

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Методические указания для самостоятельной работы студентов
стоматологического факультета очной формы обучения
по специальности 31.05.03 Стоматология
к дисциплине
«Хирургия полости рта»**

2018г.

Рецензенты:

Н.Е. Митин доцент, к.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний;
С.И. Бородовицина, доцент, к.м.н., зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии.

Филимонова Л.Б., Журавлев А.Н.

Методические указания для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 Стоматология к дисциплине «Хирургия полости рта» / Филимонова Л.Б., Журавлев А.Н. – Рязань, 2018. – 23 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 Стоматология к занятиям по дисциплине «Хирургия полости рта».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016г. № 96, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК-9, ПК-1.

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.18г.

ISBN

© Коллектив авторов, 2018

Семестр 6

Тема 1. «Операция удаления зуба показания и противопоказания. Этапы операции удаления зуба. Методика удаления зубов и корней на нижней челюсти. Инструменты. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти. Инструменты. Особенности операции удаления зуба у лиц с сопутствующими заболеваниями. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. Профилактика и устранение осложнений. Осложнения, возникающие после удаления зуба. Ранние и поздние. Альвеолит. Профилактика и методы их устранения»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Особенности операций на лице и в полости рта.
2. Показания к операции удаления зуба.
3. Противопоказания к операции удаления зуба.
4. Показания для проведения атипичного удаления зубов и корней.
5. Этапы операции удаления зуба.
6. Заживление раны после операции удаления зуба.
7. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней.
8. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней на нижней челюсти.
9. Инструменты, применяемые при удалении зубов и корней на верхней челюсти.
10. Методы фиксации челюстей при удалении зубов.
11. Методика удаления зубов и корней на нижней челюсти.
12. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти.
13. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти.
14. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти.
15. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов верхней челюсти с помощью щипцов.
16. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов нижней челюсти с помощью щипцов.
17. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти с помощью элеватора, бормашины.
18. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью элеватора, бормашины.
19. Методика проведения атипичного удаления зубов и корней на нижней челюсти.
20. Методика удаления ретенированных третьих моляров нижней челюсти.
21. Ведение послеоперационной раны у больного после сложного удаления зуба или его корней.

22. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, геморрагические диатезы, системные заболевания) к операции удаления зуба.
23. Подготовка больных с иммунодефицитом к удалению зуба.
24. Особенности удаления зуба у больных с заболеваниями крови.
25. Особенности удаления зубов у больных с сахарным диабетом.
26. Особенности удаления зубов у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией.
27. Особенности удаления зубов у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой.
28. Удаление зуба у онкостоматологических больных, в плане лечения которых предусмотрена дистанционная g-терапия.
29. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба, их причины.
30. Причины кровотечения из лунки при удалении зуба, методы остановки кровотечения.
31. Тактика врача при переломе удаляемого зуба или его корня, переломе или вывихе соседнего зуба.
32. Тактика врача при переломе нижней челюсти и отрыве бугра верхней челюсти.
33. Клиника перфорации верхнечелюстного синуса.
34. Вторичное кровотечение (причины, лечение, профилактика).
35. Луночковые боли (клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
36. Неврит нижнего луночкового нерва (причины, клиника, лечение, профилактика).
37. Альвеолит (клиника, лечение, профилактика).
38. Остеомиелит лунки (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика).
39. Общие осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба (Профилактика и устранение осложнений).

Тема 2. «Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Иммунобиологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
2. Роль патологии зуба в развитии и распространении воспалительного процесса.
3. Определение понятия «одонтогенная инфекция» и современное представление о ее месте среди воспалительных заболеваний.

4. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, пути распространения инфекционного процесса.
5. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.
6. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

Тема 3. «Периодонтиты. Классификация. Острый периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечение.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятия «периодонтит».
2. Классификация периодонтитов.
3. Острый периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Методы терапевтического и хирургического лечения острого периодонтита.

