:

- A. Частичный вывих зуба;
- B. Полный перелом коронки;
- C. Перелом коронки и корня;
- D. Неполный перелом коронки;
- E. Пародонтальная контузия.

25. П. Подвижная кость лицевого скелета это:

- A. Верхняя челюсть;
- B. Нижняя челюсть;
- C. Скуловая кость;
- D. Кости носа;
- E. Небная кость.

26. М. Верхняя челюсть образует следующие полости:

- A. Глазницы;
- B. Носовую;
- C. Ротовую;
- D. Крыловидно-челюстную;
- E. Верхнечелюстную пазуху.

27. М. Верхнечелюстная пазуха участвуют в следующих функциях:

- A. Резонанс;
- B. Обоняние;
- C. Дыхание;
- D. Защитная;
- E. Уменьшение веса черепа.

28. П. Верхнечелюстная пазуха сообщается с:

- А. Полостью носа;
- В. Полостью рта;
- С. Глазницами;
- Д. Глоткой;
- Е. Подвисочной ямкой.

29. М. Вывих зуба возникает в результате:

- А. Ушиба или частичного разрыва дентоальвеолярной связки;
- В. Полного разрыва дентоальвеолярной связки;
- С. Перелома альвеолярного отростка;
- Д. Перелома верхней или нижней челюсти;
- Е. Ни в одной из перечисленных ситуаций.

30. М. Для асептической обработки полости рта при травмах ЧЛО используется:

- А. Перекись водорода 3%;
- В. Слабый раствор марганцовки;
- С. Хлорамин;
- Д. Хлоргексидин;
- Е. Раствор пищевой соды.

Ответы к тесту:

1	С	11	А	21	А,В,С
2	А,В,С,Д,Е	12	В	22	В
3	А,В,С,Д,Е	13	А	23	А,В,С,Д,Е
4	Д,В	14	В	24	С
5	А,В,С	15	С	25	В
6	А	16	Д	26	А,В,С,Е
7	В	17	В,С,Д,Е	27	А,В,С,Д,Е
8	Д	18	А,В,С,Д,Е	28	А
9	А	19	Д,Е	29	А,В,С
10	С	20	А,В,С,Д,Е	30	А,В,С,Д,Е

Критерии оценки:

Количество баллов соответствует количеству правильных ответов.

- 59% и менее правильных ответов – «неудовлетворительно»;
- 60% - 74% – «удовлетворительно»;
- 75% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

**П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к итоговой контрольной работе № 2
По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (хирурга)», 7 семестр**

Ситуационная задача № 1

В стоматологическом хирургическом кабинете на два хирургических кресла параллельно ведут прием два стоматолога-хирурга. Им помогают в выполнении работы 1 медсестра и 1 младшая медсестра.

1. Имеются ли нарушения штатного расписания при указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета?
2. Укажите правильный расчет ставок и должностей.

Ситуационная задача № 2

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая рабочие места стоматологов-хирургов. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) составляет 1 : 7.

Может ли стоматолог-хирург подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета? Ответ поясните.

Ситуационная задача № 3

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 25 лет, по поводу удаления зуба 3.6. Из анамнеза известно, что с 5 лет пациент болеет гепатитом С.

Следует ли в данной клинической ситуации проводить специальную дезинфекцию и стерилизацию хирургического инструментария после приема пациента?

Ситуационная задача № 4

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился пациент С., 25 лет. Из анамнеза стало известно, что он ВИЧ-инфицирован. Однако врач продолжил осмотр пациента без маски и перчаток.

1. Какие нарушения санитарно-эпидемиологического режима были допущены врачом?
2. Следует ли проводить дополнительную обработку инструментария, использованного при осмотре пациента?

Ситуационная задача № 5

В хирургическом стоматологическом кабинете при проверке санитарно-эпидемиологического режима установлено: рабочий раствор для обработки хирургического инструментария «Гексодекон» заменяли через 48 часов. Плановая замена дезинфицирующих средств препаратами другого типа осуществлялась через 6 месяцев.

1. Каков срок замены рабочего раствора?
2. Через какой период времени должна осуществляться плановая замена одного вида дезинфицирующих средств другим?
3. Какие современные дезинфицирующие средства применяются в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии?

Ситуационная задача № 6

Стоматологу-хирургу при удалении зуба дополнительно потребовался прямой элеватор, которого не оказалось среди подготовленных к работе стерильных инструментов. Врач попросил медсестру подать ему необходимый инструмент из числа прошедших дезинфекцию.

1. Можно ли использовать хирургический инструментарий, прошедший только дезинфекцию?
2. В чем отличие дезинфекции от стерилизации?

Ситуационная задача № 7

При проверке санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом стоматологическом кабинете выявлено использование хирургического инструментария. При проверке качества его обработки была констатирована положительная проба на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

1. Какая проба позволяет выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии?
2. Какова методика проведения пробы на скрытую кровь?

Ситуационная задача № 8

К стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1.

1. Каков план обследования данного пациента?
2. Какие субъективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
3. Какие объективные методы обследования следует использовать у данного пациента?

Ситуационная задача № 9

Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 °С в течение 2–3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на 1/2. Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована.

