

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 31.05.02 Педиатрия
к дисциплине «Стоматология»**

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., Максимова Н.В.

А Методические указания для самостоятельной работы студентов лечебного факультета очной формы обучения по специальности 31.05.02 Педиатрия к дисциплине «Стоматология» / Л.Б. Филимонова, Н.В. Максимова. – Рязань, 2018. – 21 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов педиатрического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.02 Педиатрия к занятиям по дисциплине «Стоматология».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.08.2015 № 853, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ПК 2, ПК 6, ПК 11.

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.2018г.

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области. Виды стоматологической помощи (терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, ортодонтическая, детская). Обезболивание в детской стоматологии и детской челюстно-лицевой хирургии. Профилактика неотложных состояний после проведения анестезии. Операция удаления зуба в детском возрасте. Профилактика осложнений во время и после удаления зуба.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области у детей.
2. Особенности осмотра полости рта детей со стоматологическими заболеваниями.
3. Задачи стоматологии детского возраста в профилактике общих соматических заболеваний.
4. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.
5. Местные осложнения, возникающие во время удаления зубов у детей.
6. Осложнения, возникающие во время и после удаления зуба.
7. Анестезия в стоматологии. Виды. Классификация местных анестетиков.
8. Особенности выбора метода и средства для местного обезболивания у детей при выполнении амбулаторных вмешательств в полости рта. Осложнения.
9. Особенности проведения местного обезболивания у детей. Осложнения при проведении местной анестезии.
10. Показания и противопоказания для операции удаления временных и постоянных зубов у детей.
11. Общие осложнения при проведении местной анестезии в полости рта.

Тесты

1. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба

1. местное
2. общее (наркоз)
3. комбинированное
4. нейролептаналгезия
5. любой из перечисленных

2. Причиной образования гематомы при проведении местного обезболивания является

1. повреждение сосуда иглой
2. нарушение правил асептики
3. быстрое введение анестетика
4. применение сосудосуживающих средств
5. любое из перечисленного

3. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

1. неврит
2. невралгия
3. вазопатия
4. коллапс
5. альвеолит

4. К ранним местным осложнениям операции удаления зуба относят

1. энурез
2. синусит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. кровотечение

5. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается

1. от 5 до 8 лет
2. от 4 до 6 лет
3. от 3 до 4 лет

6. Активный рост челюстей ребенка период подготовки к смене зубов происходит

- 1) в переднем отделе
в позадиомолярной области
- в позадиомолярной области и в переднем отделе

7. Сроки закладки зачатков временных зубов

- а) 18-20 неделя внутриутробного периода
- б) 8-й месяц внутриутробного развития
- в) после рождения ребенка
- г) 6-7 неделя внутриутробного периода

Тема 2. Понятие кариеса и некариозные поражения. Профилактика некариозных поражений. Индивидуальная гигиена полости рта, средства индивидуальной гигиены полости рта. Болезни пародонта и слизистой оболочки рта у детей. Оказание первой помощи при болезнях пародонта. Определение и этапы профессиональной гигиены полости рта. Средства, используемые для проведения профессиональной гигиены полости рта.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Анатомо-физиологические особенности строения временных и постоянных зубов у детей.

2. Гигиена зубов и полости рта. Средства и уход. Роль врача-педиатра в лечении и профилактике стоматологических заболеваний.
3. Экзогенная и эндогенная профилактика кариеса зубов у детей.
4. Развитие зубов. Факторы, влияющие на формирование и минерализацию твёрдых тканей временных и постоянных зубов. Образование и развитие зубной бляшки. Её роль в возникновении кариеса.
5. Строение зуба. Зубная формула в постоянном и молочном прикусе.
6. Кариес зубов у детей. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса у детей.
7. Классификации кариеса зубов у детей. Особенности локализации и течения кариеса во временных и постоянных зубах.
8. Патологические изменения твёрдых тканей зуба, возникающие в период его развития. Гипоплазия. Флюороз. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Классификация пульпитов. Дифференциальная диагностика. Клиника.
10. Пульпа зуба. Особенности её строения, кровоснабжения, иннервации у детей. Пульпиты у детей. Классификация, этиология, патогенез.
11. Болезни пародонта у детей. Классификация, этиология, патогенез.
12. Катаральный гингивит у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Гингивит – как маркер общих заболеваний детского организма.
14. Гипертрофический гингивит у детей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Тесты