Тема 4. «Хронический периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение. Радикулярная киста.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Классификация хронических форм периодонтита.
2. Хронический периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия в зависимости от формы.
3. Клиника, диагностика хронических форм периодонтита.
4. Радикулярная киста. Определение, клиника, методы диагностики.

Тема 5. «Хирургические методы лечения хронического периодонтита. Цистэктомия. Цистотомия. Резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня. Операция реплантации и имплантации зуба. Показания и противопоказания. Подготовка и этапы операции, осложнения.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Методы оперативного лечения хронических форм периодонтита (резекция верхушки корня зуба, гемисекция, ампутация корня, короно-радикулярная сепарация, эндодонто-эндооссальная имплантация). Показания и методика проведения.
2. Оперативные методы лечения радикулярных кист (цистэктомия, цистотомия). Показания, методика.
3. Операция реплантации и имплантации зуба. Показания и противопоказания. Подготовка и этапы операции, возможные осложнения.

Тема 6. «Рубежный контроль по темам 2-5.»

Тема 7. «Острый и хронический одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятия «периостит».
2. Классификация периоститов.
3. Острый одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
4. Хронический одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.

Тема 8. «Болезни прорезывания зубов. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Перикоронорит.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятия «Болезни прорезывания зубов».
2. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Определение понятия «перикоронит». Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Определение понятия «дистопия».
5. Определение понятий «ретенция» и «полуретенция».

Ситуационные задачи.

1. Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3) Какова тактика врача в данной ситуации?

Тема 9. «Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез, патологическая анатомия. Острая стадия одонтогенного остеомиелита: клиника, диагностика, лечение.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятия «остеомиелит».
2. Этиология, патогенез, патологическая анатомия остеомиелита челюстей.
3. Теории развития остеомиелита, роль микрофлоры, иммунологического статуса и анатомических особенностей челюстей.
4. Острая стадия одонтогенного остеомиелита: клиника, диагностика, лечение.

Ситуационные задачи.

1. Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°C. При поступлении: температура тела 38,0°C. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку.

Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области 16,17 зубов. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
- 3) Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Тема 10. «Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и одонтогенного остеомиелита челюстей.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Подострая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
2. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
3. Клиническая и рентгенологическая картина различных форм остеомиелита (секвестрирующая, rareфицирующая, гиперпластическая, первично-хроническая), дифференциальная диагностика.
4. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и одонтогенного остеомиелита челюстей.
5. Определение понятия «секвестр».
6. Симптом Венсана.

Ситуационные задачи.

Жалобы на постоянную боль в области тела нижней челюсти слева, плохое самочувствие, слабость, жар, сменяющийся ознобами.

АНАМНЕЗ: 5 дней назад заболел 36 зуб, коронка которого была разрушена. Затем появилась припухлость в подчелюстной области, боль в зубе прекратилась, температура тела поднялась до 39°. Лечение не проводилось. ОБЪЕКТИВНО: нарушение конфигурации лица за счет припухлости тканей левой подчелюстной области, кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпируется отек мягких тканей в области нижней

трети подчелюстной области, увеличенные, болезненные поднижнечелюстные лимфоузлы. Открывание рта ограничено, слизистая оболочка щеки и альвеолярного отростка нижней челюсти слева отечна, гиперемирована, переходная складка в области нижней челюсти слева сглажена, ее пальпация болезненна. 36 зуб полностью разрушен, 34 35 37 38 зубы подвижны, из десневых карманов выделяется гной. Выявлен симптом Венсана.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.

Тема 11. «Рубежный контроль по темам 7-10.»

Тема 12. «Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятия «синусит».
2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика разных форм синусита.

Тема 13. «Методы консервативного и оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Перфорация и свищи верхнечелюстной пазухи. Причины. Клиника, диагностика, тактика врача, лечение.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Методы консервативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита.
2. Методы оперативного лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита.
3. Перфорация и свищи верхнечелюстной пазухи: причины, клиника, диагностика, тактика врача, лечение.