1. Как именуется симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата?

2. Какова методика определения симптома, указывающего на наличие гнойного экссудата в области инфильтрата?

Ситуационная задача № 10

Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюннно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Ситуационная задача № 11

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Ситуационная задача № 12

Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи.

1. Какую ошибку допустил стоматолог-хирург при обследовании пациентки?

2. Какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

Ситуационная задача № 13

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что

новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

1. Какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?
2. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.
3. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?

Ситуационная задача № 14

При проведении амбулаторного хирургического вмешательства по поводу поверхностной папилломы слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны пациент был практически здоров, аллергологический анамнез не отягощен. После выполнения аппликационной (терминальной) анестезии при помощи 10%-ного раствора лидокаина в аэрозоле у пациента начало снижаться артериальное давление (АД).

1. Каков механизм развития указанного симптома?
2. Какие профилактические мероприятия следует осуществлять для предотвращения подобных явлений и последующих осложнений (коллапса)?

Ситуационная задача № 15

Стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.7 необходимо выполнить проводниковую анестезию. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения анестезии и предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какой шприц готовить для проведения анестезии?»

1. Какие шприцы могут быть использованы для проведения инъекционного обезболивания?
2. Каким шприцам следует отдавать предпочтение при выполнении проводниковой анестезии? Ответ поясните.

Ситуационная задача № 16

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 27 лет, с жалобами на постпломбировочные боли в области зуба 1.5. Из анамнеза известно, что зуб был запломбирован вчера во второй половине дня. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез не отягощен. Она настаивает на обезболивании или удалении зуба из-за мучительного, непрекращающегося болевого приступа. После обследования врач констатирует следующее: конфигурация лица пациентки не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.5 в цвете не изменена, зуб 1.5 под пломбой из фотополимера, он неподвижен, его перкуссия слегка положительна. На рентгенограмме: зуб 1.5 запломбирован до верхушки. Очагов деструкции в области периапикальных тканей не наблюдается.

1. Какой вид обезболивания следует рекомендовать пациентке в данной клинической ситуации?
2. Как осуществляется данный вид обезболивания?

Ситуационная задача № 17

Стоматолог-хирург должен выполнить пункцию верхнечелюстной пазухи у пациентки Д., 29 лет, с диагнозом острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез неотягощен.

1. Какую анестезию следует провести в данной клинической ситуации?
2. К какому виду местного обезболивания относится данная анестезия?
3. Какие анестетики могут быть использованы в данной клинической ситуации?
4. Каковы максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых?

Ситуационная задача № 18

Пациент М., 58 лет, обратился к стоматологу-хирургу с направлением от стоматолога-ортопеда, в котором рекомендуется удалить зубы 2.1, 2.2 с целью санации полости рта перед протезированием. Объективно: зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), рецессия десны на $\frac{2}{3}$ длины корня. Слизистая оболочка десны в области указанных зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?

2. Какому из видов инфильтрационной анестезии следует отдать предпочтение? Ответ поясните.

Ситуационная задача № 19

Пациент П., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью хирургической санации полости рта перед протезированием. В анамнезе у данного пациента имеется аллергическая реакция на новокаин. Он был обследован у врача-аллерголога и получил следующие результаты: новокаин — 22 %; лидокаин — 15 %; ультракаин — 5 %. Пациент предъявляет жалобы на разрушение коронки зуба 2.4. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.4 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 2.4 безболезненны. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в проекции апекса корней зуба 2.4, каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?

2. Какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?

3. Какова максимальная разовая доза избранного анестетика?

Ситуационная задача № 20

Пациенту К., 42 года, назначена операция по поводу удаления ретенционной кисты малой слюнной железы, локализующейся в преддверии полости рта в области нижней губы слева.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Ситуационная задача № 21

Пациент Л., 49 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Пациент предъявляет жалобы на разрушенный ниже уровня десны зуб 2.5, который периодически беспокоит. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.5 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. В проекции апекса верхушки корня зуба 2.5 виден функционирующий свищевой ход. Зондирование зуба 2.5 безболезненно, перкуссия слабо положительна. На рентгенограмме в области апекса корня зуба 2.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Канал корня зуба 2.5 не пломбирован.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?
3. Какому инструментарию следует отдавать предпочтение при выполнении избранной анестезии?

Ситуационная задача № 22

Пациенту П., 34 года, поставлен диагноз фурункул щечной области слева. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие особые условия следует соблюдать при выполнении избранной анестезии в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 23

В приемный покой учреждения здравоохранения к дежурному стоматологу-хирургу обратился пациент В., 37 лет, с жалобами на ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, на боль в области нижней челюсти, а также при глотании справа, при движениях языком, болезненное, несколько затрудненное открывание рта. Объективно: конфигурация лица изменена с правой стороны за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области. Кожные покровы челюстно-лицевой области сохранили физиологическую окраску и легко собираются в складку. Констатировано острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов справа на стороне поражения. Открывание рта сопровождается болью, оно ограничено. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат, флюктуация. Причинный зуб 4.6 патологически подвижен, на $\frac{2}{3}$ разрушен кариозным процессом. При его перкуссии выявляется болезненность. Для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Ситуационная задача № 24

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка З., 29 лет, с диагнозом радикулярная киста от зуба 3.2. Врач планирует такие оперативные вмешательства, как резекция верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомия. Для проведения операции стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?
2. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.
3. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Ситуационная задача № 25

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ф., 32 года, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.2 для выполнения оперативного вмешательства — резекции верхушки корня зуба 3.2. Врач выполнил торусальную анестезию и приступил к проведению операции. Однако пациент сообщил, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности торусальной анестезии?
2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?
3. Укажите анатомо-топографические ориентиры и методику выполнения торусальной анестезии по М. И. Вейсбрему.