1. Очищающее действие зубных паст обеспечивает компоненты:

- а) связующими;
- б) абразивными;
- в) пенообразующими;
- г) ароматизирующими;
- д) лечебными.

2. Время чистки зубов стандартной зубной щеткой должно составлять не менее

- а) 1 мин
- б) 2 мин
- в) 3 мин
- г) 5 мин

3. Противокариозным действием обусловлено наличие в зубных пастах:

- а) фторид натрия;
- б) триклозан;
- в) бикарбонат натрия;

- г) ксилитол;
- д) альгинат натрия.

4. Гигиенические зубные пасты содержат в своем составе:

- а) абразивные компоненты;
- б) солевые добавки;
- в) экстракты лекарственных растений;
- г) фториды;
- д) подсластители.

5. Флоссы рекомендуется применять для удаления зубного налета с поверхностей зубов:

- а) вестибулярных;
- б) окклюзионных;
- в) апроксимальных;
- г) оральных;
- д) всей поверхности зуба.

6. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

- а) зубного налета с гладких поверхностей зубов;
- б) зубного налета с контактных поверхностей зубов;
- в) остатков пищи из межзубных промежутков;
- г) наддесневого зубного камня;
- д) поддесневого зубного камня.

7. Профилактику кариеса зубов необходимо осуществлять:

- а) в детском возрасте;
- б) у подростков;
- в) у беременных;
- г) у взрослых;
- д) на протяжении всей жизни человека.

8. Для лекарственной эндогенной профилактики кариеса используют

- а) иммуномодуляторы
- б) антисептики
- в) ферменты
- г) антибиотики

9. Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:

- а) шейки
- б) контактных поверхностей
- в) бугров, режущего края
- г) вестибулярных поверхностей
- д) фиссур

10. Для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе показаны:

- а) витамины
- б) фтор
- в) препараты содержащие декстраназу

- г) гормоны
- д) микроэлементы

11. Метод лечения моляров предпочтительный при хроническом пульпите в стадии обострения у ребенка 5 лет:

- а) биологический
- б) витальной ампутации коронковой пульпы
- в) высокой ампутации
- г) девитальной ампутации
- д) девитальной экстирпации

11. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов:

- а) патологический прикус
- б) воздействие химических веществ
 - диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков)
 - заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов
 - воздействие кислот на промышленном предприятии
- в) механическое действие зубной щетки
- г) эндокринные заболевания

12. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от проявлений гипервитаминоза D:

- а) более глубокие поражения эмали
- б) симметричность поражения по глубине, форме и размерам
- в) наличие окраски биологическими пигментами
- г) наличие "валика", свидетельствующее о периоде нарушения развития эмали
- д) нет различия

13. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются:

- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков
- б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом
- в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость при дотрагивании

Ситуационные задачи

Задача 1

К врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 10 лет с жалобами на появление участков белого цвета в области миндалин, десен, языка.

Анамнез: нарушение лейкопоэза, хронический лейкоз.

Объективно: Клиническая картина катарального генерализованного гингивита. На внешне неизменной слизистой оболочке миндалин, десен, языка обнаружены некротизированные участки серо-белого цвета, находящиеся на уровне окружающей слизистой. Реакция окружающих тканей слабая. Общее состояние удовлетворительное.

