

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 02.06.2025 15:42:59
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148f80fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей стоматологии ФНМФО

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.мед.н., доц. С.И.Максютенко

Фонд оценочных средств по дисциплине

СТОМАТОЛОГИЯ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию
	30.08.2024 протокол №1			Доцент Осипенкова Татьяна Сергеевна

* протокол заседания учебно-методического совещания кафедры

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

СТОМАТОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1.1. Знает топографическую анатомию, этиологию и патогенез, и клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи; возрастные, гендерные и этнические особенности протекания патологических процессов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме;	T1 ОПК 4.1.1 T2 ОПК 4.1.1	C1 ОПК 4.1.1
	ОПК-4.1.3. Знает алгоритм постановки диагноза, принципы дифференциальной диагностики, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	T3ОПК 4.1.3 T4 ОПК 4.1.3	C2ОПК 4.1.3
	ОПК-4.2.3.. - умеет: направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	T5 ОПК 4.2.3 T6 ОПК 4.2.3	C3 ОПК 4.2.3
	ОПК-4.2.4.умеет: интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T7 ОПК-4.2.4. T8 ОПК-4.2.4.	C4 ОПК-4.2.4.

ОПК-6 Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	ОПК-6.1.1. знает принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	T9 ОПК-6.1.1 T10 ОПК-6.1.1	C5 ОПК-6.1.1.
	ОПК-6.1.2. знать клинические признаки основных неотложных состояний.	T11 ОПК-6.1.2. T12 ОПК-6.1.2.	C6 ОПК-6.1.2.
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.1.1- знает методы медикаментозного и не медикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях.	T13 ОПК-7.1.1. T14 ОПК-7.1.1.	C7 ОПК-7.1.1.
	ОПК-7.2.1- умеет определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	T15 ОПК-7.2.1. T16 ОПК-7.2.1.	C8 ОПК-7.2.1.
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-2 Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских	ПК-2.1.7. - знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов.	T17 ПК 2.1.7 T18 ПК 2.1.7	C9 ПК 2.1.7
	ПК-2.2.4. - умеет обосновывать необходимость и объем	T19 ПК2.2.4	C10 ПК 2.2.4

показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	инструментального обследования пациента	T20 ПК2.2.4	
ПК-3 Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ПК-3.1.1. - знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T21 ПК 3.1.1 T22 ПК 3.1.1	C11 ПК 3.1.1
	ПК-3.2.1. - умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T23 ПК 3.2.1 T24 ПК 3.2.1	C12 ПК 3.2.1
ПК-4 Способен реализовывать	ПК-4.1.5. - знает мероприятия по медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и	T25 ПК 4.1.5 T26 ПК 4.1.5	C13 ПК 4.1.5

мероприятия по медицинской реабилитации пациента с учетом медицинских показаний и противопоказания к их проведению, и диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	противопоказания к их проведению с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
	ПК-4.2.1. - умеет определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами.	T27 ПК 4.2.1 T28 ПК 4.2.1	C14 ПК 4.2.1
	ПК-4.2.4. Умеет определять врачей-специалистов для проведения реабилитационных мероприятий пациенту, нуждающегося в медицинской реабилитации, с учетом диагноза и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T29 ПК 4.2.4 T30 ПК 4.2.4	C15 ПК 4.2.4
ПК-5 Способен организовывать и проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития, и использовать принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных	ПК-5.1.2. - знает принципы диспансерного наблюдения за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами.	T31 ПК 5.1.2 T32 ПК 5.1.2	C16 ПК 5.1.2
	ПК-5.1.8. - знает профилактические мероприятия с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T33 ПК 5.1.8 T34 ПК 5.1.8	C17 ПК 5.1.8
	ПК-5.2.5. - умеет назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний.	T35 ПК -5.2.5 T36 ПК -5.2.5	C18 ПК 5.2.5

заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.			
---	--	--	--

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 ОПК-4.1.1. ЭТИ ЗУБЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ:

- А. * Моляры.
- Б. Резцы и клыки.
- В. Премоляры.
- Г. -.

Т2 ОПК-4.1.1 НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ФЛЕГМОНЫ СЛЕДУЮЩИЙ ЛОКАЛИЗАЦИЙ:

- А. Подвисочной и крылонебной ямок.
- Б. Елазницы.
- В. Подглазничной области.
- Г. * Все выше перечисленные.