Ситуационная задача № 26

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 36 лет, с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит зуба 3.7 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 3.7. Врач выполнил проводниковую анестезию (мандибулярную) по методике Гоу-Гейта и попросил пациентку оставить рот максимально широко открытым в течение 2–4 минут. Пациентка проигнорировала просьбу и сразу после окончания выполнения анестезии закрыла рот. Стоматолог-хирург через 20 минут приступил к операции. Однако пациентка сообщила, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности мандибулярной анестезии, выполненной по методу Гоу-Гейта?
2. В чем заключается особенность методики выполнения мандибулярной анестезии по методу Гоу-Гейта?

Ситуационная задача № 27

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ю., 31 год, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.5 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 4.5. Врач выполнил торусальную анестезию. Через 10 минут стоматолог-хирург приступил к операции. Однако пациент указал на то, что ощущает сильную боль с язычной стороны.

Как следует скорректировать обезболивание в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача № 28

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Б., 42 года, для выполнения оперативного вмешательства — удаления папилломы слизистой оболочки неба в области зубов 1.1 и 1.2. Для проведения операции врачу предстоит выбрать метод обезболивания. 1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?

1. Какие существуют варианты выполнения избранной анестезии?
2. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.

Ситуационная задача № 29

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 40 лет, для хирургической санации полости рта (удаления очагов хронической одонтогенной инфекции — зубов 2.7 и 2.8). Для проведения оперативного вмешательства врач выбрал туберальную проводниковую анестезию. Через 10 минут он приступил к операции. Однако пациентка указала на то, что ощущает сильную боль с небной стороны.

1. Какова вероятная причина неэффективности обезболивания?
2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?

Ситуационная задача № 30

На прием к стоматологу-хирургу с целью удаления зуба 1.3 обратился пациент К., 29 лет, которому были выполнены резцовая и инфраорбитальная анестезии. Однако пациент ощущал болезненность во время манипуляции с небной стороны.

1. Какова методика выполнения резцовой анестезии?
2. Какова методика выполнения инфраорбитальной анестезии?

Ответы:

Ситуационная задача № 1

При указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета правильный расчет ставок и должностей следующий:

- 1) штат медсестер устанавливается из расчета 1 медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга;
- 2) штат младших медсестер устанавливается из расчета 1 младшая медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга.

Ситуационная задача № 2

Стоматолог-хирург не может подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета, так как при его организации имеется ряд серьезных нарушений. Во-первых, любые лечебные кабинеты, в особенности стоматологические хирургические, не могут быть расположены в подвальных и полуподвальных помещениях. Во-вторых, предельно допустимыми параметрами светового коэффициента являются 1 : 4 – 1 : 5.

Ситуационная задача № 3

Специальной дезинфекции и стерилизации хирургического инструментария, использованного при работе с пациентом, не требуется, так как современная система обработки инструментов исключает возможность их заражения различного рода инфекционным материалом, в том числе и гепатитом С.

Ситуационная задача № 4

1. При консультации пациента с целью предотвращения распространения инфекции врач обязан использовать индивидуальные средства защиты (маску, перчатки). Ситуацию усугубляет то, что врач не прибегнул к индивидуальным средствам защиты и после установления факта, что пациент ВИЧ-инфицирован.

2. Специальной дезинфекции и стерилизации инструментария, используемого при осмотре пациента, не требуется, так как современная система обработки инструментов исключает возможность их заражения различного рода инфекционным материалом, в том числе и ВИЧ.

Ситуационная задача № 5

1. Замена рабочих растворов дезинфицирующих средств должна осуществляться через 12 часов.

2. Плановая замена одного вида дезинфицирующих средств другим должна осуществляться каждые 3 месяца.

3. К современным дезинфицирующим средствам, применяемым в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, относятся «Гексодекон», «Анасепт», «Инкрасепт».

Ситуационная задача № 6

1. Для выполнения хирургических манипуляций нельзя использовать инструментарий, прошедший только дезинфекцию.

2. Дезинфекция — это совокупность мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний, а также нейтрализацию их токсинов. Она значительно снижает количество микроорганизмов, но не уничтожает их полностью, так как споровые формы при дезинфекции способны сохраняться. Стерилизация — это уничтожение всех способных к размножению микроорганизмов.

Ситуационная задача № 7

1. Выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии позволяет азопирамовая проба.