1. Поставьте предварительный диагноз. Проведите дополнительные методы исследования.
2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференцированную диагностику заболевания

Тема 3. Одонтогенные воспалительные заболевания: периостит, перикоронит, лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстей, лица и шеи: фурункул, карбункул. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений и специфических инфекций в хирургической стоматологии. Воспаление слюнных желез. Клиника диагностика, принципы лечения.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Периодонтит. Классификация. Этиология. Особенности клинического течения периодонтита в детском возрасте.
2. Периодонтит временных зубов у детей. Клиника, диагностика, лечение.
3. Хронические формы периодонтита. Влияние на процесс формирования постоянных зубов и рассасывания корней временных.
4. Периостит челюстей. Клиника, диагностика, принципы лечения.
5. Острый одонтогенный остеомиелит у детей. Особенности клиники, диагностики, лечения. Современная антибактериальная терапия.
6. Гематогенный остеомиелит лицевых костей у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
7. Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО (лимфаденит, абсцесс, флегмона). Общие принципы диагностики и лечения.
8. Осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО (медиастенит, сепсис, тромбоз).
9. Лимфадениты ЧЛО. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
10. Одонтогенный лимфаденит. Этиология, клиника, лечение.
11. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений и специфических инфекций в хирургической стоматологии.
12. Воспалительные заболевания слюнных желез. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

13. Заболевания слюнных желез бактериального происхождения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

Тестовые задания

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

- опухолевые;
- опухолеподобные;
- воспалительные;
- слюнных желез;
- височно-нижнечелюстного сустава;
- травматические повреждения,
- врожденная патология.

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

- только остеомиелит;
- периодонтит и остеомиелит;
- периодонтит, периостит и остеомиелит.

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

- аэробных, факультативных и анаэробных;
- только аэробных;
- только факультативных;
- только аэробных и факультативных;
- только анаэробных.

4. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:

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

5. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:

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

6. Лечение острого гнойного одонтогенного периостита:

- удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), назначение медикаментозного лечения;
- удаление или лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение;
- лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение.

7. Различают хронический периостит?:

- гиперпластический и гиперостозный;
- гнойный, гиперпластический, rareфицирующий;
- простой, оссифицирующий, rareфицирующий;
- гнойный, деструктивный, гиперостозный.

8. Остеомиелит - это:

- воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры,
- заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- воспалительный процесс в костной ткани челюсти;
- инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов

9. По характеру клинического течения различают остеомиелит:

- острый, подострый, хронический и обострившийся;
- ограниченный, очаговый и разлитой;
- легкой, средней тяжести и тяжелая форма
- литическая и секвестрирующая форма.

10. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:

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

11. Что нехарактерно для одонтогенного гайморита?:

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

12. Что не является характерным для риногенного гайморита:

- двухсторонность поражения;
- разлитой характер;
- отсутствие причинного зуба;
- гнойное выделение из соответствующей половины носа;
- локализация в области дна, передней и наружной стенки верхнечелюстной пазухи.

13. Для флегмоны мягких тканей дна полости рта характерно:

- боль при глотании, высокая температура, острое начало заболевания, воспалительная контрактура нижней челюсти, припухлость и болезненность поднижнечелюстных областей;
- субфебрильная температура, медленное начало заболевания, отечность в нижних отделах височной области, болезненность по ходу протока околоушной железы.

Ситуационные задачи

Задача 1

Ребенок К., 8 лет.

Жалобы на боль в области верхней челюсти слева.

Боль появилась 4 дня назад, накануне обращения появилась припухлость щечной области слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации — припухлость мягкая, безболезненная.

В полости рта — коронка зуба 64 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Соседние, зуб 63 и зуб 65 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны соответственно зубу 64 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения и реабилитации ребенка.

Задача 2

Ребенок К., 8 лет. Жалобы на боль в области верхней челюсти слева. Боль появилась 4 дня назад, накануне обращения появилась припухлость щечной области слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации — припухлость мягкая,

безболезненная. В полости рта — коронка зуба 64 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Соседние, зуб 63 и зуб 65 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны соответственно зубу 64 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения и реабилитации ребенка.