Т3 ОПК-4.1.3 РЕШАЮЩИЙ ТЕСТ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОСТРОГО ПУЛЬПИТА ПОСТРЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА:

- А. Перкуссия
- *Б. Электроодонтодиагностика
- В. Характер болей
- Г. Термометрия

Т4 ОПК-4.1.3 ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА, КРОМЕ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ:

- А. Реоплатизмографию
- Б. Реографию
- В. Томографию
- Г. *Рентгенографию

Т5 ОПК-4.2.3. ПАЦИЕНТУ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ: МЕДИАСТЕНИТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Биохимический анализ крови
- Б. Клинический анализ крови
- В. *Рентгенографию грудной клетки
- Г. Общий анализ мочи

Т6 ОПК-4.2.3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ К:

- А. *Районному онкологу
- Б. Специалисту-радиологу
- В. Участковому терапевту
- Г. Хирургу-стоматологу

Т7 ОПК-4.2.4. НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ДАННЫХ МОЖНО С ДОСТАТОЧНОЙ УВЕРЕННОСТЬЮ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ АКТИНОМИКОЗ?

- А. Рентгенологических.

Б. УЗИ.

В. *Исследования содержимого из инфильтрата и обнаружения друз мицелия.

Г. Клинического и биохимического анализа крови.

T8 ОПК-4.2.4. У ПАЦИЕНТА С РАЗРУШЕННЫМ 26 ЗУБОМ ВЫЯВЛЕН ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЩЕКИ СЛЕВА, ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ И СЛИЗИСТО – ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ЛЕВОЙ НОЗДРИ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А. Острого гнойного периодонтита

Б. Острого гнойного периостита

В. * Острого одонтогенного гайморита

Г. Одонтогенного острого лимфаденита щеки

T9 ОПК-6.1.1 УКАЖИТЕ НЕОТЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСКОЛЬЧАТОГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В МЕНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ

А. Коникотомия

Б. Искусственная вентиляция легких

В. * Прошивание и выведение языка

Г. Зафиксировать подвижные лоскуты слизистой оболочки

T10 ОПК-6.1.1 ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИЕМОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ УДАЛЕНИЮ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПРОИЗВОДЯТ:

А. Трахеостомию

Б. Трахеостомию

*В. Коникотомию

Г. Цистотомию

T11 ОПК-6.1.2. НАИБОЛЕЕ ОПАСНАЯ ДЛЯ ЖИЗНИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА

А. Глаз.

Б. Губ.

В. *Гортани.

Г. Слизистой оболочки полости рта

T12 ОПК-6.1.2. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

А. 2.

Б. 3.

В. *4.

Г. 1.

T13 ОПК-7.1.1. УКАЖИТЕ СРЕДСТВА МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОЧИЩЕНИЮ ЯЗВ У ПАЦИЕНТА С УЧАСТКОМ НЕКРОЗА ДЕСНЫ ОТ 48 ДО 33 ЗУБОВ

А. *Протеолитические ферменты.

Б. Противовоспалительные препараты.

В. Кератопластики.

Г. Кератолитики.

T14 ОПК-7.1.1. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ЭТИОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ: ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ

- А. Энтеросгель и этоний.
- Б. *Метронидазол и хлоргексидин.
- В. Аевит и хлоргексидин.
- Г. Энтеросгель и хлоргексидин.

T15 ОПК-7.2.1 ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДВОЙНЫМ ПЕРЕЛОМОН НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПОДБОРОДКА И ПРАВОГО СУСТАВНОГО ОТРОСТКА С ПОДВЫВИХОМ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ

- А. Межжелюстное связывание по Айви.
- Б. *Остеосинтез.
- В. Пращевидная повязка.
- Г. Шинирование по Тигерштедту с наложением накусочной пластинки.

T16 ОПК-7.2.1 ВЫБЕРИТЕ ВИД ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ПЕРЕЛОМОН НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА СЛЕВА, БЕЗ СМЕЩЕНИЯ

- А. Назубная проволочная шина с распорчными изгибами.
- Б. Назубная проволочная гладкая шина-скоба.
- В. Фиксация фрагментов челюсти аппаратом Рудько В.Ф.
- Г. *Назубная проволочная двухчелюстная шина с зацепными петлями.

T17 ПК-2.1.7. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. *Кровоточивость при зондировании
- Б. Деформация десневых сосочков.
- В. Пародонтальный карман до 3 мм.
- Г. Пародонтальный карман 4 мм и более

T18 ПК-2.1.7. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ДЕНТИН ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА:

- А. *Светлый, влажный, легко удаляется экскаватором
- Б. Светлый, влажный, удаляется экскаватором с трудом
- В. Пигментированный, легко удаляется экскаватором
- Г. Пигментированный, удаляется экскаватором с трудом
- Д. Светлый, при зондировании плотный.