2. Приготовление рабочего раствора. Сухие компоненты — порошок «А» (большая упаковка) и порошок «СА» (малая упаковка) — смешивают в сухой посуде. Приготовленную смесь заливают 95%-ным этиловым спиртом до объема 100 мл и тщательно размешивают стеклянной палочкой до полного растворения ингредиентов. Готовый раствор может храниться в плотно закрытом флаконе в темноте при +4 °С (в холодильнике) 2 месяца, в темноте при комнатной температуре не более 1 месяца. Умеренное пожелтение реактива в процессе хранения без выпадения осадка не снижает его рабочих свойств. Стабилизированный раствор хранится в 2 раза дольше нестабилизированного. Методика проведения азопирамовой пробы. Рабочим раствором

протирают различные поверхности инструмента или наносят 2–3 капли азопирама пипеткой. При наличии следов крови сразу или через 1,5 минуты появится фиолетово-синее окрашивание, быстро переходящее в сиреневопурпурное или буроватое. При наличии ржавчины или кислоты окрашивание будет буроватым. Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют нанесением 2–3 капель на кровавое пятно. Если не позже чем через минуту появляется фиолетовое окрашивание, затем переходящее в сиреневое, то реактив признается годным к использованию. Если окрашивания в течение 1 минуты не происходит, реактив считается непригодным.

Ситуационная задача № 8

1. План обследования пациента, обратившегося с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1, должен включать основные и дополнительные методы. К основным методам относят: – опрос: выяснение жалоб на момент обращения (сбор анамнеза заболевания, определение общего состояния пациента, сбор анамнеза жизни); – обследование челюстно-лицевой области (внешний осмотр, пальпаторное исследование мягких тканей и костей лицевого скелета, оценка состояния жевательной и мимической мускулатуры, оценка чувствительности (болевой, температурной, тактильной и т. д.) в соответствии с зонами иннервации ветвей тройничного нерва); – осмотр полости рта (оценка степени открывания рта, осмотр преддверия полости рта и выводных протоков слюнных желез, запись зубной формулы, оценка состояния зубов и периодонта, осмотр слизистой оболочки щек, языка, подъязычной области и неба); – пальпацию органов и тканей полости рта: переходной складки верхнего и нижнего сводов преддверия полости рта, альвеолярного отростка, ретромолярной области, подъязычной области, языка; – оценку функции языкоглоточного и блуждающего нервов. К дополнительным методам обследования относят: лучевые, лабораторные методы. Заключительным этапом обследования является анализ данных основных и дополнительных методов обследования и постановка диагноза.

2. В данной клинической ситуации следует использовать такой субъективный метод обследования, как опрос (сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни).

3. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы обследования: осмотр, физикальное обследование (пальпация, перкуссия), инструментальное обследование (зондирование), специальные методы исследования (лучевые).

Ситуационная задача № 9

1. Симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата, называется симптомом флюктуации.

2. Симптом флюктуации определяется при помощи одного из физикальных методов исследования, относящихся к объективным методам, — пальпации.

Ситуационная задача № 10

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие методы исследования: физикальные (бимануальная пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, рентгенограмма дна полости рта, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать ядерно-магнитнорезонансную компьютерную томографию.

Ситуационная задача № 11

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы исследования: физикальные (бимануальная 105 пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, компьютерная томография), лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать компьютерную томографию.

3. Из лабораторных методов исследования наиболее информативными в данной клинической ситуации следует считать общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ.

Ситуационная задача № 12

1. Стоматолог-хирург нарушил последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

2. Правильная последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи следующая: – опрос (сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни); – осмотр наружных покровов челюстно-лицевой области и шеи; – пальпация (нужно пальпировать все рельефы челюстно-лицевой области и шеи, обращая внимание на симметричность, болезненность, размеры; следует обследовать регионарные лимфатические узлы); – осмотр полости рта (слизистой оболочки преддверия полости рта, включая уздечки и своды, слизистой оболочки собственно полости рта), оценка прикуса, исследование зубных рядов; – осмотр зева и ротоглотки.

Ситуационная задача № 13

1. В данной клинической ситуации могут быть применены следующие виды обезболивания: – неинъекционное обезболивание, а именно аппликационная (терминальная) анестезия; – инъекционное обезболивание, а именно инфильтрационная анестезия для мягких тканей («ползучий инфильтрат» по А. В. Вишневскому).

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей, так как слизистая оболочка полости рта интенсивно иннервирована и васкуляризирована. Кроме того, новообразование должно быть удалено в пределах здоровых тканей, а заранее определить точную глубину заинтересованных тканей в процессе не всегда возможно, и возникает необходимость в более длительной и глубокой анестезии.

3. Для неинъекционного обезболивания — аппликационной (терминальной) анестезии — может быть использован 10%-ный раствор лидокаина в аэрозоле. Для инъекционного обезболивания — инфильтрационной анестезии мягких тканей — могут быть использованы карпулированные препараты 4%-ного артикаина с адреналином в разведении 1 : 200 000 (Septodont), Ultracain DS (Aventis), Ubistesin (ESPE).