Тема 4. Травматология челюстно-лицевой области. Особенности течения и первичной хирургической обработки. Переломы костей лицевого скелета. Клиника, диагностика. Травма зубов. Клиника, диагностика. Особенности клиники и лечения травмы зубов и челюстей у детей. Осложнения при челюстно-лицевых травмах (кровотечение, травматический остеомиелит, ложный сустав, деформация костей), их предупреждение. Уход за челюстно-лицевыми ранеными, питание, принципы лечения и эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

Контрольные вопросы

1. Травма мягких тканей лица у детей. Этиология, клиника, профилактика детского травматизма. Неотложная хирургическая помощь и методы её проведения.
2. Травма зубов: ушибы, вывихи, переломы. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
3. Травма зубов в детском возрасте. Виды травм. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исход.
4. Виды, локализация, клинические проявления переломов нижней челюсти и особенности лечения у детей.
5. Перелом нижней челюсти у детей. Виды, локализация, клинические проявления. Первая медицинская помощь. Лечение. Особенности шинирования.
6. Осложнения при челюстно-лицевых травмах (кровотечение, травматический остеомиелит, ложный сустав, деформация костей), их предупреждение.

Тестовые задания

1. Сочетанная травма - это:

- одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
- одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо-функциональным системам;
- одновременная уличная и дорожная травма;
- одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно-лицевой области, а также органов полости рта.

2. Ссадина - это:

- закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
- механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
- нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

3. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:

- ушибленная;
- резаная;
- колотая;
- укушенная;
- размозженная;
- скальпированная.

4. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

- 1-2 часа после ранения;
- 3-6 часов после ранения;
- + 10-12 часов после ранения;
- 24 часа после ранения;
- 48 часов после ранения.

5. Больной с ушибленной раной щечной области обратился к врачу за медицинской помощью. Из анамнеза установлено, что больной получил травму 26 часов тому назад. Травма бытовая. За медицинской помощью не обращался. Врач, осмотрев больного решает проведение хирургической обработки раны. Назовите, какая обработка будет проводиться у этого больного?:

- ранняя хирургическая обработка;
- первичная отсроченная хирургическая обработка раны;
- поздняя хирургическая обработка раны;
- вторичная хирургическая обработка раны.

6. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

- первая по счету обработка раны у больного;
- хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;
- хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;
- хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;

- хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции.

7. При западении языка у больного возникает асфиксия:

- обтурационная;
- дислокационная;
- стенотическая;
- клапанная;
- аспирационная.

8. При дислокационной асфиксии следует проводить:

- трахеобронхоскопию;
- прошить язык и фиксировать его к шее;
- крикотомию;
- коникотомию;
- трахеоцентез;
- коникоцентез;
- трахеотомию.

9. Вколоченный вывих - это разновидность:

- неполного вывиха;
- полного вывиха;
- самостоятельная разновидность.

10. Назальная ликворея - это:

- ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
- ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
- ликворея, возникающая при переломе височной кости

11. Ушная ликворея - это:

- ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
- ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
- ликворея, возникающая при переломе височной кости.

12. При пробе двойного пятна:

- в центре марлевой салфетки - желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки - бурый венчик истекшей крови;
- в центре марлевой салфетки - бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки - желтый венчик цереброспинальной жидкости.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной К., 15 лет. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в

переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 11 и 21 зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются. Рентгенограмма (рисунок).



Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Тема 5. Предраковые заболевания челюстно-лицевой области. Доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Профилактика онкологических заболеваний в стоматологии. Диспансеризация пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Классификации предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
2. Факторы риска для возникновения предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
3. Клиника и диагностика облигатных предраковых заболеваний красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
4. Признаки малигнизации.
5. Признаки доброкачественных опухолей.
6. Классификация доброкачественных образований мягких тканей челюстно-лицевой области.
7. Гемангиома. Классификация, клиника, методы хирургического лечения.
8. Папиллома, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
9. Эпулис, классификация, диагностика, диффдиагностика, клиника, лечение.
10. Одонтогенные кисты. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
11. Фиброма. Этиология, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
12. Ретенционные кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.