T19 ПК-2.2.4. УКАЖИТЕ МЕТОД, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЯ ОПУХОЛИ

- А. Ультразвуковое исследование;
- Б. Данные клинического обследования;
- В. *Гистологическое исследование;
- Г. Компьютерная томография

T20 ПК-2.2.4. ВЫБЕРИТЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С ДИАГНОЗОМ СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- А. Пальпация, симптом непрямо́й нагрузки, анализ крови;
- Б. Осмотр. Пальпация, миография; рентгенография;
- В. Пальпация, эхография, анализ крови;
- Г. *Осмотр, пальпация, симптом непрямо́й нагрузки, рентгенография.

T21 ПК- 3.1.1. НАЛОЖЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ КАРИЕСЕ ПОКАЗАНО

- А. *При остром течении глубокого кариеса.

- Б. При хроническом течении глубокого кариеса.
- В. Всегда при глубоком кариесе.
- Г. При остром течении среднего кариеса.

T22 ПК-3.1.1. ОПРЕДЕЛИТЕ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ВПРАВЛЕНИЮ СКУЛОВОЙ ДУГИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ

- А. Роторасширитель.
- Б. Шпатель.
- В. *Крючок Лимберга.
- Г. Лопатка Буяльского.

T23 ПК -3.2.1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Электрорезекция.
- Б. Лучевотерапия.
- В. Склерозирующая терапия.
- Г. *Криодеструкция.

T24 ПК- 3.2.1. ВЫБЕРИТЕ ТИП ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С РАСЩЕЛИНОЙ МЯГКОГО НЕБА, КОТОРАЯ НЕ ДОХОДИТ ДО ТВЕРДОГО НЕБА

- А. Ураностафилопластика.
- Б. Хейлоуранопластика.
- В. Уранопластика.
- Г. *Стафилопластика.

T25 ПК- 4.1.5. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ:

- А. До момента клинического выздоровления;
- Б. Стойкая ремиссия в течение года;
- В. До окончания формирования временного прикуса;
- Г. *До окончания роста челюстных костей

T26 ПК- 4.1.5. ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ:

- А. 0,5 месяца.
- Б. 1-2 месяца.
- В. 3-5 месяца.
- Г. *6-8 месяцев.

T27ПК-4.2.1. ГРАЖДАНАМ, ПРОТЕЗИРУЮЩИМСЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ:

- А. *Листок временной нетрудоспособности не выдается.
- Б. Листок временной нетрудоспособности выдается.
- В. Выдается справка установленного образца.
- Г. Выдается листок временной нетрудоспособности и справка

T28 ПК- 4.2.1. ПРАВО НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН, ПРОХОДЯЩИЙ ЛЕЧЕНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОМ ОТДЕЛЕНИИ ИМЕЕТ:

- А. Клинический ординатор.
- Б. *Лечащий врач отделения.
- В. Заведующий отделением.

Г. Главный врач лечебного учреждения.

Т29 ПК- 4.2.4. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ:

- А. *До года.
- Б. В дошкольном.
- В. Младшем школьном.
- Г. В любом.

Т30 ПК- 4.2.4. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО С ЗОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- А. Спустя 2 года после окончания специальной терапии.
- Б. После окончания специальной терапии.
- В. В процессе проведения специальной терапии.
- Г. *С момента постановки диагноза.

Т31 ПК -5.1.2. УКАЖИТЕ СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ 5-ТИ ЛЕТ ПОСЛЕПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА 54 ЗУБА

- А. *До смены временных зубов, осмотр каждые 6 месяцев.
- Б. До смены временных зубов, осмотр 1 раз в год.
- В. В течение года.
- Г. Независимо от смены временных зубов 1 раз в год.

Т32 ПК -5.1.2. ВЫБЕРИТЕ ЧАСТОТУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ СТОМАТОЛОГА ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ, ГРАНУЛИРУЮЩАЯ ФОРМА, II СТЕПЕНЬ.

- А. *2 раза в год.
- Б. 1 раз в год.
- В. 3 раза в год.
- Г. 4 раза в год.

Т33 ПК -5.1.8 УКАЖИТЕ КРАТНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС 21, 12, 74, 85 ЗУБОВ И ЧАСТЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

- А. *3 раза в год.
- Б. 2 раза в год.
- В. 1 раз в год.
- Г. 4 раза в год.