Ситуационная задача № 14

1. Все местные анестетики обладают сосудорасширяющим действием, исключением является кокаин. Снижение АД — один из наиболее часто возникающих побочных эффектов при использовании анестезирующих веществ. Кроме того, 10%-ный раствор лидокаина, распыленный на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны, неминуемо попадает под язык, где очень высокая интенсивность всасывания лекарственных средств (очень близка к внутривенному введению). Анестетик в достаточно высокой концентрации, быстро попавший в сосудистое русло, блокирует проводимость симпатических нервных волокон, идущих в составе передних корешков и несущих сосудосуживающие импульсы от центра к периферии. При этом расширяются артериолы и снижается АД.

2. Для предотвращения подобных явлений следует: – строго соблюдать режим дозировки лекарственного средства в аэрозоле; – не распылять анестетики в аэрозоле в полости рта без включенного в работу слюноотсоса, который способствует удалению излишков препарата из полости рта и минимизирует его контакт с участками, не заинтересованными в проведении оперативного вмешательства; – с целью предотвращения развития коллапса вводить сосудосуживающие вещества (эфедрин, мезатон, кофеин, бензонат натрия).

Ситуационная задача № 15

1. Для проведения инъекционного обезболивания могут использоваться как карпульные, так и обычные одноразовые шприцы.

2. При выполнении проводниковых анестезий предпочтение следует отдавать обычным одноразовым шприцам с длинными иглами. Данный выбор обусловлен тем, что иглы карпульных шприцов очень тонкие, и при проведении проводникового обезболивания иногда необходимо иглой проходить через мышечный массив, а спазм мышц способен ломать тонкую иглу. Кроме того, карпульной иглой достаточно легко повредить сосуды и нервы, что может привести к осложнениям (гематома, неврит). Предпосылаемая струя раствора анестетика при продвижении шприца в мягких тканях с целью их гидравлической препаровки также будет наиболее эффективной при использовании одноразового шприца, диаметр сечения иглы которого больше диаметра карпульной.

Ситуационная задача № 16

1. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург может рекомендовать пациентке местное обезболивание, осуществляемое физикохимическим методом (введение анестетиков при помощи электрофореза).

2. Анестетик вводят при помощи аппаратов для гальванизации с анода. Марлеву салфетку, смоченную раствором анестетика (5–10%-ный раствор новокаина с адреналином), накладывают на обезболиваемую поверхность, сверху на нее помещают влажную гидрофильную прокладку толщиной 1 см, а затем электрод. Катод располагают на предплечье или в межлопаточной области. Сила тока определяется ощущениями пациента и находится в пределах 15–20 мА. Экспозиция составляет 4–60 минут. Лечение назначается курсом 7–10 сеансов ежедневно.

Ситуационная задача № 17

1. В данной клинической ситуации следует провести аппликационную (терминальную) анестезию.

2. Аппликационная (терминальная) анестезия относится к химическим методам местного неинъекционного обезболивания.

3. В данной клинической ситуации для проведения аппликационной (терминальной) анестезии могут быть использованы следующие лекарственные средства: – дикаин (тетракаин) в виде 0,5–4%-ных растворов и мазей; – анестезин (бензокаин) в виде 5–10%-ных растворов (масляных или в глицерине) и мазей, паст, а также присыпок; – пиромикаин (бумикаин) в виде 1–2%-ных растворов или 5%-ной мази; – лидокаин в виде 1–5%-ных растворов, 5–15%-ных растворов в аэрозоле, 2–5%-ных гелей и мазей.

4. Максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых следующие: – дикаин (тетракаин) — 20 мг; – анестезин (бензокаин) — 5 г; – пиромикаин (бумикаин) — 400 мг (0,4 г); – лидокаин — 200 мг (0,2 г).

Ситуационная задача № 18

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии: – анестезия при помощи безыгольного инъектора; – непрямая анестезия; – поднадкостничная анестезия; – внутрикостная анестезия.

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать не прямой инфильтрационной анестезии. Учитывая, что зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), а рецессия десны достигает $\frac{2}{3}$ длины корня, а также принимая во внимание, что при данной анестезии анестетик из-под слизистой оболочки проникает в толщу губчатого вещества кости и пропитывает нервные окончания, можно прийти к выводу, что на верхней челюсти из-за особенностей строения кости (более тонкая компактная пластинка, кость имеет большое количество губчатого вещества) наиболее эффективна не прямая инфильтрационная анестезия. Кроме того, в отдаленном периоде данный вид инфильтрационной анестезии не сопровождается болевыми приступами, как поднадкостничная или внутрикостная анестезия, и не требует специальных приспособлений (безыгольного инъектора).

Ситуационная задача № 19

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии: – анестезия при помощи безыгольного инъектора; – непрямая анестезия; – поднадкостничная анестезия; – внутрикостная анестезия.

2. Для выполнения анестезии в данной клинической ситуации, в соответствии с результатами обследования у врача-аллерголога, у пациента следует использовать ультракаин.

3. Максимальная разовая доза ультракаина составляет 500 мг (12,5 мл). Наиболее точно максимальная разовая доза вычисляется из расчета 7 мг на 1 кг массы тела пациента.