Ситуационные задачи.

1. Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 3) Тактика врача в данном случае.

2. Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите тактику врача в данной ситуации.
- 3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

Тема 14. «Острый лимфаденит лица и шеи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хронический лимфаденит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Определение понятий «лимфаденит», «лимфангоит».
2. Классификация лимфаденитов.
3. Топографическая анатомия лимфатического аппарата головы и шеи.
4. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острого лимфаденита лица и шеи.
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение хронического лимфаденита лица и шеи.
6. Абсцедирующий лимфаденит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

7. Аденофлегмона. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Тема 15. «Итоговое занятие по ранее изученным темам»

Тесты.

Вариант 1

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

- а) снижению;
- б) увеличению;
- в) остается без изменений.

2. В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания:

- а) опухолевые;
- б) опухолеподобные;
- в) воспалительные;
- г) слюнных желез;
- д) височно-нижнечелюстного сустава;
- е) травматические повреждения;
- ж) врожденная патология.

3. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:

- а) только остеомиелит;
- б) периодонтит и остеомиелит;
- в) периодонтит, периостит и остеомиелит.

4. Острому периодонтиту, одонтогенному периоститу и остеомиелиту присущи характерные особенности:

- а) клинические;
- б) патоморфологические;
- в) клинические и патоморфологические.

5. Могут ли больные, находящиеся на лечении в хирургическом отделении становиться носителями микробной флоры, которая специфична для данного лечебного учреждения?:

- а) нет, никогда не могут;
- б) в единичных случаях;
- в) нередко становятся носителями микробной флоры уже через несколько дней пребывания в стационаре;
- г) становятся носителями микробной флоры только при врачебных ошибках после оперативных вмешательств.

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

- а) аэробных, факультативных и анаэробных;
- б) только аэробных;
- в) только факультативных;
- г) только аэробных и факультативных;
- д) только анаэробных.

7. Возникновение и течение неспецифического воспалительного процесса зависит ли от вида микроорганизмов, послужившего причиной развития заболевания?:

- а) да;
- б) нет.

8. Предупредить развитие воспалительных заболеваний можно ли с помощью традиционных профилактических мер асептики?:

- а) да, можно всегда;
- б) не всегда;
- в) нельзя.

9. В очагах острого одонтогенного воспаления можно обнаружить:

- а) только неспорообразующие анаэробы;
- б) только спорообразующие анаэробы;
- в) как спорообразующие, так и неспорообразующие анаэробы.

10. Из гнойных очагов при нагноении лимфатических узлов чаще обнаруживаются:

- а) монокультура стрептококка;
- б) монокультура стафилококка;
- в) кишечная палочка;
- г) протей;
- д) ассоциации стафилококка со стрептококком и кишечной палочкой.

11. Микроорганизмы, которые чаще высеивались из гнойных очагов у больных одонтогенными абсцессами:

- а) ассоциации аэробов;
- б) монокультуры аэробов;
- в) монокультуры анаэробов;
- г) ассоциации анаэробов.

12. Формирование гнойника в мягких тканях вокруг челюсти чаще связано с:

- а) прорывом гноя через костный дефект;
- б) образованием в патологическом очаге "собственного" гноя за счет микробов, токсинов и др.

13. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:

- а) нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;
- б) только лимфоцитов;
- в) только нейтрофилов, дегенеративно измененных;
- г) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток.

14. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:

- а) очень хорошо регенерируют;
- б) дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем;
- в) почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами;

15. Наиболее часто причиной аллергизации организма, поданным челюстно-лицевых хирургов, являются:

- а) кариозные зубы, пародонтит, зубные отложения, тонзиллиты;
- б) тонзиллиты;
- в) очаги воспаления других локализаций;

16. Нормергическая форма воспаления наблюдается при:

- а) низком уровне иммунитета, выраженной сенсibilизации организма и значительной вирулентности микрофлоры;
- б) достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсibilизации организма и высокой вирулентности микрофлоры;
- в) низком уровне иммунитета и сенсibilизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

17. Периодонтит — это:

- а) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;
- б) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
- в) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

18. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет:

- а) 0,05—0,10 мм;
- б) 0,10—0,15мм;
- в) 0,15—0,22 мм;
- г) 0,20—0,25 мм;
- д) 0,25—0,30 мм.

19. В связи с патологическим процессом может ли изменять периодонт свою ширину?:

- а) нет;
- б) может, но очень редко;
- в) да.

20. Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:

- а) медикаментозное;
- б) инфекционное;
- в) травматическое.

21. Припухлость мягких тканей при остром серозном периодонтите:

- а) нет;
- б) есть, но небольшая;
- в) выраженная.

22. Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:

- а) синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положительный;

- б) гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной;
- в) без видимых изменений.

23. При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного?:

- а) изменений нет;
- б) лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо;
- в) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз;
- г) лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ.

24. При остром гнойном периодонтите костные изменения на рентгенограмме:

- а) отсутствуют;
- б) имеются выраженные.

25. Хронические периодонтиты различают:

- а) серозный, гнойный;
- б) гранулирующий, фиброзный и гранулематозный;
- в) апикальные, диффузные.

Вариант 2

1. Симптоматика острого гнойного периодонтита:

- а) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;
- б) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме — участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;
- в) острые пульсирующие, иррадирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови г) лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
- д) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

2. Размеры гранулемы не превышают:

- а) 0,5 см;
- б) 1,0 см;
- в) 1,5 см;
- г) 2,0 см.

3. Обострение хронического периодонтита менее выражено у:

- а) детей;
- б) подростков;
- в) молодых людей;
- г) пожилых людей.

4. Какой основной метод хирургического лечения периодонтитов проводится у пожилых людей?

- а) удаление зуба;
- б) гемисекция;

- в) коронаро-радикулярная сепарация;
- г) резекция корня;
- д) реплантация.

5. Антибактериальная терапия у больных с обострением хронического периодонтита?

- а) назначается;
- б) не назначается;
- в) назначается только у ослабленных людей и при сопутствующих заболеваниях.

6. Гемисекция зуба — это:

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

7. Показание к резекции верхушки корня зуба — это:

- а) пародонтит;
- б) обнажение анатомической шейки зуба;
- в) поднадкостничная гранулема;
- г) апиколатеральные и латеральные гранулемы;
- д) отсутствие части передней стенки альвеолы.

8. Показанием к гемисекции и ампутации корня является:

- а) значительный дефект костных тканей лунки;
- б) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра;
- в) зуб не представляет функциональной и косметической ценности;
- г) наличие сросшихся корней.

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

- а) перед операцией;
- б) после операции;
- в) перед операцией или после операции.

10. Каким путем, наиболее вероятно, образуется гной под надкостницей при периостите?

- а) проникает через фолькманновские каналы;
- б) проникает через гаверсовы каналы;
- в) проникает через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки;
- г) образование в этом месте "собственного" гноя под влиянием бактерий, токсинов, продуктов распада.

11. От чего не зависит особенность течения острого одонтогенного периостита челюсти?

- а) общей и местной реактивности организма;
- б) вирулентности микрофлоры;
- в) пола больного;
- г) возраста больного;
- д) локализации воспалительного процесса.

12. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются:

- а) резцы;
- б) клыки;
- в) премоляры;
- г) моляры.

13. Воспалительная контрактура II степени — это:

- а) открывание рта свободное;
- б) небольшое ограничение открывания рта;
- в) рот открывается на 1 см;
- г) рот открывается на 2 см;
- д) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

14. Лечение острого серозного одонтогенного периостита:

- а) удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), периостеотомия, физиотерапия;
- б) удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), физиотерапия, медикаментозное лечение;
- в) обязательное удаление причинного зуба, периостеотомия, медикаментозное лечение.