Т34 ПК -5.1.8. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА

- А. *Дефторирование питьевой воды и прием препаратов кальция.
- Б. Назначение препаратов кальция, фтора.
- В. Предупреждение заболеваний беременных и детей раннего детского возраста.
- Г. Гигиенический уход за полостью рта, прием препаратов фтора.

Т35 ПК-5.2.5. -ВЫБЕРИТЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВУ ПАЦИЕНТА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РЕГИОНЕ С СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ – 0,6 МГ/Л.

- А. Глицерофосфат кальция.

- Б. *Натрия фторид в таблетках.
- В. Глюконат кальция.
- Г. Лактат кальция.

Т36 ПК -5.2.5. ВЫБЕРИТЕ СХЕМУ ЭКЗОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У РЕБЕНКА 7-МИ ЛЕТ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА

- А. Рациональная гигиена полости рта.
- Б. *Покрытие зубов фторсодержащим лаком 3 раза в год.
- В. Рациональное питание с ограниченным потреблением углеводов.
- Г. Интенсивное жевание с включением твердой пищи.

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ОПК -4.1.1 Пациент 43 лет обратился в консультативный кабинет с жалобами на изменение слизистой оболочки верхней губы, которое заметил пол года назад. Объективно: на слизистой оболочке нижней губы в центре определяется неправильной формы однородный участок серовато-белого цвета, размером 1х1,8 см, возвышающийся над уровнем красной каймы, имеющий четкие контуры. Пальпация измененного участка безболезненна, окружающие ткани не изменены. При поскабливании пленка не снимается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Дальнейшая тактика врача после проведенного лечения.

Эталоны ответов:

1. Веррукозная лейкоплакия слизистой оболочки нижней губы.
2. Хирургическое иссечение патологического очага с обязательным гистологическим исследованием.
3. Обязательная постановка на диспансерный учет.

С2 ОПК- 4.1.3 Пациент С., 21 год. Обратился самостоятельно в поликлинику к хирургу с жалобами на сильную боль, припухлость верхней губы, озноб, температуру 39°C. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые, дыхание везикулярное, ЧД — 18/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 89/мин, АД — 120/70 мм Нг. Выражен отек, асимметрия верхней губы, инфильтрация верхней губы, пальпация резко болезненна, кожа левой половины верхней губы гиперемирована, имеется пустула 1 см с желтоватым содержимым. В подкожной клетчатке по ходу носогубной складки слева до внутреннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж толщиной до 1 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: фурункул верхней губы, стадия абсцедирования.

2. Флебит глубоких вен лица слева. При указании на сибирскую язву — хирургическое лечение противопоказано. В данном случае показана срочная хирургическая обработка гнойного очага в связи с наличием у пациента осложнения, создающего угрозу для жизни (флебит вен лица может привести к тромбозу кавернозного синуса).
3. Обследование включает общий анализ крови, тесты свертывающей системы крови для оценки ее реологических свойств (коагулограмма, агрегатограмма, ПТИ), определение уровня глюкозы крови.
4. Лечение: антибактериальная терапия эмпирическая (препараты широкого спектра действия) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Дезагреганты, антикоагулянты прямого действия (аспирин, гепарин, фраксипарин). Десенсибилизирующие препараты, ненаркотические анальгетики. Физиотерапевтическое и местное лечение в зависимости от фазы раневого процесса.

С3 ОПК -4.2.3 Пациентка обратилась в приемное отделение областной больницы с жалобами на боль, чувство распирания в подчелюстной области слева, усиливающиеся во время приема пищи, горький вкус во рту. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2-х недель, болевые ощущения нарастали постепенно. Около 2 лет назад отмечала подобные симптомы, которые прошли самостоятельно. Объективно: умеренный отек подчелюстной области слева, пальпируется увеличенная слабоболезненная подчелюстная слюнная железа слева, из вартонова протока слева при массаже железы выделяется скудное количество мутной слюны с примесью гноя. При бимануальной пальпации — уплотнение по ходу протока на уровне 36 зуба. Рентгенограмма дна полости рта — тень конкремента на уровне 36 зуба.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Эталонные ответы:

1. Диагноз: калькулезный сиалоаденит подчелюстной слюнной железы.
2. Обследование включает: лабораторные методы диагностики нарушений минерального обмена (кальциевого), так же могут быть использованы УЗИ, КТ для уточнения локализации конкремента.
3. Лечение: при расположении камня в протоке показано его удаление. При выявлении патологических состояний, способствующих камнеобразованию (нарушение минерального обмена, гиповитаминоз А, гипофункция паращитовидных желез и пр.) показана их коррекция.

С4 ОПК-4.2.4 Пациент Д., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 38,2°C. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0x1,2 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 3 суток у больного температура повысилась до 40 °С, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз..
2. Верна ли тактика врача поликлиники?
3. В какое отделение был госпитализирован больной?
4. Какими осложнениями чревата данная патология?
5. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Фурункул верхней губы.
2. Больного с такой локализацией фурункула необходимо срочно госпитализировать.
3. В гнойное хирургическое отделение.
4. Карбункул лица, флегмона, тромбофлебит, лимфаденит и лимфангит, менингит, сепсис.
5. Постельный режим, обработка фурункула антисептиками, протеолитическими ферментами, антибиотикотерапия, физиотерапия. Показанием к вскрытию является абсцедирование.

С5 ОПК-6.1.1. В приемное отделение областной больницы доставлен скорой медицинской помощью Пациент Б., 43 года. Со слов бригады — пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, находится в ступоре, диффузный цианоз, свистящее шумное дыхание, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС — 120/мин, АД — 125/80 мм Нг. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта — кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План оказания неотложной помощи.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.
2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей.
3. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.
4. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращей. Щадящая диета. Санация полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция осложнений дыхательной недостаточности.

С6 ОПК-6.1.2. Пациент Д 36 лет, перед лечением зуба 25 на верхней челюсти слева была выполнена инфраорбитальная анестезия раствором 2%-ного лидокаина с адреналином. Через 3 часа пациент стал жаловаться на боли в области боковой стенки носа, под глазом и над скуловой костью слева.

Вопросы:

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации?
2. Какова профилактика данного осложнения?

Эталоны ответов:

1. Повреждение нерва
2. Профилактика тщательное соблюдение техники анестезии

С7 ОПК-7.1.1. Пациент В 24 лет после травмы при падении с велосипеда была потеря сознания, тошнота, рвота, ретроградная амнезия, нарушение зрения, глотания, отёк мягких тканей, подкожная воздушная эмфизема. Первая медицинская помощь оказана бригадой скорой медицинской помощи. Состояние больного тяжёлое. При осмотре: выраженная деформация лица за счёт отёка и гематомы мягких тканей, смещения костей средней зоны лица. Имеется нарушение зрения – диплопия, крово- и ликворотечение из полости рта и носа, возникающие периодически тошнота и рвота. Прикус нарушен, контактируют только моляры с обеих сторон.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз..
2. Перечислите возможные причины заболевания.
3. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа. Перелом верхней челюсти.
2. Причины травмы: падения с большой высоты; сильных ударах тяжелым предметом, дорожно-транспортных происшествиях; на производстве; сильный удар в челюсть или падение лицом на асфальт или иную твердую поверхность.
3. Помимо неврологического обследования, пациентам с подозрением на перелом черепа потребуется проведение обзорной рентгенографии черепа в двух проекциях, а также назначение компьютерной и магниторезонансной томографии. КТ лицевых костей. Рентген черепа. КТ челюсти.

4. Лечение: в острой стадии – консервативное (повторные люмбальные пункции, дегидратационная терапия, профилактическое применение антибиотиков), в восстановительном периоде – хирургическое (для удаления ликворных фистул, гематом и т.д.)

План терапии состоит из применения консервативных способов (ортопедические методы, которые применяют в 90% случаев травм), операция, аппаратная репозиция. К основным лечебным мероприятиям относятся: (проведения операции для репозиции отломков; наложение шины на нижнюю челюсть; создание и поддержание необходимых условий для более быстрого восстановления кости; прием медикаментов (антибиотики, препараты для укрепления иммунитета); физиотерапевтические процедуры.

Хирургическое вмешательство — может включать следующие манипуляции:

(установка скоб на верхнюю челюсть; фиксация челюсти спицами; фиксация пластинами; фиксация челюсти внеротовыми конструкциями.

Чтобы справиться с переломом верхней челюсти, особенно в самых тяжелых формах, могут потребоваться проведения сложных хирургических вмешательств. Ортопедические методы основаны на иммобилизации и фиксации челюсти в месте перелома с применением шины.

С8 ОПК-7.2.1. Мужчина 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу для удаления зуба 45. При сборе анамнеза у пациента не было выявлено каких-либо общих заболеваний. После проведения проводниковой анестезии раствором ультракаина D–S forte (3 мл) пациент неожиданно потерял сознание. Его кожные покровы стали бледными, появился цианоз лица, зрачки не реагировали на свет, челюсти были крепко сжаты, туловище вытянуто, ноги разогнуты и напряжены, голова отведена кзади. Отмечалось выделение пены изо рта.