Ситуационная задача № 20

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневскому).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Иглу вводят под углом 40–45° к поверхности слизистой оболочки. Затем I палец перемещают на поршень. При этом шприц удерживают II и III пальцами. Анестетик (2–3 мл) вводят медленно, так как гидропрепаровка тканей может вызвать болевую реакцию. Если необходимо продвинуть иглу в глубь тканей, то на пути продвижения иглы следует создавать депо анестетика. Этим достигается безболезненность продвижения иглы и предотвращается травма кровеносных сосудов. Таким образом, ткани инфильтрируются раствором анестетика послойно.

Ситуационная задача № 21

1. В данной клинической ситуации следует использовать инъекционное обезболивание — прямую инфильтрационную внутрикостную анестезию.

2. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Вкол иглы выполняют под слизистую оболочку в переходную складку в области проекции верхушки корня зуба 2.5 (скосом к кости под углом 40–45° к альвеолярному отростку). Далее I палец переводят на поршень и медленно вводят анестетик до 0,5 мл ($\frac{1}{4}$ объема карпулы). Действие анестетика наступает быстро — в течение 60 секунд.

3. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии предпочтение следует отдавать карпульным шприцам и иглам для внутрикостной анестезии, специально адаптированным к указанным шприцам.

Ситуационная задача № 22

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневному).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует послойно инфильтрировать ткани, избегая попадания в гнойный очаг с целью предотвращения распространения инфекции в тканях.

Ситуационная задача № 23

1. В указанной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую мандибулярную анестезию, выполняемую внеротовым доступом — подскуловым способом по Берше–Дубову.

2. При выполнении мандибулярной анестезии подскуловым способом по Берше–Дубову инъекционную иглу следует вводить в ткани непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступая на 2 см впереди от основания козелка ушной раковины. Игла располагается под прямым углом к кожным покровам и продвигается на 3–3,5 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) по направлению к

сагиттальной плоскости строго перпендикулярно. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Игла должна войти между головкой мышечкового отростка и наружной крыловидной мышцей или выйти на ее внутреннюю поверхность, нижний альвеолярный и язычный нервы располагаются рядом. Для анестезии используется 3–5 мл анестетика. Обезболивание наступает через 10–20 минут.

Ситуационная задача № 24

1. Для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве (резекции верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомии) следует использовать местную проводниковую анестезию у подбородочного отверстия (ментальную).

2. Подбородочное отверстие локализуется на 1,2–1,3 см выше нижнего края тела нижней челюсти, на уровне середины альвеолы нижнего второго премоляра или межальвеолярной перегородки, находящейся между первым и вторым премолярами. При выполнении ментальной анестезии следует помнить, что подбородочное отверстие открывается кзади, кверху и наружу.

3. При выполнении анестезии у подбородочного отверстия (ментальной) внутриротовым доступом врачу следует встать справа и сзади от пациента, попросить его сомкнуть зубы, затем отвести левую щеку пациента шпателем, который удерживается левой рукой. Вкол иглы выполняют на уровне середины коронки первого моляра, отступя несколько миллиметров кнаружи от нижнего свода преддверия полости рта. Иглу продвигают на глубину 0,75–1 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) вниз, кпереди и внутрь по направлению к подбородочному отверстию. В целях профилактики осложнений вводить иглу в ментальное отверстие не следует. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Для анестезии используется 1–2 мл анестетика. Обезболивание наступает через 5 минут.

Ситуационная задача № 25

1. Наиболее вероятной причиной неэффективности торусальной анестезии, выполненной для обезболивания при резекции верхушки корня зуба 3.2, следует считать то, что данный зуб локализуется в минимальной области анестезии. Необходимо помнить, что эффективность обезболивания в области резцов всегда несколько меньше из-за анастомозов с противоположной стороной.

2. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо дополнительно выполнить двустороннюю инфильтрационную анестезию в области зуба 3.2 с обязательным учетом предельной разовой дозы применяемого анестетика.

3. При выполнении местной проводниковой анестезии на нижнечелюстном возвышении (торусальной) по М. И. Вейсбрему необходимо определить анатомический ориентир — *torus mandibulae*, который локализуется в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышечкового отростков, кпереди от костного язычка нижнечелюстной кости. Ниже и кнутри от указанного возвышения располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой. При данном виде анестезии перечисленные нервы выключаются одновременно. Пациента просят максимально широко открыть рот. Шприц располагают на молярах противоположной стороны. Иглу вводят перпендикулярно слизистой оболочке щеки. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже

жевательной поверхности верхнего третьего моляра, и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-челюстной складки и щекой. Иглу продвигают до кости (на глубину 0,25–2 см, что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями). Затем вводят 1,5–2 мл анестетика, выключая нижний альвеолярный и щечный нервы. Выводя иглу на несколько миллиметров, инъецируют 0,5–1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 минут.

Ситуационная задача № 26

1. Мандибулярная анестезия по Гоу-Гейту оказалась неэффективной из-за того, что пациентка не оставалась с максимально широко открытым ртом в течение 2–4 минут после инъекции, что было необходимо для создания депо анестетика в области ствола нерва.