Тесты

1. Из дополнительных методов исследования, проводимых для уточнения диагноза "Злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" основным является:
 - 1) физикальный

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

2. Под онкологической настороженностью понимают знание

- 1) ранних симптомов заболевания
- 2) допустимых доз лучевой терапии
- 3) поздних симптомов злокачественных новообразований
- 4) препаратов для лечения злокачественных новообразований
- 5) системы организации помощи онкологическим больным

3. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается

1. кератокиста
2. радикулярная киста
3. фолликулярная киста
4. назоальвеолярная киста
5. киста резцового канала

4. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста

1. кератокиста
2. радикулярная
3. фолликулярная
4. назоальвеолярная
5. резцового канала

5. Основным клиническим проявлением радикулярной кисты нижней челюсти является

1. боль
2. симптом Венсана
3. нарушение глотания
4. плотное обызвествленное образование
5. безболезненная деформация в виде вздутия

6. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани

1. в виде "тающего сахара"
2. с четкими контурами и тенью зуба в полости
3. с нечеткими границами в области образования
4. в виде нескольких полостей с четкими контурами
5. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

7. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид

1. гноя
2. крови
3. мутной жидкости
4. холестероидных масс
5. прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

8. Фолликулярная киста – это

1. одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты рудиментарных или коронковых частей зуба
2. киста челюсти в период смены прикуса
3. киста челюсти при полной ее адентии
4. киста челюсти в области резцового канала
5. киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

9. Кисты слюнных желез относятся к

1. опухолям
2. воспалительным заболеваниям
3. опухолеподобным образованиям
4. специфическим воспалительным заболеваниям
5. ни к чему из перечисленного

10. В основе развития ретенционных кист малых слюнных желез лежит

1. Опухоль
2. острое воспаление
3. нарушение оттока слюны
4. травма выводного протока
5. хроническое воспаление

11. Консистенция ретенционной кисты слюнной железы

1. плотная
2. эластичная
3. плотно-эластичная
4. мягкая
5. может быть любой

12. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

1. с невусом
2. с липомой
3. с фибромой
4. с папилломой
5. с гиперемией кожи

13. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны

1. с невусом
2. с фибромой
3. с папилломой
4. с гиперемией кожи
5. с лимфангиомой

Ситуационная задача 1

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Из анамнеза: в течение 25 лет работал каменщиком. Сухость и шелушение красной каймы верхней и нижней губы замечал давно, затем 3 года назад на нижней губе появилась незаживающая трещина, 2 месяца назад трещина изъязвилась, лечение мазями не помогает. Курит. Наследственность не отягощена.

Объективно: на красной кайме нижней губы справа (на 7 часах) язва овальной формы, размером 2x1 см с плотными бугристыми краями, мало болезненна при пальпации, ткани нижней губы по периферии язвы инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, подвижный, плотный лимфатический узел размером 1x2 см.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?

Тема 6. Антенатальная профилактика основных стоматологических заболеваний. Роль стоматологического просвещения, гигиенического воспитания беременных в профилактике основных стоматологических заболеваний у детей. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Организация лечебной помощи, принцип и сроки оперативного и ортодонтического лечения. Диспансеризация детей с врожденными аномалиями лица. Оказание первой помощи, принципы лечения. Профилактика зубо-челюстных аномалий и деформаций. Основные формы риска возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций. Профилактические мероприятия в пре- и постнатальный период. Особенности профилактических мероприятий для различных возрастных групп.

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Анатомо-физиологические особенности формирования ЗЧС в эмбриональный период
3. Врожденные расщелины верхней губы и неба
4. Состояние органов и систем у детей с врожденными расщелинами
5. Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей. Клиника, диагностика, методы лечения.
6. Роль врача педиатра в ведении пациентов с врожденной патологией.
7. Этапы комплексной реабилитации детей в условиях центров диспансеризации.
8. Диспансеризация и реабилитация детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области. Роль врача-педиатра.

Тесты

1. Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы и неба как физиологическую норму в период эмбриогенеза

1. первые 6 недель

2. 11-12 недели

3. 16-18 недель

4. 24-28 недель

5. во второй половине эмбриогенеза

2. Из первичного неба формируется

1. верхняя губа

2. верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти

3. средний отдел верхней губы и резцовая кость

4. резцовая кость и альвеолярный отросток верхней челюсти

5. верхняя губа в среднем отделе

3. При полной односторонней расщелине верхней губы имеет место первичное нарушение функции

1. мочевыводящей системы

2. сосания

3. центральной нервной системы

4. дыхания

5. все перечисленное

4. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладает

1. чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной

2. лекарственные препараты, принимаемые во время беременности

3. патологические изменения репродуктивных органов беременной женщины

4. вдыхаемые токсические вещества

5. вирусная инфекция

5. Функциональные нарушения при врожденной расщелине неба –

1. дыхания

2. пищеварения

3. слуха и речи

4. пищеварения и речи

5. все перечисленное

6. Нарушение речи при врожденной неполной расщелине мягкого и твердого неба вызвано

1. наличием широкого сообщения между полостью носа и ротовой полостью

2. укорочением мягкого неба

3. расширением среднего глоточного кольца

4. всем перечисленным

7. Хирургическое лечение ребенка с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы возможно в возрасте

1. 2-4 дня

2. 4-6 мес

3. 1-2 года

4. 4-5 лет

5. 7-9 лет

8. Хирургическое лечение ребенка с врожденной односторонней неполной расщелиной верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа желательнее проводить в возрасте

1. 2-4 дня
2. 6-8 месяцев
3. 1-2 года
4. 4-5 лет
5. 6-8 лет

9. Хирургическое лечение ребенка с врожденной неполной односторонней расщелиной верхней губы без деформации кожно-хрящевого отдела носа возможно в возрасте

1. 2-4 дня
2. 6-8 месяцев
3. 1-2 года
4. 4-5 лет
5. 6-8 лет

10. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка

1. 2-4 дня
2. 11-12 дней
3. 1-2 мес.
4. 4-6 мес.
5. 1-2 года

11. Оптимальные сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах верхней губы –

1. в период новорожденности
2. в возрасте 2-3 мес
3. в возрасте 1 года
4. в возрасте 6-8 мес
5. в зависимости от вида расщелины, степени деформации верхних челюстей, но не позже 12 мес. после рождения

12. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относятся

1. укорочение верхней губы
2. деформация костей носа
3. деформация кожно-хрящевого отдела носа
4. сужение ротовой щели
5. деформация углов рта

13. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относятся

1. наличие расщелины
2. деформация кожно-хрящевого отдела носа
3. сужение ротовой щели
4. все перечисленное
5. деформация костей носа

14. Предпочтительный метод обезболивания при операции хейлопластики

1. внутривенный наркоз
2. местная проводниковая анестезия
3. местная аппликационная анестезия
4. эндотрахеальный наркоз
5. все перечисленное

15. Наиболее характерные анатомические нарушения при врожденных расщелинах неба

1. сообщение полости носа с полостью рта
2. дефект тканей в области твердого неба
3. недоразвитие и укорочение мягкого неба
4. деформация альвеолярного отростка верхней челюсти с нарушением прикуса
5. недоразвитие и искривление сошника

16. Хирургическое лечение врожденной полной расщелины, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба у ребенка чаще всего проводится

1. в грудном возрасте
2. в период новорожденности
3. в младшем школьном возрасте
4. в дошкольном возрасте
5. в старшем школьном возрасте

17. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого неба показано в возрасте

1. до 4 лет
2. 4-5 лет
3. 5-6 лет
4. 7-9 лет
5. любом