Вопросы:

1. Какое общее осложнение развилось у пациента на приеме у стоматолога-хирурга?
2. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Можно ли продолжить хирургическое вмешательство у пациента в указанной клинической ситуации?

Эталоны ответов:

1. В данной клинической ситуации можно предположить о развитии эпилептического приступа.
2. Для оказания неотложной помощи при эпилептическом приступе необходимо предохранить пациента от ушибов, облегчить дыхание, расстегнуть воротник, между молярами челюстей вставить шпатель, обернутый марлей. После завершения припадка не следует будить пациента и вводить ему какие-либо лекарственные средства.
3. Хирургическое вмешательство можно продолжить через 30–60 минут после завершения приступа при условии, что вмешательство выполняется по экстренным показаниям. В данной клинической ситуации следует воздержаться от вмешательства, выполняемого в плановом порядке, отправив пациента на консультацию к неврологу. При развитии повторного эпилептического статуса показана госпитализация.

С9 ПК- 2.1.7 Пациент Д 45 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов, 9 месяцев назад упал и ударился нижней губой. Через 3 недели на нижней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путём прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5×0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки 1.1 зуба в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более тёмного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз..
2. Перечислите возможные причины заболевания.
3. Укажите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику данному заболеванию.
5. Тактика лечения. Профилактика.

Эталоны ответов:

1. Ретенционная киста
2. Причины: ожог или удар губы; прикус; механическое повреждение слизистой инородными предметами.
3. Осмотр, жалобы, ультразвуковое исследование.
4. Дифференциальная диаг. липома, гемангиома, дермоидная киста и др.
5. Лечение ретенционной кисты нижней губы без операции просто невозможно. Народные методы лечения кисты - это могут быть полоскания, примочки и компрессы из отваров шалфея, коры дуба и ромашки, а также разжевывание листов алоэ или коланхоэ, смазывание губ медом, лимоном и другие (в принципе, данные методы являются отличными антисептиками, способными уничтожить вредные вирусы и бактерии). Хирургический метод: с помощью скальпеля, так и лазерным методом. Во время заживления шва необходимо будет назначить лечебные полоскания Хлоргексидином, а также обрабатывание раны Фукорцином или другими заживляющими средствами. Профилактика: во время приема пищи важно есть неторопливо и аккуратно, потому что прикусывания являются частыми провокаторами появления новообразований. Также

следует строго соблюдать гигиену полости рта, чистить зубы осторожно и не спеша. И самое главное: если вы почувствовали дискомфорт или уплотнение на губе, необходимо обязательно и незамедлительно обратиться к врачу, так как безотлагательная медицинская диагностика и помощь смогут предотвратить разрастание кисты и поспособствуют скорейшему выздоровлению.

С10 ПК- 2.2.4. Пациент 43 лет обратился в консультативный кабинет с жалобами на изменение слизистой оболочки верхней губы, которое заметил пол года назад. Объективно: на слизистой оболочке нижней губы в центре определяется неправильной формы однородный участок серовато-белого цвета, размером 1х1,8 см, возвышающийся над уровнем красной каймы, имеющий четкие контуры. Пальпация измененного участка безболезненна, окружающие ткани не изменены. При поскабливании пленка не снимается.

Вопросы:

4. Поставьте предварительный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Дальнейшая тактика врача после проведенного лечения.
- 7.

Эталоны ответов:

4. Веррукозная лейкоплакия слизистой оболочки нижней губы.
5. Хирургическое иссечение патологического очага с обязательным гистологическим исследованием.
6. Обязательная постановка на диспансерный учет.

С11 ПК- 3.1.1. Пациентка Н. 72 лет обратилась в приёмное отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на подвижность моляров на верхней челюсти справа, периодическую боль, чувство тяжести и сукровичные выделения из правой половины носа. Болеет 3 месяца. На протяжении последнего месяца похудела, появилась слабость. На рентгенограмме верхнечелюстной синус справа затемнен, костная ткань в участке альвеолярного отростка разрушена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дальнейшая тактика врача в данном случае.

Эталоны ответов:

1. Рак верхней челюсти.
2. Направить на консультацию и дальнейшее лечение в онкодиспансере.

С12 ПК- 3.2.1. Пациент В 31 год обратился в клинику с жалобами на ощущение жара и металлического привкуса во рту, повышение слюноотделения. При осмотре - десна гиперемированы, отечны, кровоточат при прикосновении. Объективно: По краю десен полоска серо-черного цвета, верхушки сосочков в области фронтальных зубов некротизированные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Прогноз.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Ртутный стоматит.