2. Особенность мандибулярной анестезии по методике Гоу-Гейта заключается в том, что при выключении нижнего альвеолярного нерва вводить анестетик следует не в зону расположения костного язычка ветви нижней челюсти, как это принято при стандартной мандибулярной анестезии, а в область мышечкового отростка нижней челюсти. При этом всегда блокируются все три ветви нижнечелюстного нерва. При выполнении анестезии в данной модификации инъекционную иглу вводят в среднюю зону медиальной височной связки через жировой тяж с минимальным количеством сосудов. Зона введения анестетика располагается в области шейки мышечкового отростка ниже места прикрепления латеральной крылонебной связки.

Ситуационная задача № 27

В данной клинической ситуации следует дополнительно выполнить анестезию для выключения язычного нерва. Последнее достигается проведением анестезии у нижнечелюстного отверстия и на нижнечелюстном возвышении, а также в челюстно-язычном желобке. Язык следует отвести шпателем в противоположную сторону. Иглу вкалывают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки нижнего третьего моляра. В этом месте язычный нерв залегает поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания при данной анестезии соответствует области иннервации язычного нерва.

Ситуационная задача № 28

1. В данной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую резцовую анестезию.

2. Существуют два метода выполнения местной проводниковой резцовой анестезии: 1) внутриротовым доступом; 2) внеротовым доступом. 3. Для осуществления резцовой анестезии необходимо знать следующие анатомо-топографические ориентиры: – расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центральных резцов равно около 1 см, а от альвеолярного края между верхними резцами — 0,8 см; – резцовое отверстие располагается на пересечении линий, одна из которых проходит по срединному небному шву, а другая соединяет дистальные края обеих верхних клыков; – резцовое отверстие локализуется за небольшим возвышением слизистой оболочки, именуемым резцовым сосочком.

Ситуационная задача №29

1. Причина неэффективности обезболивания заключается в том, что зона обезболивания туберальной анестезии включает: первый, второй и третий моляры верхней челюсти заинтересованной стороны; надкостницу; слизистую оболочку альвеолярного отростка в области указанных зубов с вестибулярной стороны; слизистую оболочку и костную ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя может варьировать: до середины коронки первого моляра или до середины первого премоляра, что объясняется, во-первых, различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а во-вторых, непостоянством ее отхождения от нижнеглазничного нерва.

2. В сложившейся клинической ситуации следует дополнительно выполнить палатинальную (небную) проводниковую анестезию. При этом необходимо учитывать предельную разовую дозу используемого анестетика. При проведении небной анестезии необходимо определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, для чего следует провести две линии: 1) горизонтальную — через середину коронки третьего верхнего моляра; 2) перпендикулярную первой — через середину линии, соединяющей гребень альвеолярного отростка с серединой верхней челюсти (следует помнить, что верхняя челюсть — это парная кость). Точка пересечения двух указанных линий и является проекцией небного отверстия на слизистую оболочку. При широко открытом рте пациента иглу вводят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, кзади и несколько кнаружи до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут. Зона обезболивания данной анестезии включает: слизистую оболочку твердого неба, альвеолярного отростка с небной стороны от третьего моляра до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего моляра. В отдельных наблюдениях граница обезболивания не распространяется кпереди далее, чем уровень второго премоляра.

Ситуационная задача № 30

1. Резцовая проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае при максимально отведенной голове пациента кзади и широко открытом рте придают игле параллельное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхности. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадет с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти их параллельность. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3–0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонейный нерв. Методика выполнения резцовой анестезии внеротовым способом заключается в том, что анестетик вводят у основания перегородки с обеих сторон от нее в преддверии носа.

2. Инфраорбитальная проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае для определения локализации кожной проекции устья подглазничного канала необходимо учитывать анатомио-топографические ориентиры: 1) при пальпации нижнего края глазницы определяется костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Последний, как правило, находится на 0,5 см кнутри от середины нижнего

края глазницы. На 0,5–0,75 см ниже этого ориентира локализуется подглазничное отверстие; 2) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего моляра; 3) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения линии нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через зрачок смотрящего прямо глаза. При выполнении анестезии следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена кпереди, внутрь, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время выполнения анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх). Внеротовой способ выполняется в соответствии с указанными выше анатомо-топографическими ориентирами, при помощи которых определяют кожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступя от проекции отверстия вниз и кнутри на 0,5 см, вкалывают иглу. Ей придают правильное положение: вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области устья подглазничного отверстия вводят 0,5–1 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут.