15. Каким методом вскрывают поднадкостничный абсцесс на твердом нёбе?:

- а) линейный разрез параллельно альвеолярному краю;
- б) иссечение небольшого участка мягких тканей треугольной формы;
- в) линейный разрез перпендикулярно срединному нёбному шву.

16. Различают хронический периостит?:

- а) гиперпластический и гиперостозный;
- б) гнойный, гиперпластический, rareфицирующий;
- в) простой, оссифицирующий, rareфицирующий;
- г) гнойный, деструктивный, гиперостозный.

17. Какой термин не относится к синониму "osteomyelita"?:

- а) флегмона кости;
- б) гаверсит;
- в) артрит;
- г) остейт;
- д) паностит.

18. У амбулаторных больных остеомиелит какой челюсти чаще встречается:

- а) нижней;
- б) верхней.

19. Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти, характеризуется:

- а) более легким течением, менее частыми и разнообразными осложнениями, небольшими секвестрами;
- б) более тяжелым течением, более частыми и разнообразными осложнениями, обширной секвестрацией;
- в) аналогичное течение на обеих челюстях.

20. Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита:

- а) на 2—5 сутки после начала заболевания;
- б) на 6—10 сутки после начала заболевания;
- в) на 10—14 сутки; после начала заболевания;
- г) не ранее, чем через месяц после начала заболевания.

21. Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите?:

- а) деструкции;
- б) регенерации;
- в) деструкции и регенерации.

22. Одонтогенный остеомиелит:

- а) чаще проходит без секвестрации;
- б) обязательно заканчивается секвестрацией.

23. Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:

- а) острое начало;
- б) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;
- в) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;
- г) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

24. Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно:

- а) ноющие боли в причинном зубе;
- б) интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва;
- в) парестезия нижней губы, боль при глотании, жевании, болезненная припухлость мягких тканей, затрудненное открывание рта, нарушение функции жевания и речи.

25. В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных:

- а) удовлетворительное или средней тяжести;
- б) средней тяжести и тяжелое.

Семестр 7

Тема 1. «Фурункул, карбункул лица. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.»

1. Фурункул и карбункул лица. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Тема 2. «Абсцессы лица и шеи. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.»

1. Определение термина «абсцесс».
2. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез.
3. Общие клинические признаки.
4. Методы лечения.

Тема 3. «Принципы интенсивной терапии.»

1. Определение термина «интенсивная терапия».
2. Принципы интенсивной терапии в хирургической стоматологии.

Тема 4. «Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.»

1. Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.
2. Абсцесс окологлоточного пространства. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.

Тема 5. «Абсцессы челюстно-язычного желобка, подвисочной ямки. Абсцесс языка. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.»

1. Абсцессы челюстно-язычного желобка. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.
2. Абсцессы подвисочной ямки. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.
3. Абсцессы языка. Этиология, пути распространения инфекции, патогенез. Общие клинические признаки и методы лечения.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боли в языке, усиливающиеся при приеме пищи, при разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые

ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне п за счет вздутия. Пальпация безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 зубе - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 зуба безболезненная.

Вопросы и задания:

- 1) На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз? С чем связано абсцедирование?
- 2) Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?
- 3) Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?
- 4) Какова дальнейшая тактика врача?

Тема 6. «Туберкулез, сифилис, актиномикоз области лица, шеи и челюстей. Классификация. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта.»

1. Актиномикоз челюстей, лица и шеи. Классификация. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения.
2. Туберкулез челюстей, лица и шеи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Дифтерия. Проявления в челюстно-лицевой области. Диагностика, профилактика распространения.
4. СПИД. Проявления в челюстно-лицевой области. Диагностика, профилактика распространения.
5. Сифилис. Проявления в полости рта. Диагностика и профилактика.

Тесты.

1. Могут ли микобактерии бычьего вида быть причиной развития туберкулеза и каким путем они попадают в организм человека?:

1. могут, попадают в организм капельным путем
2. могут, попадают в организм алиментарным путем
3. могут, попадают в организм контактным путем
4. не могут быть причиной развития туберкулеза

2. Туберкулез может поражать:

1. любой орган, кроме головного мозга и нервной системы

2. любой орган, кроме мышечной и костной ткани
3. не поражаются почки, печень и поджелудочная железа
4. любой орган и любую систему организма человека

3. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области:

1. не сопровождается легочным туберкулезом
2. сопровождается легочным туберкулезом

4. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области возникает при попадании микобактерии:

1. из легких
2. из костей
3. из кишечника
4. через миндалины

5. Вторичное поражение челюстно-лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:

1. из легких
2. из костей
3. из кишечника
4. через миндалины

6. Туберкулезу чаще подвержены:

1. новорожденные
2. дети и подростки
3. лица молодого возраста
4. люди среднего возраста
5. пожилые люди

8. На какой стадии воспалительного процесса в тканях появляются специфические для туберкулеза клетки?:

1. альтерации
2. экссудации
3. пролиферации

9. Специфичные для туберкулеза клетки:

1. клетки Харгрейвса
2. Шванновские клетки
3. клетки Яворского
4. клетки Пирогова-Лангханса
5. клетки Березовского-Штернберга
6. ксантомные клетки
7. клетки Паппенгейма

11. Характерный признак туберкулезного лимфаденита:

1. бугристость
2. малоподвижность
3. односторонность поражения
4. двусторонность поражения
5. периаденит
6. эластичная консистенция
7. флюктуация
8. изменение кожи над лимфоузлом

12. Первичный туберкулез кожи характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов

3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом
5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

13. Туберкулезная волчанка характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов
3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом
5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

14. Скрофулодерма (колликвационный туберкулез) характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов
3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом
5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

15. Милиарно-язвенный туберкулез характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов
3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом
5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

16. Диссеминированный милиарный туберкулез лица характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов
3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом
5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

17. Папуло-некротический туберкулез характеризуется появлением:

1. бугорков (люпом)
2. внутрикожных узлов
3. эрозий и язв
4. мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом

5. мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
6. безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием
7. на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул
8. мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз

18. Туберкулез челюстей возникает:

1. первично
2. вторично

19. Клинически туберкулез челюстей напоминает:

1. хронический периодонтит
2. пародонтит
3. парадонтальную кисту
4. хронический остеомиелит
5. амелобластому
6. остеому
7. rareфицирующий периостит

20. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:

1. очагами разрежения с четкими границами
2. очагами уплотнения челюсти («плюс ткань»)
3. очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.)
4. очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей

21. Какие актиномицеты обладают большей патогенностью?:

1. аэробы
2. анаэробы
3. одинаковая патогенность аэробов и анаэробов

22. Пиогенная (банальная) микрофлора:

1. создает условия для развития актиномицетов
2. не создает условия для развития актиномицетов
3. препятствует развитию актиномицетов

23. Какие клетки являются характерными для актиномикозного процесса?:

1. клетки Харгрейвса
2. Шванновские клетки
3. клетки Яворского
4. клетки Пирогова—Лангханса
5. клетки Березовского—Штернберга
6. ксантомные клетки
7. клетки Паппенгейма

24. При поражении слюнных желез актиномикозная гранулема образуется:

1. в паренхиме железы
2. между дольками железы
3. между дольками железы, а в дальнейшем она разрастается и переходит на паренхиму железы

25. Кожная форма актиномикоза делится на:

1. абсцедирующую, гуммозную и смешанную
2. пустулезную, бугорковую и смешанную
3. гнойную, некротическую, гнойно-некротическую
4. папулезную, розеолезную и смешанную
5. инфильтративную, абсцедирующую, смешанную