2. Диагностика: Отличительными симптомами являются повышенная саливация, увеличенные и резко болезненные лимфатические узлы, серо-черная кайма вокруг зубов. Правильность постановки диагноза подтверждается обнаружением повышенного количества ртути в моче.

3. Лечение. Немедленное прекращение поступления ртути в организм, а также принятие мер к срочному выведению ее из организма. Для этого назначают теплые ванны, щелочные минеральные воды. Выведению ртути из организма способствует применение йодистого калия, тиосульфата натрия. Назначают инъекции унитиола, который связывает ртуть и образует с ней нерастворимые соединения, индифферентные для организма. Они хорошо выводятся с мочой и слюной. Ртутный стоматит лечат по описанной выше методике лечения язвенного стоматита. Необходимо провести дательную санацию полости рта, назначить аппликации, электрофорез на область поражения с раствором унитиола или тиосульфата натрия. Для уменьшения саливации назначают атропин (5-6 капель 0,1% раствора 2 раза в день). Внутрь назначают поливитамины.

4. Прогноз благоприятный. При условии, если ртуть больше не попадает в организм, при проведении соответствующей терапии через 12-14 дней наступает выздоровление.

С13 ПК- 4.1.5. Мужчина 32 лет обратился в клинику с жалобами на жжение в полости рта при приеме раздражающей пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щёк. Впервые обратила внимание на изменение около 2 лет назад, что по времени совпало с перенесённым стрессом.

Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит.

При внешнем осмотре: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта выявлены одиночные искусственные коронки, изготовленные из разнородных металлов. На фоне видимо неизменной слизистой оболочки обеих щёк в среднем и заднем отделах отмечаются участки изменённого эпителия белесоватого цвета в виде кружева, не снимающиеся при поскабливании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз..
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Укажите причины возникновения данного заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Укажите тактику лечения. Профилактика.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Красный плоский лишай
2. Диагностика в большинстве случаев диагноз КПЛ ставится на основании данных клинической картины. Для уточнения диагноза проводят гистологическое исследование биоптатов кожи с наиболее характерных очагов поражения.
3. Причиной КПЛ является нарушение метаболизма и иммунных процессов в организме человека. Именно это и вызывает совершенно неадекватную реакцию поверхностных тканей. На возникновение КПЛ могут повлиять и генетические факторы. Основные теории возникновения заболевания -аллергическая, стрессовая, токсическая, вирусная. Заболевание также может возникать в следствии патологии желудочно-кишечного тракта, почек и печени, заболеваний эндокринной и сосудистой систем, а также травмирования слизистой оболочки полости рта. Виновниками могут послужить и некоторые медицинские препараты, которые, оказав поражающее химическое воздействие, вызвали аллергическую реакцию и вслед за ней красный плоский лишай.
4. Дифференциальную диагностику КПЛ проводится с вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосатым лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

5. Лечение. Выбор метода лечения при КПЛ зависит от степени выраженности и локализации, клин.прояв., формы и длит. заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии. В период обострения заболевания: щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок, ограничены соленые, копченые, жареные продукты. У пациентов с поражением сл. п. рта необходимо исключить раздражающую и грубую пищу. При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения топических глюкокортикостероидных препаратов средней и высокой активности. По мнению экспертов, в лечении больных КПЛ могут применяться антималярийные препараты, которые используются в качестве системной терапии и могут назначаться вместе с кортикостероидными препаратами.

Немедикаментозное лечение

1. При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм (C-D) 3–4 раза в неделю в течение 6–12 недель.

2. Пациентам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана ПУВА-терапия с пероральным или наружным применением фотосенсибилизатора.

Профилактика. Методов профилактики не существует

С14 ПК-4.2.1. Пациентка У., 24 года, с жалобами на образование на слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург-стоматолог установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

Вопросы:

1. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.
2. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?
3. В каком объеме должно проводиться операционное вмешательство?

Эталоны ответов:

1. Местное обезболивание (инфильтрационная анестезия)

Данный вид анестезии является безопасным, так как допускает использование растворов в низких концентрациях. Действие инфильтрационной анестезии намного быстрее, чем проводниковой. Область ведения анестетика теряет чувствительность на длительный промежуток времени. Есть возможность ввести дополнительную дозу препарата при необходимости проведения длительного лечения. Препарат-анестетик за короткое время очень легко выводится из организма. Потеря чувствительности происходит не только в нерве, в который был введен анестетик, но и в соседних нервах.

2. Для инфильтрационной анестезии применяются специальные лекарственные средства в малых концентрациях. К ним относятся: Лидокаин. Новокаин. Прокаин. Ультракаин.

К более эффективным, но и более токсичным препаратам-анестетикам относятся: Бупивакаин. Тетракаин. Ропивакаин.

3. В пределах здоровых тканей, с обязательным гистологическим исследованием удаленного материала.

С15 ПК -4.2.4. Пациент В., 31 лет. Упал 2 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка — ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 31–41 зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз..
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.
2. Методы уточняющей рентгенодиагностики — ортопантомография, КТ. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща.
3. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.

С16 ПК-5.1.2. Пациент Г., 25 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывания рта (заметил случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма — ударились подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращался. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: артроз височно-нижнечелюстного сустава, 1 стадия (минимальные рентгенологические изменения), функциональный класс 1 (минимальное нарушение функции сустава).
2. План обследования: компьютерная томография, денситометрия, пункция сустава, артроскопия, по показаниям — биопсия патологической ткани, ОАК, БАК (маркеры острого воспаления и коллагенозов).
3. Лечение: лечебный режим (механически щадящая диета), противовоспалительная терапия, при отсутствии эффекта и прогрессировании — глюкокортикоиды периартикулярно.

С17 ПК-5.1.8. Пациент Д., 56 лет. 2 года назад появилось безболезненное уплотнение на коже правой щеки. Образование увеличивалось в размерах, через 4 месяца появились свищи с жидким гноем, периодически заживающие и открывающиеся вновь. Считает себя больным около 2 лет, связывает начало заболевания со случайной бытовой травмой (царапина). Объективно: конфигурация лица не изменена, при пальпации определяется хрящевидной плотности инфильтрат, занимающий часть щечной и подчелюстной области

слева до 4 см в диаметре. Имеются 2 точечных свища со скудным отделяемым и рубцовые атрофические втяжения (следы заживших свищей). Ротов: полость рта санирована, слизистая щеки слева застойной, синюшной окраски. Подчелюстные лимфатические узлы справа уплотнены, увеличены до 2 см в диаметре, смещаемы, безболезненны.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Механизм действия при данном заболевании.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: актиномикоз. Кожно-подкожная форма.
2. Точная диагностика возможна только при установлении возбудителя. В данном случае к забору отделяемого для исследования предъявляются жесткие требования, исключающие лизис возбудителя.
3. Гной для исследования должен быть нативным, температура его не должна быть ниже 37°C. Выявление мицелия подтверждает диагноз. В ряде случаев для дифференциальной диагностики с опухолью, туберкулезом кожи, неспецифическими гранулемами проводится гистологическое исследование.
4. Глубокие микозы поддаются не только специфической терапии (актинолизат), как считалось ранее, но и неспецифической противогрибковой терапии (флуконазол). Объяснить торпидность течения и обширность поражения может только теория сенсibilизации макроорганизма. При условии излечения и сохранении косметического или функционального дефекта возможно выполнение пластических и косметических операций.

С18 ПК -5.2.5. Пациент К., 52 лет. В течение 5 лет наблюдается по поводу поверхностной лейкоплакии слизистой оболочки правой щеки. Контроль у онколога и стоматолога каждые 6 месяцев. Выполнена санация кариозных зубов, коррекция прикуса. Постоянно осуществляется орошение рта антисептиками, стимуляторами регенерации. 7 месяцев назад в центре очага лейкоплакии появилось веррукозное (бородавчатое) образование 0,5 см в диаметре, безболезненное, белесое, слегка уплотненное. 5 месяцев назад осмотрен стоматологом, выполнена биопсия, гистологическое заключение — веррукозная лейкоплакия с дисплазией эпителия 3 степени. Назначен контроль через 6 месяцев. За последние 3 месяца образование увеличилось до 0,8 см, появилась незначительная болезненность при контакте.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Укажите на ошибки в обследовании пациента.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: рак слизистой оболочки щеки.
2. План обследования включает: орофарингоскопию, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ларингоскопия, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, повторную биопсию опухоли, возможно полное удаление с гистологическим исследованием.
3. Ошибка: при выявлении тяжелой дисплазии в патологическом очаге небольших размеров следует решить вопрос о хирургическом лечении или повторе биопсии через непродолжительное время (3–4 недели). Это связано с тем, что малигнизация нередко возникает в основании патологического очага и не выявляется при заборе материала с поверхности при инцизионной (частичной) биопсии.