Критерии оценки:

-оценка «**зачтено**» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «**не зачтено**» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к итоговой контрольной работе № 3

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (хирурга)», 7 семестр

1. Аппликационная и инфильтрационная анестезии в челюстно-лицевой области у детей.
2. Проводниковая анестезия в челюстно-лицевой области у детей.
3. Местные осложнения местной анестезии. Профилактика и лечение.
4. Виды наркоза, применяемого в челюстно-лицевой области.
5. Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти.
6. Проводниковые анестезии на нижней челюсти.
7. Инструменты для удаления зубов и корней на верхней, нижней челюсти.
8. Показания для экстракции зубов, корней.
9. Хронический периодонтит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургические методы лечения, показания к удалению зуба.
10. Обострение хронического периодонтита. Этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургические методы лечения, показания к удалению зуба.
11. Хронический пародонтит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к удалению зуба.
12. Лечение альвеолита.
13. Тактика при перфорации гайморовой пазухи во время экстракции зубов, корней.
14. Острый периостит челюстей, причины, клиника, диагностика, лечение.
15. Показания для антибактериальной терапии в хирургической стоматологии.
16. Зубосохраняющие операции, показания, противопоказания, этапы операции.
17. Показания к удалению зубов у при периодонтитах.
18. Показания к удалению зубов у при одонтогенных воспалительных заболеваниях.
19. Показания к удалению зубов у по ортодонтическим показаниям.
20. Противопоказания к плановому удалению зубов.
21. Операция удаления зуба у детей. Особенности.
22. Способы остановки кровотечения после операции удаления зуба.
23. Пути распространения одонтогенной инфекции от зубов верхней и нижней челюстей.
24. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика и лечение.
25. Неотложная помощь детям с травмой челюстно-лицевой области.
26. Этиология врожденных пороков развития человека.
27. Профилактика врожденных пороков развития человека.
28. Показания к операциям цистотомия и цистэктомия при одонтогенных воспалительных кистах верхней и нижней челюстей.
29. Методы диагностики и хирургического лечения периодонта, заболеваний пародонта.
30. Мероприятия по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
31. Показания к удалению зубов у при травме зубов.

Критерии оценки:

-оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий;

-оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты;

-оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к зачету

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (хирурга)», 7 семестр

1. Аппликационная и инфильтрационная анестезии в челюстно-лицевой области у детей.
2. Проводниковая анестезия в челюстно-лицевой области у детей.
3. Местные осложнения местной анестезии. Профилактика и лечение.
4. Виды наркоза, применяемого в челюстно-лицевой области.
5. Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти.
6. Проводниковые анестезии на нижней челюсти.
7. Инструменты для удаления зубов и корней на верхней, нижней челюсти.
8. Показания для экстракции зубов, корней.
9. Хронический периодонтит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургические методы лечения, показания к удалению зуба.
10. Обострение хронического периодонтита. Этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургические методы лечения, показания к удалению зуба.
11. Хронический пародонтит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к удалению зуба.
12. Лечение альвеолита.
13. Тактика при перфорации гайморовой пазухи во время экстракции зубов, корней.
14. Острый периостит челюстей, причины, клиника, диагностика, лечение.
15. Показания для антибактериальной терапии в хирургической стоматологии.
16. Зубосохраняющие операции, показания, противопоказания, этапы операции.
17. Показания к удалению зубов у при периодонтитах.
18. Показания к удалению зубов у при одонтогенных воспалительных заболеваниях.
19. Показания к удалению зубов у по ортодонтическим показаниям.
20. Противопоказания к плановому удалению зубов.
21. Операция удаления зуба у детей. Особенности.
22. Способы остановки кровотечения после операции удаления зуба.
23. Пути распространения одонтогенной инфекции от зубов верхней и нижней челюстей.
24. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика и лечение.
25. Неотложная помощь детям с травмой челюстно-лицевой области.
26. Этиология врожденных пороков развития человека.
27. Профилактика врожденных пороков развития человека.
28. Показания к операциям цистотомия и цистэктомия при одонтогенных воспалительных кистах верхней и нижней челюстей.
29. Методы диагностики и хирургического лечения периодонта, заболеваний пародонта.
30. Мероприятия по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

31. Показания к удалению зубов у при травме зубов.

Критерии оценки:

оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые навыки, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов, достаточные знания основных положений смежных дисциплин; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы, применять основные теоретические положения к решению ситуационных задач; – достаточные навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению основных практических задач; – посредственные навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении практических задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь тем самостоятельной работы к итоговой контрольной работе № 3

По производственной практике: «Помощник врача-стоматолога (хирурга)», 7 семестр

1. История развития стоматологии района, поликлиники, кабинета.
2. Острый одонтогенный периостит челюстей. Анализ причин, осложнений.
3. Анализ осложнений при затрудненном прорезывании зубов мудрости.
4. Анализ осложнений после удаления зубов: кровотечений, альвеолитов.
5. Анализ травматизма ЧЛЮ.
6. Оперативная активность хирурга сравнительно по годам (по данным поликлиник).
7. Обследование населения республики на предраковые состояния.
8. Определение частоты врожденных уродств.
9. Выявление причин уродств.
10. Анализ стоматологической заболеваемости.
11. Эффективность лечебных методик при воспалениях, травмах, восстановительных операциях лица.
12. Анализ хирургических методов лечения периодонтитов.
13. Связь хронических очагов инфекции в полости рта с соматическими заболеваниями.
14. Гнойничковые заболевания кожи лица, профилактика осложнений.
15. Профилактика СПИДа, возможные пути инфицирования.
16. Роль курения в возникновении опухолей.
17. Влияние алкоголя на организм и возможные последствия.
18. Способы остановки кровотечения после удаления зуба.

Критерии оценки:

- оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов;

- оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы;

- оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы;

- оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний.